

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD



LA CONSTRUCCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD FEMENINA EN EL PROCESO DE SOMATIZACIÓN

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA DE LA SALUD

PRESENTA:
BRENDA GARCÍA LAURENT

DIRECTORA DE TESIS:
JULIETA YADIRA ISLAS LIMÓN

CO-DIRECTORA DE TESIS:
DEYSY MARGARITA TOVAR HERNÁNDEZ

SINODAL
KARINA RAMOS PINEDA

Tijuana, B.C. a 31 DE AGOSTO DEL 2021.

*Con profundo amor dedico esta tesis a mi madre,
por la travesía de las vivencias y las hazañas vividas a través de la enfermedad
y por la victoria de encontrar la sanación y la paz en el eco de su voz.*

*Te amo mamá
¡Vencimos!*

AGRADECIMIENTOS

A Liz y Viri, por ser los pilares que lo sostienen todo.

A Andrés, por su presencia, su amor y sus abrazos de roble.

*A Ximena, Sebastián, Aitana y Emilio
por su dulzura infinita.*

A Jorge y Ariel, por su apoyo incondicional.

A Carmesí y a Gustavo, por el valor de la amistad.

A Ivonne y Ernesto, por siempre estar.

A Mafer y a Tere, por todo lo vivido y lo aprendido.

*A la Doctora Yadira Islas, por guiarme, por creer en mí, y por sentir y vivir este proyecto
conmigo.*

*A la Doctora Margarita Tovar, por su apoyo, su asesoría y por enseñarme a luchar y a ser
mas libre y feliz a través del feminismo.*

A la Maestra Karina Ramos, por su apoyo y por dejarme aprender de sus conocimientos.

Al Doctor Diego Camacho, por enseñarme el amor por la ciencia.

A CONACYT por el financiamiento otorgado para llevar a cabo esta investigación.

A la UABC por recibirme una vez más como alumna.

A Tijuana, por su vibra nortehña tan sanadora.

*A Nube, Inefablem, La Errante, Lou, Maggie y Merlina, por ser hermanas en la
encarnación de la vivencia y por crear juntas esta tesis.*

*A Carolina, Esmeralda, Dayhana, Linda y Fabi, por llegar a mi vida,
por ser verdaderas amigas.*

A Dios y a la vida por bendecir mi camino.

A mi padre por acompañarme siempre en el corazón.

ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	8
ANTECEDENTES.....	10
ANTECEDENTES TEÓRICO PRÁCTICOS	19
MARCO TEÓRICO	22
GÉNERO Y FEMINIDAD	22
LA SUBJETIVIDAD FEMENINA.....	23
LO SIMBÓLICO DE LA FEMINIDAD	24
FEMINIDAD Y PSICOANÁLISIS	25
LA CARGA PSICOSOCIAL IMPUESTA A LA MUJER	26
EL MALESTAR SOMÁTICO	27
SALUD MENTAL EN LA MUJER.....	28
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	33
OBJETIVO GENERAL	33
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
JUSTIFICACIÓN	33
MÉTODO	35
ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	35
MUESTRA (CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN).....	38
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	39
ASPECTOS ÉTICOS	39
PROCEDIMIENTO	40
CATEGORÍAS.....	41
RESULTADOS	44

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 77

REFERENCIAS..... 80

ANEXOS..... 85

LA CONSTRUCCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD FEMENINA EN EL PROCESO DE SOMATIZACIÓN

“Ningún individuo se vuelve sujeto sin comenzar por ser subordinado o pasar por un proceso de “subjetivación” ... El término subjetivación comporta en sí mismo la paradoja: designa a la vez el devenir sujeto y el proceso de sujeción: no se puede encarnar la figura de la autonomía sino sometiéndose a un poder, sumisión que implica una dependencia radical”.

Mecanismos psíquicos del poder

Judith Butler (2001)

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue conocer de qué manera repercute la construcción de la subjetividad femenina en el proceso de somatización de la mujer. Para ello, se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, de tipo exploratorio y transversal, mediante la historia de vida de seis mujeres mexicanas residentes de la Ciudad de Tijuana, Baja California, que refirieron haber presentado malestares somáticos sin causa o explicación orgánica, y que insertadas funcionalmente en escenarios migrantes, patriarcales y con diversas problemáticas sociales, compartieron sus experiencias en torno a sus propios sentipensares respecto a sus procesos de subjetivación. El análisis cualitativo de la información obtenida arrojó que las condiciones del contexto familiar, así como las negligencias de atención y afecto por parte de las figuras parentales, así como eventos

estresantes cargados de intranquilidad, violencia y soledad tuvieron una repercusión notable en la salud de las participantes, de igual manera se encontró una toma de responsabilidades temprana en “el cuidado de los otros”. Además, se observó que la construcción de la subjetividad femenina estuvo conformada por estereotipos de género enculturalizados que demostraron crear incongruencias, conflictos y contradicciones de manera interna en las participantes, generando enojo como resistencia y buscando convertir la tensión psicológica en un síntoma físico como mecanismo defensivo. Así pues, este malestar psicológico mostró estar íntimamente ligado a nuestra propensión como mujeres a somatizar. Frente a este panorama, se propuso un análisis desde el cual comprender el malestar de las mujeres, erradicar los estereotipos culturales de género, reconstruir condiciones que nos hagan conectar con nosotras mismas y encontrar un mejor panorama de salud para la mujer en México.

Palabras clave: Subjetividad, somatización, género, salud, mujer.

ABSTRACT

The main objective of this work was to know how the construction of female subjectivity affects the somatization process in women. For this, a qualitative study was elaborated with a phenomenological exploratory and cross-sectional approach, through the life history of six Mexican women residing in the City of Tijuana, Baja California, who reported having presented somatic symptoms without organic cause or explanation, and who were inserted in migrant, patriarchal scenarios and with various social problems, shared their experiences around their own feelings regarding their processes of subjectivation. The qualitative analysis of the information obtained showed that the conditions of the family context, as well as the

negligence of care and affection on the part of the parental figures, as well as stressful events full of restlessness, violence and loneliness which had a notable impact on the health of the women. It was also found they assumed an early taking of responsibilities in “caring for others”. In addition, it was observed that the construction of female subjectivity was made up of enculturized gender stereotypes that shown to create incongruities, conflicts and internal contradictions in the participants, generating anger as resistance and seeking to convert psychological tension into a physical symptom as a defensive mechanism . Thus, this psychological discomfort was shown to be closely linked to our propensity as women to somatize. Faced with this panorama, an analysis was proposed from which to understand the discomfort of women, eradicate cultural gender stereotypes, reconstruct conditions that make us connect with ourselves and find a better health panorama for women in Mexico.

Keywords: Subjectivity, somatization, gender, health, woman.

INTRODUCCIÓN

Para que un individuo se convierta en sujeto tiene que pasar antes por un proceso de subjetivación. Dicho proceso está basado en una subjetividad sexuada, la cual se rige en una diferencia sexual anatómica, que, dependiendo de los órganos sexuales al nacer, determina lo femenino y lo masculino. Los padres identifican esta información junto con la sociedad y se crea un conjunto de estructuras y conductas a las cuales llamamos sistema sexo-género, donde el género configura la sexualidad. Estos constructos sociales impuestos a la mujer desde la cultura patriarcal producen conflictos psicológicos, que buscan desviar la tensión

mediante síntomas somáticos. En este sentido, el objetivo de este proyecto es mostrar de qué manera repercute la construcción de la subjetividad femenina en el proceso de somatización de la mujer.

En el primer apartado, analizaremos los antecedentes teórico prácticos ligados a la somatización y al género, desde una perspectiva psicoanalítica, feminista y de género. Abordaremos las temáticas de género y feminidad, de subjetividad femenina, de la carga simbólica de la feminidad, de la feminidad y el psicoanálisis, de la carga psicosocial impuesta a la mujer, del malestar somático y de la salud mental de la mujer.

En el segundo apartado se mostrará la metodología, explicando las características de esta investigación cualitativa, destacando las dimensiones simbólicas que implica la subjetividad del género y la somatización en la mujer, así como la importancia del relato autobiográfico encontrado a través de las historias de vida de las participantes, visualizando la definición de su mundo, a partir de su propia interpretación de la realidad.

En el tercer apartado se mostrarán los resultados sobre las historias de vida de las participantes en relación a sus malestares somáticos, considerando las siguientes categorías: las alianzas familiares y los afectos, el contexto cultural, la sexualidad y la corporalidad, los sesgos de género en la salud, la vivencia del malestar somático de las mujeres, el enojo y la somatización. Finalmente, se mostrarán la discusión y las conclusiones.

ANTECEDENTES

Antecedentes históricos de la somatización

Desde sus orígenes la medicina ha oscilado entre dos tendencias opuestas en cuanto a sus concepciones: una basada en el análisis específico y mecanicista de la enfermedad que busca minuciosamente la lesión anatomoclínica y otra que concibe la enfermedad como una reacción global de la persona (incluyendo su temperamento) y que, por tanto, tiene en cuenta los aspectos psicológicos. Esta última concepción holística y dinámica prefigura el acercamiento psicosomático moderno. (Otero y Rodado, 2014).

La comprensión de la enfermedad se ha estudiado desde los griegos. Platón, por ejemplo, afirmaba que era un error querer emprender separadamente la curación del cuerpo y la del espíritu; dicha postura, fue retomada por Aristóteles en la reelaboración del hilemorfismo, según el cual, cuerpo y alma forman una sola sustancia (Otero y Rodado, 2014).

Hipócrates, por otro lado, pensaba que el cerebro era el órgano de la conciencia, o la vida intelectual y emocional, y de ello se infería que, si el razonamiento y la conducta se habían desviado, existía cierto tipo de patología cerebral. Sus aportaciones siguen representando un antes y después en el estudio de la enfermedad somatogénica (Davison, 2003).

Por supuesto, no podemos hablar de somatización sin antes referir a la histeria. Franz Antón Mesmer pensaba que las alteraciones histéricas eran ocasionadas por una distribución particular de cierto líquido magnético universal en el cuerpo, así mismo, suponía que una

persona podía influir en el líquido de la otra para generar un cambio en la conducta de esta última (Davison, 2003).

El concepto de histeria proviene del término *hysteria*, que significa matriz, y lleva hacia la interpretación pionera de Hipócrates que consideraba las migraciones uterinas como base de este trastorno (Bosch Fiol, Ferrer Pérez, y Manassero-Mas, 1994, citados por Sos, 2015). Algunas veces se consideraba que casando a las jóvenes histéricas o a las viudas se les podría curar, acercando la enfermedad a ser un padecimiento de carácter sexual y femenino, refiriendo así al útero como un órgano insatisfecho que extiende su descontento al cuerpo y lo manifiesta de otras formas. Al respecto, Hipócrates, en sus tratados hipocráticos sobre las enfermedades de las mujeres menciona:

“... Estando, así las cosas, la mujer se vuelve loca a consecuencia de la inflamación aguda; a consecuencia de la putrefacción, siente deseos de matar, a consecuencia de la tiniebla que se le forma, siente terrores y miedos; a consecuencia de la presión ejercida sobre el corazón desea estrangular y a consecuencia del deterioro de la sangre, su espíritu agitado y angustiado se pervierte. Además, la enferma dice cosas terribles. (Las visiones) le mandan saltar y arrojar a los pozos o estrangularse como si fuera mejor y tuviera algún tipo de utilidad”.

(Hipócrates, 1988, pp.328-329, citado por Bosch Fiol, Ferrer Pérez, y Manassero-Mas, 1994).

Otra de las grandes figuras que dio pie al estudio de la enfermedad psicósomática fue, Martin Charcot, quien también se ocupó de estados histéricos; no sólo anestesia y parálisis sino también ceguera, sordera, ataques convulsivos, así como lagunas de la memoria ocasionadas por la histeria (Davison, 2003). Charcot había descubierto que algunas pacientes histéricas

podían, bajo hipnosis, vencer sus síntomas y en ocasiones recordar las experiencias traumáticas que los habían ocasionado (Phares, 2003). Por otra parte, en 1898, Pierre Janet, discípulo de Charcot, se centró en el fenómeno de disociación, y concluyó que la histeria es una enfermedad de la personalidad que provoca “la desintegración de las ideas y funciones que en conjunto forman la conciencia de la persona” (Galiussi y Godoy, 2015).

Por otro lado, Josef Breuer introdujo el método catártico, mismo que consistía en revivir una catástrofe emocional anterior y así liberar la tensión producida por ideas y olvidos relativos a dicho acontecimiento. Trabajó con el caso de Anna O, quien presentaba síntomas clásicos, aparentemente precipitados por la muerte de su padre. Breuer la había tratado primero a través del uso de hipnosis y, durante un trance, Anna le informó acerca de la primera aparición de uno de sus síntomas. Sin embargo, lo más extraordinario fue que cuando regresó del trance, el síntoma había desaparecido (Phares, 2003). Freud, quien estaba familiarizado con todos estos eventos, publica junto con Breuer “*Estudios sobre la histeria*” en 1895 (Davison, 2003).

Con la obra de Freud y a la creación del movimiento psicoanalítico comienza a darse importancia a los momentos biográficos del paciente y consecuentemente, los factores psicológicos toman la categoría de etiopatogénicos en el enfermar (Otero y Rodado, 2014). Freud descubrió que los trastornos somáticos histéricos podían ser interpretados como una de las tantas maneras de manifestarse una fantasía inconsciente. Esta fantasía puede ser inconsciente como producto de la represión y constituirse a partir de un “sueño diurno”, pero también, como ocurre con las ideas latentes de un sueño, puede participar en su formación un componente inconsciente que no ha llegado jamás a la conciencia, que proviene del acervo heredado, y al cual Freud denomina también fantasía (Freud, 2008/1895; Laplanche y Pontalis, 2004).

Con la hipnosis, Freud, citado por Chiozza (2008) comprendió que los pacientes podían revivir eventos traumáticos asociados con el brote del síntoma histérico. En algunos casos, esto servía para liberar energía que antes estaba atrapada (catarsis), una liberación de energía que con frecuencia tiene beneficios terapéuticos importantes, sin embargo, de haber represión, esto podría desencadenar en síntomas somáticos. “El síntoma somático es una perturbación neurótica, producto de la alteración que la erotización ocasiona al órgano o también producto de un retorno de la excitación a la fuente somática, ocasionado por la represión” (Freud, 2008/1910). Desde un enfoque psicoanalítico, al proceder el “yo” a los mandatos del “superyó” (influencias procedentes del mundo exterior) y al reprimir al “ello” por medio de la contra carga de la resistencia, el yo entra en conflicto con el ello, en servicio del superyó y de la realidad (Freud 1923, citado en Chiozza, 2008, p.59).

La manifestación de una fantasía inconsciente lleva implícita, de manera inevitable, la afirmación de que procesos corporales diferentes son manifestaciones de fantasías diferentes: “La elección del órgano a través del cual se expresa un determinado trastorno, se rige por los mismos principios que determinan la elección de cualquier otra representación” (Chiozza, 2008).

En este sentido, Groddeck fue un precursor en buscar la finalidad del síntoma psicosomático. Afirmaba que toda enfermedad orgánica, sin excepción, es igualmente psíquica y el cuerpo simboliza a través de su ser mismo. La morfología ya es simbólica y los órganos son imágenes descifrables como un argumento onírico. Propuso una verdadera anatomía fantástica paralela a la anatomía física; diferentes partes del cuerpo están consideradas como la encarnación de cualidades o de afectos (Murillo, 2014).

El concepto de somatización fue primero usado en el pensamiento psicoanalítico por Stekel (citado por Kellner, 1990) para referirse a un proceso hipotético en el cual los mecanismos de defensa natural no permiten la expresión de la ansiedad y, en su lugar, solo es posible una “expresión visceral”, impidiendo la manifestación de la ansiedad experimentada conscientemente por el individuo (Phares, 2003). Por otro lado, Lipowski definió la somatización como “una tendencia a experimentar y comunicar una tensión somática y síntomas o quejas somáticas no establecidos en los hallazgos patológicos, a atribuir estos síntomas a una enfermedad física y a buscar ayuda por ellos” (Lipowski, 1988, citado por Guzmán, 2011).

En el siglo XX la definición y clasificación de las enfermedades mentales avanza hasta llegar a clasificaciones ampliamente aceptadas tales como los “manuales diagnósticos de trastornos mentales” en sus distintas ediciones. A través de esas ediciones se producirán diversos cambios. Así, en el de DSM-I se sustituye el término histeria de conversión por reacción de conversión; en el DSM-II aparece de nuevo el término histérico, manteniéndose la diferencia entre neurosis histérica de conversión y de disociación; en 1980 en el DSM-III se abandonan los conceptos de neurosis e histeria, y se crea la categoría de los trastornos somatomorfos y en la cuarta versión de este manual (DSM-IV) se presentan los conceptos que actualmente conocemos de este trastorno (Bosch Fiol, Ferrer Pérez, y Manassero-Mas, 1994; Guzmán, 2011).

Como hemos visto anteriormente, los síntomas somáticos sin causa orgánica incluyen una larga serie de quejas subjetivas para las que no se encuentran signos clínicos que las justifiquen. Los estudios de Nimnuan (2001) han demostrado que, ante esta situación, es muy común que los diagnósticos se dictaminen dependiendo del especialista al que se acude:

fibromialgia, si se acude al traumatólogo; fatiga crónica, si se acude al neurólogo, y colon irritable, si se trata del digestólogo. Cada especialista toma en consideración los síntomas que le son familiares (Velasco, Ruiz y Álvarez-Dardet, 2006).

Según Nimnuan (2001) los síntomas somáticos y quejas más frecuentes suelen ser:

- Dolor persistente
- Dolor lumbar
- Sentir dolor por todas partes
- Entumecimiento
- Rigidez matutina
- Dolor pélvico
- Síntomas menstruales
- Dolor facial
- Cefalea
- Dolor abdominal
- Dolor torácico
- Palpitaciones
- Dificultad para respirar
- Vértigo
- Cansancio mental
- Cansancio físico
- Cambios de humor
- Irritabilidad
- Fallos de memoria

- Despertar temprano
- Dormir demasiado poco
- Angustia al caer dormido
- Somnolencia diurna
- Pesadillas
- Ardor
- Molestias en la garganta
- Boca seca
- Alteración del gusto
- Vómitos
- Náuseas
- Picor
- Reacciones de químicos o alimentos
- Zumbidos
- Fonosensibilidad
- Fotosensibilidad

Síndromes somáticos funcionales emergentes.

La insistencia y aumento durante las últimas décadas de síntomas somáticos en los más diversos órganos y aparatos en las consultas, ha obligado a las especialidades médicas a definir síndromes funcionales emergentes como la fibromialgia, que incluirá una variedad de

síntomas músculo esqueléticos; el síndrome de fatiga crónica, que asciende la fatiga (antiguo síntoma mental de la neurastenia) a la categoría de síndrome funcional, y otros correspondientes a distintas especialidades: colon irritable, dispepsia no ulcerosa, disfunción temporomandibular, síndrome de piernas inquietas y cefalea tensional (Velasco, 2006).

Nimnuan, 2001, menciona como los síndromes somáticos funcionales más frecuentes:

- Fibromialgia
- Síndrome de fatiga crónica
- Síndrome de colon irritable
- Cefalea tensional
- Dispepsia no ulcerosa
- Bolo histérico
- Dolor facial atípico
- Disfunción articular temporomandibular
- Dolor pélvico crónico
- Síndrome premenstrual
- Hiperventilación
- Dolor torácico no cardiaco
- Sensibilización química múltiple

Por último, se encuentran los síntomas inespecíficos y mal definidos que son una categoría residual, que enuncia como signos y síntomas: tos, dolor abdominal inespecífico, malestar y

astenia. Estos representan la morbilidad aguda más frecuente en la consulta de atención primaria en mujeres (Velasco, 2006).

Es preciso incluir en el proceso de enfermar, la influencia del contexto social y la subjetividad, ambos además condicionados por el género. Los síndromes y síntomas, no tienen su causa sólo en la biología y situaciones sociales precarias, sino en la esfera simbólica; es decir, que proceden de la posición subjetiva de la persona en su contexto social y su manera de enfrentar los conflictos. Estos síntomas son símbolos de aquellos conflictos expresados en el cuerpo. Se pueden presentar como manifestaciones somáticas cada vez más diversas y como síntomas anímicos, cada vez más extendidos, por ello la relevancia de su abordaje desde un enfoque biopsicosocial (Velasco, 2006)

Sistema sujeto/sexo/género e interacción biopsicosocial

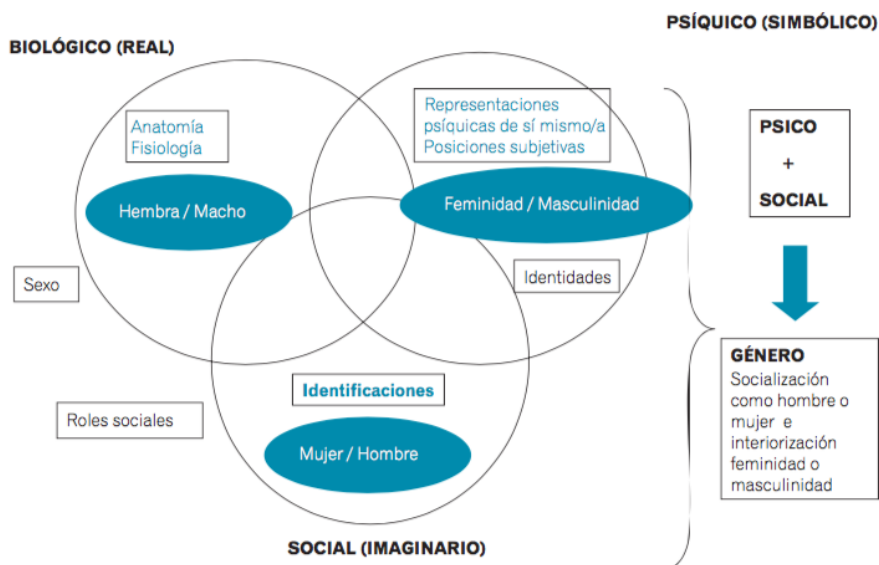


Figura 1: Sistema sujeto/sexo/género e interacción biopsicosocial; tomado de *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres*, por S. Velasco, 2006, vol.1, p.68. Copyright 2006 por Instituto de la mujer.

Las alteraciones psíquicas y somáticas, bajo su diversa presentación, tienen una procedencia común: *el malestar cultural de las mujeres*; mismo que fue propuesto como la otra salud mental en el seminario internacional sobre el malestar psíquico de las mujeres donde investigadoras desde la sociología y la clínica confluyeron en la necesidad de definir una nueva salud mental de las mujeres que diferenciara entre el sufrimiento procedente de las condiciones de la vida cotidiana y la enfermedad (Velasco, 2006).

En este sentido, el abordaje del tema tiene una aproximación psicoanalítica, debido a que el psicoanálisis se centra en la subjetividad, entendiéndola como sede de intersección entre el inconsciente y la cultura. Los deseos, temores y fantasías de los individuos son comprendidos a través de su vida intrapsíquica junto con todas las construcciones culturales que esta supone (Murillo, 2014).

ANTECEDENTES TEÓRICO PRÁCTICOS

“Las mujeres padecemos enfermedades misteriosas, enfermedades que se colocan en el límite de lo psiquiátrico y lo muscular, a través de lo neurológico, porque somos más sensibles al ruido, a la deformación, y nos resistimos a las inercias de nuestra forma de vida. Sin darnos cuenta, nos resistimos al neoliberalismo somatizándolo y nuestras somatizaciones se transforman en un interesado misterio de la ciencia”

Sanz, 2017.

Sin lugar a dudas, el desarrollo histórico de la enfermedad de las mujeres ha ido de la mano de los esquemas y estructuras de pensamiento de la cultura, junto con sus sentires asociados. Lo anterior equivale a la noción del *habitus*, de Pierre Bourdieu, el cual está supeditado a quienes somos dentro de nuestra cultura, el lugar que nos es dado o la posición que hemos logrado de acuerdo con el prestigio, el estatus, los roles atribuidos históricamente, entre otras posibilidades. Los supuestos, sobreentendidos intersubjetivos que constituyen el sentido común, se tornan en prácticas de una dominación naturalizada e invisibilizada, que a su vez se configura en *habitus* (Fernández, 2016).

Bordieu sostiene que la dominación masculina se explica a partir de la socialización de lo biológico y la biologización de lo social, hasta convertirse en base explicativa/normativa de lo social (Fernández, 2016).

En este sentido Marcela Lagarde (2015) menciona:

“La feminidad es la distinción cultural históricamente determinada que caracteriza a la mujer a partir de su condición genérica y la define de manera contrastada, excluyente y antagónica frente a la masculinidad del hombre. Las características que constituyen la feminidad son consideradas en las concepciones dominantes del mundo como atributos naturales: eternos y ahistóricos inherentes al género y a cada mujer particular”.

En un contexto patriarcal, el género y otros ejes de poder condicionan quiénes somos como individuos y cómo nos relacionamos y construimos lo colectivo. Los factores de

nuestra cultura patriarcal, con sus particulares normas y valores influyen sobre el lugar y papel de las mujeres en esta cultura (Burin, 1991).

Dicho lo anterior, cabe mencionar el concepto de dispositivo de poder utilizado por Foucault (1983) para designar un conjunto complejo y heterogéneo que implica discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, leyes, enunciados científicos, proposiciones filosóficas o enmascarar una práctica, brindándole acceso a un nuevo campo de racionalidad (Burin, 2012).

Al respecto, J. Popay realizó una investigación sobre la demanda de las mujeres a centros de salud mental y su relación con los roles sociales, en la cual descubrió dos modos explicativos. El modelo social inducido, entendido como la mayor disposición de las mujeres a considerarse mentalmente enfermas, debido a que socialmente tienen un rol carenciado, inferiorizado, definido como enfermo, y el modelo de causalidad social, entendido como una mayor disposición de las mujeres a enfermarse mentalmente debido a estilos de vida más bajos, más pobres, con mayores condiciones de estrés y problemáticas asociadas con sus roles sociales dentro de la familia, o combinando éstos con otros roles sociales (Burin, 2012).

Estudios de género realizados por Chandra y Satyanarayana (2010) señalaron que la sociedad dominada por los hombres tiene mayores expectativas de que las mujeres tengan la responsabilidad de cuidar a los miembros de la familia, responder a las necesidades de los miembros de la familia y dedicarse a los demás en la familia. Pero las mujeres no pueden controlar el uso de recursos o la toma de decisiones. Las mujeres tampoco reciben atención de otros en asistencia, escucha y reconocimiento de problemas y apoyo. Esto causa estrés crónico en las mujeres y puede conducir a la depresión (Neitzke, 2016).

MARCO TEÓRICO

Para poder comprender la importancia de este trabajo de investigación, es necesario explicar los diferentes conceptos bajo los que se regirá este escrito; género y feminidad, la subjetividad femenina, lo simbólico de la feminidad, feminidad y psicoanálisis, la carga psicosocial impuesta a la mujer, el malestar somático y la salud mental en la mujer.

Género y feminidad

El género tiene su antecedente en Simone de Beauvoir quien en su libro “El segundo sexo” formula género como el conjunto de las características humanas consideradas como femeninas que son adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, el cual no se deriva naturalmente de su sexo (Lamas, 2000). En este sentido, si el género consiste en las significaciones sociales que asume el sexo, el sexo no acumula pues significaciones sociales como propiedades aditivas, sino que más bien queda reemplazado por las significaciones sociales que acepta (Butler, 1993).

Un sistema sexo/ género es el conjunto de arreglos por los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en producto de la actividad humana, y en la cual estas necesidades sexuales transformadas son satisfechas (Rubin, 1975), de esta forma, lo que entendemos como femenino se convierte en parte del complejo simbólico que designa a lo marginal por excelencia a partir de múltiples asociaciones. Lo que todas las sociedades desvalorizan, en principio, es a lo femenino, y las mujeres son desvalorizadas como consecuencia de su adscripción al género (Serret, 1998).

La subjetividad femenina

Para entender la construcción de la subjetividad femenina, es preciso tener en cuenta que ningún individuo se vuelve sujeto sin comenzar por ser subordinado o pasar por un proceso de “subjetivación”; dicho término comporta en sí mismo la paradoja: designa a la vez el devenir sujeto y el proceso de sujeción: no se puede encarar la figura de la autonomía sino sometiéndose a un poder, sumisión que implica una dependencia radical (Butler, 1993).

Cuando hablamos de feminidad y masculinidad, partimos de una subjetividad sexuada que se construye en forma polarizada, en base a las prescripciones estereotipadas, donde la diferencia sexual anatómica opera como información para los padres, quienes estructuran actitudes y conductas diferenciales según se trate de una niña o un varón (Meler, 1997). Desde esta postura podemos entender cómo las construcciones culturales en cuanto al género van a influir en cómo el niño y la niña construyen su subjetividad.

La feminidad es la distinción cultural históricamente determinada que caracteriza a la mujer a partir de su condición genérica y la define de manera contrastada, excluyente y antagónica frente a la masculinidad del hombre. Las características que constituyen la feminidad son consideradas en las concepciones dominantes del mundo como atributos naturales: externos y ahistóricos inherentes del género y a cada mujer particular (Lagarde, 2015).

La sexualidad humana, al ser cultural, supone un sistema múltiplemente determinado y normativizado que denominamos sistema sexo-género, el cual, pone de relieve que es el género el que configura y normativa a la sexualidad (Dio Bleichmar, 1997). Dicho lo anterior, cabe destacar que la subjetividad y los complejos infantiles se constituyen a partir de los deseos y fantasmas parentales, pues la feminidad y la masculinidad son

representaciones de la mente de los adultos. Este fantasma de género es un contenido de la mente preconsciente/ inconsciente que se pone en acto por medio de las acciones específicas de carácter más o menos dicotómico que jalonan la infancia de cualquier niño o niña (Dio Bleichmar, 1997).

Lo simbólico de la feminidad

Lo simbólico es entendido como la parte más abstracta del orden cultural, donde se construyen los significados que dan sentido a nuestro mundo, de esta forma, lo que es percibido por lo humano está atravesado por la cultura, por medio de su significado (Buquet, 2013). La fuerza de la significación es más potente que la fuerza instintiva; esto nos habla del poder y la influencia que tiene la estructuración cultural sobre los seres humanos, más aún que los dictados de la naturaleza (Geertz, 1989).

Todas las personas tenemos una representación mental sobre la masculinidad y la feminidad. Esta representación la hemos ido construyendo en la intersubjetividad de nuestras relaciones humanas, desde la interacción con nuestros padres, hasta la interacción con otras personas y realidades. Estas representaciones se componen de significados conscientes y preconscientes, pero también de contenidos inconscientes. Estos contenidos, denominados fantasmas inconscientes, se transmitirán de generación en generación a través del discurso o de la acción (Dio Bleichmar, 1997).

Como dice Laplanche, la asignación de género al niño y a la niña por los adultos va a preceder a la simbolización que éstos hagan. Esta asignación “es un conjunto complejo de actos que se extiende al lenguaje expresivo y a la conducta del entorno familiar” (Dio Bleichmar, 1997).

Feminidad y psicoanálisis

La teoría psicoanalítica repite el imaginario histórico de la concepción de la mujer como derivado del hombre desde los orígenes de la civilización. A partir de Hipócrates, Galeano, Platón y Aristóteles, la mujer siempre ha sido referida desde las categorías teóricas de inferior, inacabada, hombre castigado, hombre fallido, incompleta, imperfecta, mutilada, entre otras. En este sentido, es preciso resaltar que parte de la construcción de la subjetividad femenina son las nociones imperantes de las instituciones de lo simbólico (Dio Bleichmar, 1997).

El rol de la vagina en la etapa primaria es explorado y se plantea la identificación con la madre y el juego de las muñecas como una fase femenina de la niña, una etapa pre edípica maternal. Plantea que tanto la pasividad como la actividad son expresiones de “tensión vaginal”. Sucesivas representaciones orales, anales y fállicas finalmente se mezclan con la más realista imagen de la vagina e incitan el desarrollo de la maternidad. La niña se identifica con la madre y se reconocerá en ella como similar, como mujer, así como reconocerá como iguales a las hermanas, abuelas y otras niñas. Poco a poco irá incorporando las normas sobre qué le es propio como mujer, qué se espera de ella y qué formas lingüísticas se emplean para denominarnos y reconocernos. Y en un proceso simultáneo se diferenciará del otro, del hombre, en el que incluirá al padre, a los hermanos, abuelos y otros hombres (Dio Bleichmar, 1997).

Desde la perspectiva psicoanalítica el pene no es el falo, sino un representante del falo; además con el descubrimiento de la sexualidad, tanto el niño como la niña sufrirá sus efectos, esto es, descubrirá que no es todo para la madre, aún más precisamente que no es su

falo, pero además descubrirá que a la madre también le falta algo, es decir que no tiene pene/falo esta castrada, con esto aparecerá la angustia de castración que lleva al niño a comprender que la madre no es ley, o dicho de otra forma que el deseo de cada uno está sometido a la ley del deseo del otro (Dio Bleichmar, 1997) .

La carga psicosocial impuesta a la mujer

Freud (2008/1930) concibió la locura como un problema de la cultura, mencionó que “el ser humano cae en la neurosis por qué no logra soportar el grado de frustración que le impone la sociedad en aras de sus ideales de cultura”, y es que, las expectativas estereotipadas del margen político y social obligan a la mujer a cumplir un sinnúmero de deberes estipulados social e ideológicamente en los estereotipos de identidad: ser una buena mujer, hacer un buen matrimonio, criar bien a los hijos, tener una familia feliz, ser recatada, seria, entregada, entre muchos deberes más. En consecuencia, las diversas locuras y malestares surgen como producto de las dificultades de las mujeres para vivir a partir de contradicciones no reconocidas como tales, y que las desbordan en mundo que asegura que la impotencia al cumplir con los ideales es responsabilidad del individuo frente a una sociedad, que hipotéticamente le da opciones (Lagarde, 2015).

Para todo aquel que ose salirse de la norma, se ha creado la ideología de la culpa, que encuentra un gran espacio en los sujetos diferentes, para enquistarse y provocarles a ellos y a otros, sufrimientos y conflictos que los rebasan y son además incomprensibles (Lagarde, 2015).

Existe una urgencia de concientización de las condiciones de vida de las mujeres, especialmente de sus vidas cotidianas, así como de los factores opresivos que constituyen sus modos de vida enfermantes, los cuales son aceptados socialmente, y vistos como parte de su naturaleza como mujeres (Burin, 2012).

El malestar somático

“Por sufrimiento entendemos el malestar de las mujeres ligado a una situación específica de opresión; por enfermedad, el malestar donde el reconocimiento de sus orígenes ha sido denegado” (Burin, 1991).

Los conflictos impuestos al sujeto mujer por su tensión con la realidad de una cultura patriarcal, produce modos específicos de enfermar para el género femenino (Burin, 1991). Esta mayor afectación de las mujeres se debe tanto factores psicológicos como sociales y de género, en la medida en que: el papel tradicional de las mujeres en las sociedades las expone a más tensiones, al tiempo que les resta tratar de modificar su entorno estresante, así como a la alta tasa de violencia doméstica y sexual a la que están expuestas (Velasco, 2006).

Es de gran relevancia para la salud femenina, tanto física como psíquica, que las mujeres lleguen a reconocer la relación existente entre sus condiciones de vida y los síntomas que las aquejan. De este modo les será posible reapropiarse de sus saberes sobre sus malestares, sus afectos y sus deseos, sin la necesidad de mitigarlos con psicofármacos (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990, citadas por Velasco, 2006).

Salud mental en la mujer

Las alteraciones psíquicas y somáticas, bajo su diversa presentación, tienen una procedencia común: *el malestar cultural de las mujeres*; mismo que fue propuesto como la otra salud mental en el seminario internacional sobre el malestar psíquico de las mujeres (Roma, 1988) donde investigadoras desde la sociología y la clínica confluyeron en la necesidad de definir una nueva salud mental de las mujeres que diferenciara entre el sufrimiento procedente de las condiciones de la vida cotidiana y la enfermedad (Velasco, 2006).

Incluir los factores asociados al género y a lo femenino en la mujer en el sector salud es una cuestión ética y de calidad de la ciencia. En países como Australia y Estados Unidos, se han desarrollado estrategias para orientar la formulación de políticas en materia de género y salud. Hay un largo camino para mejorar la investigación, así como para formular políticas públicas de género y salud. Por ello, es de imperiosa necesidad, que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población (SS, 2013). Se requiere de ejercicios de sensibilización y capacitación que promuevan empatía, además de procesos de transversalización de la perspectiva de género para fomentar la responsabilidad activa de la sociedad en pro de una mejor calidad de vida y salud para la mujer (Fernández, 2016).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El término somatización refiere a una queja física, que ocasiona malestar, en ausencia de hallazgos clínicos que permitan postular una causa orgánica que pueda explicarla completamente (Santiago y Belloch, 2002). El rasgo principal de estos trastornos es la presentación reiterada de síntomas somáticos difícilmente explicables desde la fisiopatología (Pascual y Cerecedo, 2002).

La presentación clínica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados suele ser poli- sintomática, recurrente y crónica, predominando en mujeres (20 a uno respecto a hombres) y con un patrón familiar (10% a 20% de las mujeres parientes de primer grado de estos enfermos presentan también trastorno de somatización). El riesgo estimado de padecer este trastorno a lo largo de la vida de las mujeres se sitúa entre 0.2% y 2%; hallándose tasas inferiores a 0.2% en hombres. Estudios realizados en Estados Unidos de América muestran que la prevalencia más alta se encuentra entre los ciudadanos México-americanos (Moral de la Rubia, et al., 2010).

A pesar de la creciente prevalencia de los síntomas somáticos sin causa orgánica en mujeres, desde la teoría biomédica aún no se cuenta con un tratamiento médico que se haya mostrado eficaz (Velasco, Ruiz & Álvarez-Dardet, 2006). Cabe destacar que cerca del 56% de los pacientes que presentan síntomas somáticos cumplen los criterios de algún otro trastorno psiquiátrico, con mayor frecuencia en los trastornos depresivos y de ansiedad (OPS, 2018). Es decir, se constata una correlación positiva entre depresión y síntomas somáticos (Santiago y Belloch, 2002).

Al respecto, se ha señalado que las mujeres son más propensas a presentar trastornos afectivos de depresión y de ansiedad (Blázquez, 2014). Desde una perspectiva psicoanalítica,

“los afectos pasan a ser con harta frecuencia causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso con alteraciones anatómicas registrables, cuanto de enfermedades de otros órganos” (Freud, 2008/1890).

El estrés en lo familiar, lo laboral y lo social, también se estudia como un factor de riesgo para la depresión (González, Rodríguez, García, Prieto y Saiz-Ruiz, 2009). La influencia de los factores del contexto social, de género y subjetivos recae sobre el fenómeno de los síntomas somáticos sin causa orgánica (Velasco, Ruiz y Álvarez-Dardet, 2006).

En México, aún existen grandes limitaciones para la mujer, debido a la persistencia de prácticas discriminatorias, excluyentes y culpabilizadoras que se replican todos los días en la cultura, la inercia y en las reproducciones de roles y estereotipos de género por los medios de comunicación, las instituciones y la sociedad en su conjunto (Juan, 2014), así como de experiencias traumáticas y carencias afectivas (Morán, García y Cabeza, 2019).

Por otra parte, las mujeres tienen menos acceso a la atención a la salud, lo que aumenta su carga de enfermedad (Corona-Vázquez, et al., 2014) aunado a que la mayoría presentan altos índices de maltrato y eventos vitales estresantes durante la infancia o la edad adulta, mismos que son considerados como importantes factores de riesgo para para la salud (Morán, García y Cabeza, 2019).

En el caso de aquellas que son madres y trabajadoras, estudios reflejan que el tiempo total de trabajo semanal no remunerado de las mujeres es de casi 44 horas, mientras que el de los hombres es poco más de 16. La consecuencia es una creciente tensión sobre las mujeres que han mantenido sus actividades sin remuneración a la par de crecientes jornadas laborales remuneradas: las mujeres latinoamericanas invierten el doble o triple de horas que los hombres en el trabajo no remunerado (Güezmes, 2014).

Un estudio sobre cuáles son los temas y problemas vinculados al proceso de salud, enfermedad y atención que han sido objeto de mayor preocupación en los programas de estudios de la mujer y de género en México, reflejó que no se estudiaban las condiciones socioculturales bajo las que se producen, desarrollan y difunden los padecimientos que han venido cobrando importancia en el perfil epidemiológico de la población mexicana y en las mujeres. Los estilos de vida dependen en gran medida de las condiciones sociales de las personas, ya que el contexto social, cultural y económico que rodea cotidianamente a los individuos puede ser en sí mismo un agente promotor de riesgos, por ello, la relevancia de su abordaje (Blázquez, 2014, pp. 151-164, citado en Corona-Vázquez, et al. 2014).

Los síntomas somáticos y los trastornos relacionados representan un gran reto para el sector salud debido a su alta prevalencia, sobretodo en las mujeres. Según la OPS (2018), la prevalencia a los 12 meses de trastorno por dolor es de 11% en las mujeres y 4% en los hombres, con una tasa general de 8%; la mayor de todos los trastornos mentales.

El aumento del interés en la somatización que se observa en los años recientes, se explica por su elevada prevalencia; a la escasa calidad de vida que implica, además del elevado costo sanitario que representa (10% en países desarrollados). En la mayoría de los casos las quejas somáticas son tratadas por internistas, neurólogos y médicos generales, y en menor proporción por psiquiatras y profesionales de la salud mental, por lo cual los costos derivados de los múltiples tratamientos y medios diagnósticos empleados se incrementan (Moral de la Rubia, et al., 2010).

Lo anterior no sólo refiere a la equivocada estrategia de abordaje de las quejas somáticas de la mujer por parte del sector sanitario, al dejar del lado el aspecto psicológico, biográfico y psicosocial que precede a la manifestación de los síntomas; sino que también incluye la desvalorización de las quejas manifestadas por la mujer, mismas que, al carecer de

una explicación orgánica que responda a los recursos del modelo biomédico, suelen ser desacreditadas por parte del personal sanitario. Las mujeres oyen a menudo la frase: “usted no tiene nada” lo cual, las hace sentir desvalorizadas (Velasco, 2006).

Uno de los aspectos más importantes de la salud desde un enfoque de género es atender de manera integral a las mujeres que sufren las consecuencias de la desigualdad de género, que se expresa como diferentes malestares y mediante síntomas psicosomáticos (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2005). Incluir los factores asociados al género y a lo femenino en la mujer en el sector salud es una cuestión ética y de calidad de la ciencia; en países como Australia y Estados Unidos, se han desarrollado estrategias para orientar la formulación de políticas en materia de género y salud. Hay un largo camino para mejorar la investigación, así como para formular políticas públicas de género y salud. Por ello, es de imperiosa necesidad, que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población (S.S, 2013). Se requiere de ejercicios de sensibilización y capacitación que promuevan empatía, además de procesos de transversalización de la perspectiva de género para fomentar la responsabilidad activa de la sociedad en pro de una mejor calidad de vida y salud para la mujer (Fernández, 2016).

El interés de este proyecto es conocer de qué manera repercute la construcción de la subjetividad femenina en el proceso de somatización en la mujer; ya que, un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no sólo a la enfermedad, sino a los determinantes sociales de la salud.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿De qué manera repercute la construcción de la subjetividad femenina en el proceso de somatización en la mujer?

OBJETIVO GENERAL

Conocer de qué manera afecta la construcción de la subjetividad femenina en el proceso de somatización.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comprender la somatización desde el marco teórico psicoanalítico.
- Comprender la carga psicosocial impuesta a la mujer y su relación con su salud mental.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfocará en estudiar la construcción de la subjetividad femenina en el proceso de somatización. En vista de su elevada prevalencia en mujeres (20 a uno respecto a hombres) y la falta de investigaciones en somatización en México, queda claro que falta mucho por estudiar respecto a las necesidades particulares de la mujer desde el punto de vista de género. Es preciso mencionar que no basta con tener campañas preventivas, curativas o de control de enfermedades en la mujer, sino que falta incluir los aspectos

socioculturales que afectan su salud. Esta noción biopsicosocial permitirá tener un acercamiento a los factores vinculados al género que repercuten de una manera u otra en el proceso de somatización de la mujer. Con ello, evitaremos que la mayoría de los casos sean atendidos por internistas, neurólogos y médicos generales, en vez de ser atendidos por profesionales de la salud mental, como suele pasar; circunstancia que termina representando un elevado costo sanitario, y, sobre todo, y más lamentable, representando una atención que no resuelve realmente las necesidades de salud de la mujer.

Así, el presente trabajo permitirá mostrar cómo los factores asociados a la construcción de la subjetividad femenina derivan en múltiples manifestaciones somáticas. Aspectos como los estilos de vida, contexto social, cultural y económico, darán pautas de abordaje al fenómeno de somatización. Con ello se ofrecerá un panorama integral a la atención a la mujer en el sector salud, ayudando a la concientización de la necesidad de adecuaciones en los esquemas operativos anticipatorios del Sistema Nacional de Salud, contribuyendo a la construcción de mejores políticas públicas basadas en evidencia científica que permitan avanzar hacia la igualdad, dignidad y respeto de la mujer en todas las aristas de su ciclo vital; buscando así, cambiar estereotipos culturales de género en pro de un mejor desarrollo humano y social. Esto, no sólo traerá consigo grandes beneficios metodológicos necesarios para comprender el malestar de las mujeres dentro de las realidades clínicas y profesiones sanitarias, sino que en consecuencia traerá mejores modelos de aplicación de servicios de atención primaria de salud de la mujer y, por ende, notables beneficios económicos y sociales, pero, sobre todo, y lo más importante, representará un fuerte avance en materia de atención a la salud de la mujer en México.

MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico, de tipo exploratorio y transversal, mediante historia de vida de seis mujeres adultas, que refirieron haber presentado malestares somáticos sin causa o explicación orgánica. Como lo menciona Flick (2007), la investigación cualitativa busca entender y descubrir los fenómenos sociales desde su interior, analizando las experiencias de los individuos y los grupos y su relación con sus historias de vida biográficas, prácticas cotidianas, historias, entre otros. Asimismo, se fundamenta en una perspectiva basada en la interpretación y el entendimiento del significado para cada ser humano (Sampieri, 2010).

ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de este proyecto es cualitativo, por todas las dimensiones simbólicas que implica hablar de la subjetividad del género y la importancia de dichas representaciones en el proceso de somatización en la mujer. Como mencionan Ivonne Szasz y Susana Lerner, 1992, citadas por Suárez, 2000, las consideraciones a cerca de cuestiones subjetivas, simbólicas y valorativas dan sentido y significación a las conductas y acciones de los individuos. Por ello, las dimensiones de lo cultural, lo psicosocial, lo inconsciente y lo multifactorial, se ven reflejadas en el discurso de las participantes, elemento central de acercamiento a la profundidad de la investigación.

Los afectos, la experiencia vivida y las emociones de las participantes, junto con mi observación y sensibilidad como investigadora para interpretar su subjetividad, dieron como resultado un acercamiento teórico-metodológico que propició la producción de

conocimiento. En este sentido hablo en primera persona como investigadora, por las características cualitativas de esta investigación y por ser un proyecto hecho por mujeres para mujeres. Desde esta noción, retomo la teoría del punto de vista feminista, misma que cuestiona los principios de objetividad científica, y su distancia con el conocimiento basado en la experiencia de vida de las mujeres (Blazquez, Flores y Ríos, 2012). Este explorar desde adentro nos permite hablar desde nosotras y construye la epistemología feminista.

El paradigma de este proyecto es constructivista porque asume que “la realidad es aprehensible en forma de múltiples e intangibles constructos mentales, sociales y experiencialmente contruidos, de naturaleza local y específica, dependientes en su forma y contenido de las personas o de los grupos” (Catalán-Vázquez y Jarillo Soto, 2010).

Este acercamiento tan próximo a los sujetos permitió tener una relación transaccional subjetivista, mediante la cual, como investigadora pude interpretar las construcciones de las participantes del estudio.

El diseño de investigación de este proyecto es fenomenológico, ya que se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de las participantes. Este tipo de diseños, responden a la pregunta ¿Cuál es el significado, estructura y esencia de una experiencia vivida por una persona respecto de un fenómeno? Su centro de indagación reside en la(s) experiencia(s) de las (los) participantes (Salgado, 2007).

De acuerdo con Creswell, 1998; Álvares- Gayou, 2003; y Mertens, 2005 (Citado por Hernández & Baptista, 2006) la fenomenología busca describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente, basándose en el análisis del discurso y de la posible interpretación de los múltiples significados. Dentro de este diseño, el investigador confía en la intuición y en la imaginación para lograr recolectar información sobre la experiencia vivida por los participantes.

HISTORIA DE VIDA

La historia de vida es un relato autobiográfico, cuya fuente principal es el testimonio expuesto de manera voluntaria por la persona que participa. Esta forma parte del campo de la investigación cualitativa, cuyo paradigma fenomenológico sostiene que la realidad es construida socialmente mediante definiciones individuales o colectivas de una determinada situación (Taylor y Bogdan, 1984) además, toma en consideración el significado afectivo que tienen las cosas, situaciones, experiencias y relaciones que afectan a las personas. En este sentido la historia de vida nos permite tener pautas de investigación flexibles y holísticas sobre las personas, escenarios, grupos u objeto de estudio, quienes más que verse reducidos a variables, son estudiados como un todo, cuya riqueza y complejidad constituyen la esencia de lo que se investiga (Berríos, 2000).

La historia de vida conforma una perspectiva fenomenológica, la cual visualiza la conducta humana, y lo que las personas dicen y hacen como el producto de la definición de su mundo. En este sentido, la historia de vida, como metodología cualitativa, busca capturar el proceso de interpretación, viendo las cosas desde la perspectiva de las personas, quienes están continuamente interpretándose y definiéndose en diferentes situaciones (Taylor y Bogdan, 1998).

MUESTRA (Criterios de inclusión y exclusión)

La muestra de esta investigación estuvo conformada por seis participantes mujeres mexicanas, residentes de la Ciudad de Tijuana, Baja California, que refirieron haber presentado malestares somáticos. Según la guía de consulta de criterios diagnósticos DSM-V, dicho trastorno se define como uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria de una persona. Estos pueden ser pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud. Del mismo modo grados persistentes elevados de ansiedad a cerca de la salud o los síntomas y tiempo excesivo consagrado a estos síntomas o a la preocupación por la salud (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La finalidad de esta investigación fue comprender la influencia de la constricción de la subjetividad femenina en el proceso de somatización. Para ello en primer lugar se realizó una selección de participantes con base a una serie de criterios de inclusión: Que las participantes fuesen mayores de 18 años, que manifestaran haber padecido algún malestar somático, que fuesen mexicanas, y que residieran en la ciudad de Tijuana durante al menos cinco años antes de realizar la investigación. Aspectos de estratificación tales como el nivel sociocultural o académico fueron tomados en cuenta en los datos socioculturales de las entrevistadas. Esto con el fin de garantizar un contexto común de sociabilidad frente a las experiencias de mujeres de otros contextos. El criterio de exclusión fue estar diagnosticada con alguna patología de origen orgánico formal.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Como técnica de recolección de información dentro de la historia de vida se empleó una entrevista semiestructurada, misma que consistió en una serie de preguntas flexibles, dinámicas y abiertas que funcionaron como guía. Dentro de estas entrevistas, el foco de investigación fue la experiencia individual de cada participante, quien, como lo menciona Flick (2015) crea una interacción en la construcción de conocimiento, pues, al reflexionar sobre los acontecimientos de su vida, elabora significados como una forma de comprender los productos de sus reflexiones.

Tal como aconsejan Lucca y Berríos (2009), cada testimonio fue grabado y transcrito en primera persona; dicha transcripción se realizó lo más fidedignamente posible, con toda su riqueza tomando en cuenta lenguaje, lapsus, modismos, entre otros. Aspectos como el número de sesiones, duración, ritmo y conducción de las entrevistas se establecieron en función de la conveniencia de la participante y de contar con tiempo suficiente para recoger la información necesaria. La utilización del cuaderno de campo posibilitó la realización de un mejor seguimiento del proceso y una mejor preparación del material para el análisis.

ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo de investigación y fue sometido a revisión por la Universidad Autónoma de Baja California, quien determinó si el consentimiento informado contaba con los elementos necesarios de acuerdo al artículo 21 de la Ley General de Salud en materia de Investigación

para la Salud. Una vez teniendo la autorización del comité con sellos de vigencia, se procedió a continuar con las demás etapas de la investigación.

PROCEDIMIENTO

Se extendió una invitación por medio de redes sociales a mujeres que experimentarían malestares somáticos sin causa o explicación orgánica, que estuvieran interesadas en participar en la presente investigación. Las mujeres interesadas por la temática y abordaje manifestaron su interés por mensaje privado, por medio de la aplicación WhatsApp; fue así que se dio la oportunidad de contacto y pudo llevarse a cabo una primera entrevista donde se le explicó a cada mujer interesada en la investigación, de qué se trataría el proyecto, en qué consistiría, qué objetivos se buscarían alcanzar y los múltiples beneficios que su realización traería al desarrollo de la investigación científica en torno a las enfermedades psicosomáticas en la mujer en México. Estas entrevistas se llevaron a cabo vía ZOOM. Una vez hecho esto, y habiendo verificado el cumplimiento cabal de los criterios de inclusión, se procedió a extender la invitación a participar en la investigación, haciendo énfasis en el carácter anónimo y la importancia de su participación en el desarrollo de la ciencia.

Habiendo acordado lo anterior, se procedió a definir una fecha favorable dentro de la agenda personal de cada participante, para poder llevar a cabo las entrevistas de historias de vida. Dichas entrevistas, fueron igualmente llevadas a cabo vía plataforma de video y llamadas virtuales ZOOM. Una vez asignada la fecha y hora, se dio pie a comenzar. Como primer paso, se leyó perfectamente a la participante el consentimiento informado, destacando la importancia de su testimonio como participante, su participación voluntaria, en qué

consistirá la entrevista y el hecho de que se grabaría la sesión para fines de la transcripción, dicha información sería perfectamente guardada y encriptada, y sería revisada únicamente por la investigadora a la hora de efectuar la transcripción. Además, se le explicó a la participante su libertad de negarse a contestar cualquier pregunta que pudiera resultarle incómoda o retirar su participación de la investigación si así lo deseara, al final, cada participante extendió su aprobación de aceptar el consentimiento vía virtual. Esto quedó grabado en el registro de video de entrevista de cada participante.

En la primera parte de la entrevista se solicitaron una serie de datos personales, mismos que fueron protegidos. A cada participante se le solicitó que eligiera un pseudónimo que la representara en la investigación. Esto con la finalidad de proteger su identidad y mantener sus datos resguardados. Se llevó a cabo la entrevista de historia de vida y se hizo el registro de la sesión, cuya información fue primordial para el análisis cualitativo de contenido. Se procedió a la transcripción de información y el análisis de contenido con el programa Atlas. Ti.

CATEGORÍAS

Para el análisis de los resultados se tomó en cuenta la ficha técnica en la que se incluyeron los datos más relevantes de los participantes, junto con la línea de vida, en la que se plasmaron los acontecimientos más importantes de la vida de la participante en relación a sus malestares somáticos sin causa o explicación orgánica de manera cronológica. Asimismo, se delimitaron los ejes temáticos que darían estructura a la narrativa de cada relato considerando las siguientes categorías:

- **Las alianzas familiares y los afectos:** Se refiere a las relaciones que establecieron las participantes con sus familiares, amistades y relaciones de pareja. La familia, es considerada la esfera más íntima de la sociedad, funge como primer acercamiento a una institución básicamente relacional y personal. En ella, se estrechan los límites de la intimidad personal y la especificidad de sus funciones emocionales (Burin, citada en Meler, 2020, p. 64).
- **Contexto sociocultural, sexualidad y corporalidad:** Se refiere a lo no natural, a lo condicionado por el entorno social y la construcción histórica de “lo femenino”, como lo menciona Butler (2007), el sexo es una categoría social y cultural articulada en un contexto marcado por la normatividad del género. Todo lo anterior de suma importancia en la construcción de la subjetividad femenina y sus condiciones lingüísticas y sociales.
- **Sesgos de género en la salud:** La neutralidad de la ciencia biomédica oficial, ha dejado a un lado los procesos biológicos o sociales causantes del malestar en las mujeres (Valls-Llobet, 2010). Enfocándose únicamente en su salud reproductiva (embarazo, anticoncepción, planificación familiar y menopausia) sin atender las problemáticas sociales que le circundan tales como lo son el cuidado de los otros, la pobreza, la clase social, demandas de trabajo, medio ambiente, exposición a contaminantes, servicios sociales, entre otros. Las consultas médicas van enfocadas más a la medicalización que a la inclusión de temas centrales, como preguntas sobre su contexto de vida, sus experiencias y fisiología. Esta postura no es sólo practicada en el ámbito médico, sino lamentablemente ha permeado en la sociedad, quien no comprende los factores relacionados a la salud de las mujeres.

- **Vivencia del malestar somático de las mujeres:** Sara Velasco (2006), menciona que los malestares somáticos no se registran como problemas de salud y no son reconocidos como enfermedad, sino como síntomas inespecíficos o mal definidos. Por otro lado, estos malestares reflejan un malestar psíquico propio de las mujeres, quienes son propensas a consumir el doble de psicofármacos que los hombres, por prescripción médica. Por ello es importante abordar *“otros modos de comprensión de las psicopatologías de las mujeres: el origen social de los conflictos, su interrelación con los modos psíquicos de producción del malestar a través de los sentidos que cada sujeto otorga a tales conflictos...”* (Mabel Burin, 1991, citada por Velasco, 2006, p.43).
- **El enojo: El silencio como resistencia:** En una sociedad estructurada desde preceptos patriarcales, los sentimientos forman parte de las estructuras de género. Existiendo formas de expresión permitidas para cada género acorde a la construcción de su subjetividad. En este sentido, Rocío A. Castillo (2019) comenta, que el mundo está repleto de hombres que expresan su ira de múltiples formas, mientras que la mujer, ante estímulos similares, tiene como respuesta el grito o el llanto. Esto refiere no solamente a lo que los géneros deben sentir sino cómo deben sentir y expresar eso que sienten.
- **Somatización: las contradicciones hechas cuerpo**
 Como lo menciona (Marcela Lagarde, 2015, p. 29), *“las mujeres nos movemos en contradicciones permanentes. Si alentamos nuestro ser tradicional entramos en conflicto con nuestras necesidades y aspiraciones modernas de género; si ejercemos o exigimos derechos, los demás sienten que es contra ellos; si satisfacemos a los otros, no nos queda tiempo, energía, ni recursos suficientes para nuestro desarrollo. Si*

cumplimos con algunas expectativas opresivas de los otros, nos traicionamos”. Al respecto, Velázquez (2000) sugiere que cuando las mujeres cuestionamos las imposiciones entramos en conflicto, lo cual se manifiesta mediante síntomas psicosomáticos o sentimientos que generan malestar.

RESULTADOS

Con base al análisis cualitativo de la información desde un enfoque psicoanalítico y de perspectiva de género, emergieron las categorías, mismas que representaron mayor relevancia en torno a la construcción de la subjetividad femenina en el proceso de somatización de las participantes. Estas categorías permitieron organizar de una forma más estructurada la información recabada en las historias de vida. A continuación, se presentan los resultados obtenidos por categorías y subcategorías:

Las alianzas familiares y los afectos

Dentro de las alianzas familiares, es que los individuos desarrollamos gran parte de nuestra identidad y de nuestras habilidades sociales e interpersonales. Es por ello, que explorar las interrelaciones vividas en este sentido son claves para comprender los primeros acercamientos al malestar somático.

Ausencia de figuras parentales

En los primeros años de vida de las participantes se encontraron rasgos de abandono por parte de sus padres. Este aspecto mostró tener repercusiones negativas en su salud emocional, incluso hasta su edad adulta.

“Ahmm, pues yo nací en una familia con ausencia de mi progenitor, porque se enfermó y decidió no hacerse responsable, pues... de mí, entonces, mi madre fue quien me crió junto con mi abuela, en una casa pues... ellas dos solas, ¿no?, básicamente estábamos las tres. [...] Me acuerdo que mi abuelita también me decía como —ya va a llegar tu mamá, no te preocupes—. Pero yo todo el tiempo, como que esperaba que llegara... Pero lo curioso es que cuando llegaba no había nada, como... que yo... esperara, ¿no? (hace una pausa, su mirada denota tristeza) ... o sea, como este contacto, como cercano o amoroso. [...] yo sentía algo, o sea, una falta bien extraña, que, de hecho, hasta hace poco la sentía, ¿no?, como sentir un hueco en mi casa” (Inefablem, 24 años).

Así mismo, aunque las figuras parentales pudieran encontrarse físicamente dentro del hogar, o compartieran un poco más de tiempo con las participantes, aún así, algunas participantes refirieron haber sentido un abandono emocional.

“...emocionalmente yo siento que no estuvieron tan presentes conmigo, lo digo desde mi percepción. Ehmm, sí, yo creo que eso es algo que ha sido muy importante para

mí por lo menos... esto de sentir que hubo como un descuido en ese sentido”.

(Maggie, 30 años).

Al tener figuras parentales que trabajaban, estaban ausentes o que no contaban con los recursos emocionales para cuidar de sus hijas, las abuelitas representaron tener un espacio muy importante en la vida de las participantes, desde el aspecto de crianza, vínculo emocional o atención, como podemos ver a continuación:

“Yo siempre estaba con mi abuelita, en casa mi abuelita ella me llevaba a la escuela, ella me cocinaba, ella me atendía. Y mi abuelita era como seria, no era como muy expresiva verbalmente, pero era muy cariñosa y siempre me atendía y como que fungió esa parte cariñosa que mi mamá y mi papá no podían hacer o no sabían hacer”

(Maggie, 30 años).

Sumado a lo anterior, Inefablem agregó en relación con su abuela:

“Yo nunca llegué a decirle a mi abuelita mamá, pero recuerdo haber sentido que ella era más mi mamá, por ejemplo, que mi mamá, que mi progenitora. Entonces, pues sí, ella fue como la base de todo esto, porque pues es quien me cuidaba cuando mi mamá no estaba. Y básicamente mi mamá muy pocas veces estaba” (Inefablem, 24 años).

Como consecuencia de estas ausencias parentales, se observaron afectaciones negativas a nivel emocional en las participantes, quienes refirieron sentirse solas durante su proceso de

crecimiento, lo que posiblemente dificultó el aprendizaje de estrategias de afrontamiento emocional.

Hijas parentales

Las participantes expresaron haber tenido madres trabajadoras y en su mayoría madres con síntomas depresivos. Esto ocasionaba que las participantes se sintieran ansiosas o culpables respecto a la depresión de sus madres, que adoptaran una actitud de niñas-adultas y que en muchas ocasiones cuidaran incluso del estado emocional de sus madres.

“Trataba como de dar lo mejor de sí para mí, pero también la veía muy enojada a veces, o triste, entonces eso me hacía sentir mal a mí, o sea, es algo así que me acuerdo. Me ponía triste verla como estaba, pero no sabía por qué estaba así, es algo que también me acompaña y que desde muy pequeña estuve expuesta a este tipo de estresores, por llamarlos de alguna manera. Yo no sabía lo que pasaba, sólo de repente sentía que como si yo era la que provocaba esto, o sea como, yo era molesta, yo no merecía como todo ese cariño que yo quería recibir... todas estas cosas” (Inefablem, 24 años).

Esta responsabilidad que las participantes refirieron sentir sobre la estabilidad emocional sus madres representó un estresor muy grande en sus vidas. Aunado a esto, las participantes afirmaron esforzarse por mantener todo bien y así equilibrar la situación y no sumar más “molestias” a la familia, como lo relata Lou en el siguiente testimonio:

“Yo la sentía de niña, un poquito pues... vulnerable, triste, como con esta necesidad de yo también estar como que haciéndola sentir bien de alguna forma [...] Había muchas ocasiones en la infancia que ella estaba llorando ¿no? como en su cuarto y no sabía por qué, entonces pues ahí va la hermana mayor (*posición de ocupa dentro de su familia*) a consolarla y decirle —No mamá, vas a estar bien, tu tienes una familia muy bonita y etc.— ahí estaba yo haciéndola de psicóloga ¿no? [...] Yo me sentía un poquito responsable de esto, entonces también es mi personalidad, pero también en parte como que sí se quedó muy marcado como esto de... pues yo estoy muy bien siempre ¿no? como, no, pues yo no causo problemas, yo estoy en la escuela súper bien y yo me voy a jugar afuera todo el día, no les voy a dar molestias , aunque ya después me di cuenta de que si cargaba con ansiedad cuando estaba niña, pues nada más que mis papás no se daban cuenta porque, pues yo no les decía, ni les hacía ver nada de mi ansiedad (Lou, 30 años).

La cualidad de cuidadoras no se presentó únicamente en la infancia, si no que resultó estar presente hasta edades más avanzadas de las participantes, impactando en sus actividades y en su salud como lo menciona Nube en el siguiente relato:

“Yo empecé con el estreñimiento y con la colitis cuando estaba en la universidad y era... fue la época más difícil para mí, porque fue cuando tuve que empezar a tomar a mi mamá como... como una persona más que cuidar. Inclusive yo dejé de estudiar un semestre para poder cuidar a mi mamá” (Nube, 52 años).

Las participantes afirmaron también haberse sentido responsables del cuidado de los otros en torno a la estabilidad física y emocional tanto de sus madres, como de sus hermanas y hermanos.

“Mi papá dijo —sabes qué Nube, tu mamá ya no los va a llevar a la escuela, a partir de este momento tú te responsabilizas del bienestar de tu hermano, tú lo vas a cuidar y se van a ir los dos juntos a la escuela— y no sé... fíjate que ahora con las terapias me he dado cuenta de lo fuertes que pueden ser las palabras en cierto momento, porque eso es lo que he hecho toda mi vida, siempre he cuidado a mi hermano” (Nube, 52 años).

Así mismo, el cuidado se extendía a la alimentación de los familiares y al mantenimiento, cuidado y limpieza del hogar. Dentro de esta etapa, las participantes enunciaron haber priorizado las necesidades de las y los otros, antes de las propias.

“Mi hermano era bien vaguito, ¿no? ya no estaban mis papás y pues iba a jugar con los chamaquitos de la colonia y yo, pues con mi timidez sí recuerdo que ahí medio que jugaba con ellos, medio que no... pues yo me encargaba especialmente de las actividades del hogar y más, pues porque recaía en mí ¿no? porque pues mujer y mi papá machista y a las mujeres les toca hacer esas tareas de cuidado, servicio y limpieza ¿no? entonces pues si, a mí me tocaban. Ya que nació mi hermana y ya estuvimos las dos, pues nos tocaba a nosotras dos” (La Errante, 29 años).

La llegada de la hermana de La Errante representó también una persona a la cual tendría que cuidar.

“Yo era como la mamá de mi hermana, así de que hacerle de comer, ir por ella a la escuela... yo tenía 15, ella 10 años” (La Errante, 29 años).

Como podemos ver en el testimonio anterior, la diferencia de edad entre La Errante y su hermana no era mucha, sin embargo, aún así adquirió la responsabilidad de su cuidado a una corta edad. Este es un claro ejemplo de muchas historias en las que las mujeres terminan adoptando papeles de adultas cuando aún son sólo unas niñas. Al respecto Marcela Lagarde (2015) emplea el término de Niñas-madres, como aquellas mujeres que fungen el papel de madres en la infancia, cumpliendo funciones de cuidado de los menores como una obligación “natural”. Estas son fundamentales en la maternidad colectiva.

Figura paterna

En cuanto a la percepción que las participantes tenían respecto a la figura paterna, las participantes expresaron haber tenido padres en su mayoría ausentes, ya sea por trabajo o porque no vivían en el mismo espacio que ellas. Sin embargo, a pesar de dicha ausencia, las reglas de la casa las imponían ellos. Reglas en su mayoría cargadas de autoritarismo y códigos patriarcales.

“...imponía muchas cosas en casa, tenía un carácter muy fuerte, entonces a pesar de que él, la mayor parte del tiempo no vivía con nosotros por su trabajo (él era arquitecto) él iba y venía a trabajar, trabajaba afuera y este... a pesar de que no estaba todo el tiempo en la casa, se procedía como si estuviera en casa, se veía la televisión lo que él decía, se escuchaba lo que él consideraba que era apto para que lo escucháramos, mi mamá no tenía permiso de salir a convivir con vecinas porque pues el deber de ella era estar en casa criando hijos y durante muchos años vivimos de esta forma en los años en los que nosotros vivimos juntos, la verdad era pues en una mezcla de felicidad y de infelicidad porque yo siempre crecí creyendo que tuve una infancia muy hermosa y muy feliz y con los años y con las terapias me fui dando cuenta de que en realidad no lo fue” (Nube, 52 años).

Al respecto, La Errante comentó:

“Lo que yo recuerdo de mi relación con mi papá en la infancia es de miedo ¿no? mi papá me daba mucho miedo porque era una persona muy temperamental y pues era una persona que... que era como muy autoritaria ¿no? machista, autoritaria, sumamente sexista al interior de la casa de decir —vieja ya llegué, dame de comer— ¿no? Y—tenme el plato— ¿no? o sea sumamente enculturalizado en... en estos códigos patriarcales y justamente desde ahí crecí ¿no? porque justo mi educación estuvo de acuerdo a estos códigos patriarcales y que además bien aderezados por la iglesia ¿no? la iglesia agudiza este plano sumamente machista de la cultura, entonces cuando era niña yo creo que sí era más de miedo porque aparte de pobreza, machismo,

pues no, no es una buena receta para nada, entonces recuerdo que... que si era de miedo ¿no? de miedo a que no me eche el cinturón ¿no?” (La Errante, 29 años).

Siguiendo el análisis de los relatos expuestos por las participantes se pudieron identificar figuras paternas dominantes, cuyas estructuras culturales del género fueron las impuestas culturalmente dentro de sus hogares.

El cuidado emocional de sus parejas

Las participantes narraron haber tenido parejas con severos problemas de autoestima, hombres en su mayoría inseguros y dependientes, que buscaban aceptación y cuidado por parte de ellas, lo cual tiene una relación con ellas al venir de contextos donde siempre estuvieron al *cuidado de los otros*.

“Algo bien curioso, que descubrí en terapia precisamente, es que yo desde pequeña sentía mucha empatía por la gente, por ejemplo, si veía una persona en la calle pidiendo dinero, yo me acuerdo que desde muy pequeñita no entendía porque tenían que estar así ¿no? y lloraba, así como —¿por qué tienen que estar así, en esta situación? Para mí era muy doloroso, entonces yo, de alguna manera cuando tuve el acercamiento a esta persona tuvo que ver esto; me atravesó que sufriera racismo en la escuela, entonces eso la verdad sí fue una parte muy importante para que yo sintiera que debía estar en esa relación. [...] Hablaban súper mal de él, le decían “El negro”, decían que estaba bien feo, entonces cuando yo escuchaba todo esto me daba mucha

tristeza y empecé a sentir que le debía algo ¿no? o sea por ejemplo cuando él me hablaba, cuando él me decía que le gustaba, cuando me regalaba cosas, me acosaba también, yo sentía que le debía algo” (Inefablem, 24 años).

Asimismo, algunas participantes refirieron haber tenido parejas agresivas con rasgos narcisistas y con tendencia a desplazar la responsabilidad de sus actos a ellas.

“... hubo un momento en el que yo le dije —¿sabes qué? no me gustó cómo me hablaste y no me gustó como me trataste, siento que no consideraste mi opinión, ni siquiera me preguntaste cómo estaba o qué tenía, tú llegaste dándome órdenes y no me gusta eso—. Y su reacción fue explotar, estábamos aquí en mi casa en mi cuarto cuando hablé con él, se levantó de la cama, así explotó, se puso todo súper rojo, rojo, rojo, así como que todo su cuerpo era súper agresivo y yo soy como de —sólo te estoy diciendo que hay que poner atención en eso, en que no me gustó como me hablaste— pero se súper enojó y me dijo que estaba loca que era una exagerada, que yo lo traté mal a él todo el tiempo (Maggie, 30 años).

Las responsabilidades acatadas a la mujer por códigos culturales impuestos al género femenino, mostraron ser un detonante en los conflictos de pareja en las participantes. Como menciona Irene Fridman, (2017) “las mujeres seguimos padeciendo los malestares de estar ubicadas en la posición de objeto de deseo y continuamos siendo usufructuadas en nuestra práctica de sostén amoroso y narcisizante”.

“Él tenía una mamá que lo trataba muy mal, o sea él fue el primer hijo de la señora, no fue planeado, el papá la abandonó, se la pasó muy mal, la perreó mucho la señora y si le tenía cierto coraje a él, osea si se veía... porque tenía otros dos niños, planeados, con su pareja actual y todo esto... y los trataba como a sus príncipes, ¿no? y a este pobre hombre... era pues como un estorbo, la verdad, y esto no es que me lo contara él, yo lo veía y.... bueno él buscaba creo que esa... esa mamá de alguna forma en mí o en quien fuera. [...] Pues era un tipo... un morro muy inseguro, manipulador, este... con una autoestima por los suelos y yo me sentía como muy responsable de él, emocionalmente era una condena” (Merlina, 34 años).

Las participantes refirieron haberse sentido responsables de los vacíos emocionales de sus parejas, así como de sus cuidados. Esto, en palabras de Marcela Lagarde (2015) viene de los constructos sociales asignados a la mujer consistentes en ser -para y de-los otros; y que, al ser leídas como mujeres, llevan la consigna social de acatar a las normas de lo que les compete a las madres, quienes también son mujeres.

“Sí me siento valorada por él, pero dentro de todo este rollo claro que he tenido momentos en los que no me siento valorada, porque te digo pues es este rollo de... como de la función entre comillas ¿no? que tendría que tener la mujer en una pareja ¿no? entonces... ha sido mucho esfuerzo porque... he sentido como que estoy luchando con esto; estamos de terapia de pareja ¿no? y estoy luchando con “no ser su mamá” (Lou, 30 años).

La relación con sus parejas resultó ser una suerte de extensión de lo no resuelto en sus primeras relaciones de vida.

Contexto sociocultural, sexualidad y corporalidad.

Contexto sociocultural

Dentro del contexto sociocultural de las participantes, sobretodo el familiar, se mostraron un conjunto de normas referentes a la feminidad y la sexualidad propios de lo que culturalmente conlleva ser mujer.

“—Usted póngase a lavar los trastes y ayudar a su mamá— y pues mi mamá llegaba sumamente cansada del trabajo, pues porque toda su vida, bueno al menos desde que llegamos a esta ciudad, ha trabajado, porque pues tenemos que pagar la renta cosas así y el gasto de un solo responsable del hogar no alcanza, entonces pues órale, pero pues eso no significaba que mi papá se hiciera cargo de las actividades del hogar ¿no? muy al contrario seguía en este mismo hilo conductor machista y pues le dejaba toda la responsabilidad a mi mamá y entonces como yo era leída como mujer, pues me tocaba ayudarle a las actividades del hogar a mi mamá” (La Errante, 29 años).

Sumado a lo anterior, Nube agregó, refiriéndose a su padre:

“...yo le decía ¿porque no me vas a dejar hacer esto? ¿porque yo no puedo hacer esto? y a ver pérame ¿por qué mi hermano sí, y yo no, si yo soy tu hija? Y te estoy hablando de por ejemplo subir árboles, subir este... escalar ciertas cosas porque mi papá de vez en cuando nos llevaba de paseo y era así como... se subía a los árboles e incitaba a mi hermano de — ¡ándale súbete!— pero a mí siempre me ponía un tope, me decía: no, hasta ahí nada más, no puedes subir más, o no porque te puedes caer o no porque puede ser arriesgado y era lo que a mi me molestaba , que me limitara. Yo no veía esa diferencia de: yo soy mujer y mi hermano es hombre, yo veía : somos tus hijos y a mí me tienes que ayudar a subir igual que a él” (Nube, 52 años).

Respecto a esta construcción de la subjetividad por medio de estereotipos de género enculturalizados por medio de las figuras parentales, Inefablem agregó, refiriéndose a su madre:

“...me decía—vístete de rosa— (ríe) básicamente. —Vístete de rosa, así bien tierna— entonces, cuando empecé a cambiar yo de mis gustos, a ella no le gustó para nada, me decía —¿Por qué ya casi no usas vestidos?, ¿por qué no usas blusitas con olanes y así? es algo que ya hasta grande me di cuenta de que estaba super claro, pero no me daba cuenta. También era impensable tener el cabello corto, impensable, así. Eso también formó parte de mi educación. —Si vas a ser una mujer, tienes que tener tu cabello bien bonito y largo— de alguna manera siempre ser atractiva para otras

personas, y principalmente me imagino que para hombres, ¿no? pues, para quién más”
(Inefablem, 24 años).

Como menciona Lagarde (2015), las contradicciones a las que se enfrenta la mujer, son desgarradoras, produciendo altos costos y sufrimientos. Al respecto, La Errante, comentó:

“... yo creo que esos referentes pues claro que se impactaron ¿no? en mi psique y en lo que yo entiendo, o lo que entendía sobre la feminidad ¿no? que es ese deber ser ¿no? osea estos códigos normativos que desde chiquita me impusieron y que tienen que ver con estas reglas de la vestimenta, de la apariencia, del no maquillarte, porque lo que está implícito es que tú no tienes que mostrar como... tu belleza ¿no? en la iglesia porque es... es piedra de tropiezo para el hombre ¿no? porque es que la mujer se tiene que cubrir, todos estos discursos bien medievales que siguen presentes en la iglesia, —¡Tápate!— uyyy, si enseñas un poquito más de la rodilla, este... ya eres la peor, te comparan con Salomé, y la gran ramera de la biblia, y todos estos estereotipos hipersexualizados; entonces eso es por un lado, pero por el otro pues son estos discursos de la feminidad comercial que ves en el mundo ¿no? y que tienen que ver con —sé una mujer de deseo, sé una mujer exitosa, sé una mujer chingona—, ¿no? y guapa y perfecta y es como... como modelos sobre el ser mujer, modelos de feminidad que ahí están o que te van lanzando y se van reproduciendo y tú pues ¿qué haces, no? los sigues o no los sigues, y pues sí claro tuvieron efectos sobre mí bien severos, hasta que llegó el feminismo y me salí de la iglesia” (La Errante, 29 años).

Dentro de las experiencias de las participantes, se observaron restricciones por parte de los padres respecto a lo que debía o no hacer o decir una mujer. En este sentido Lou, comentó:

“Mi papá fue mucho de mensajes hacia mi hermana y a mí de... como de comportarnos, ¿no? como no gritar ¿no? que son cosas pues que pues también con los niños ¿no? pero yo sí sentía que era mucho como —¡compórtate como niña!— ¿no? comportarte como moderada, como a ver... y por ejemplo ya después en torno a la sexualidad, pero eso ya fue de adulta, o sea si... cuando él supo que yo ya tenía relaciones sexuales, osea fue una bomba, osea estalló la bomba nuclear, si me dijo cosas así como feas en relación a lo que él pensaba que implicaba” (Lou, 30 años).

Sumado a lo anterior, Merlina, agregó:

“...un día mamá leyó mi diario y pues yo ahí describía un encuentro sexual y me llevó a dar un paseo en el carro, yo tenía 16 y me dijo que había leído una parte y que pues así... y me dijo que estaba mal, o sea encima de que leyó mis cosas me dijo que estaba mal ¿no?” (Merlina, 34 años).

Como menciona (Lagarde, 2015, p. 177) *“Una contradicción básica para las mujeres consiste en que deben orientar y definir su erotismo de acuerdo con las normas dominantes y simultáneamente, con las específicas de su género”*. Esto incluye las normas morales impuestas al género femenino, que no aceptan el pleno goce de su sexualidad a menos que sea en pro de la procreación y además que cumpla con los preceptos de existir dentro del matrimonio. De otra forma, la descalificación social estará latente.

Doble jornada laboral (maternidad)

En el caso de Nube, la única participante casada y con hijos, su experiencia en torno a la doble jornada laboral (trabajo fuera de casa y además el trabajo en el hogar tanto del cuidado de sus hijos, como de su madre, la limpieza, la comida, etc.) fue una desvalorización por parte de las figuras masculinas de su familia empezando por su padre y su esposo.

“...Me decía que no estaba bien (*refiriéndose a su padre*), que yo no debía de controlar a mi esposo, que Fernando era el que trabajaba, que él tenía todo el derecho de llegar a la casa y descansar, que yo tenía la obligación de servirle de comer que pues si no trabajaba eso era lo que tenía que hacer y yo —bueno a ver ¿cómo que no trabajo? ¡si trabajo! estoy cuidando a mi casa, a mi hijo, a mis hijas, ¡estoy cuidando a mi mamá y aparte voy a trabajar con mi hermano! — Ahí fue cuando me empezaron a caer los primeros veintes de que, si no eres una mujer profesionalista, si no tienes un título, entonces no te ganas el respeto del hombre ¿sí? porque yo trabajaba, pero como era una simple recepcionista, en una escuela que era de la familia, entonces no se consideraba trabajo, y mi esposo también lo veía de esa forma”. (Nube, 52 años).

La doble jornada laboral implica el trabajo productivo y reproductivo de la mujer en una misma unidad convencional de tiempo (Lagarde, 2015). Este trabajo extenuante no es reconocido socialmente, puesto que las labores del hogar son atribuidas a la mujer como si fueran “naturalmente su obligación”, y, en el sentido laboral, implican características de índole androcéntrico. Por ello, la mujer se encuentra en una explotación constante en ambas esferas. En la que le exige ser buena madre, y la otra, que le exige ser una mujer exitosa.

Sexualidad

Uno de los detonantes más fuertes de ansiedad, depresión y ataques de pánico, fue debido a vivencias de violencia sexual.

Y recuerdo una vez que estábamos en un centro comercial y estábamos en la sección de los yogurts y me dijo como —mira Lou, ¿vez aquí que esté como algún yogurt abierto? — y yo —no, no veo ninguno, ¿a qué te refieres? — y mi papá, así como — pues es que es así como con la sexualidad, o sea con las relaciones sexuales, ¿tú vas a comprar yogurt que esté destapado? — y yo —pues claro que no—. Dice —pues es lo mismo... osea quién va a querer estar contigo si estas... (interrumpe su narración) — Y yo le dije como —ni al caso papá, ¿qué te pasa? — pero son cosas como que se te quedan ¿no? como que ¿qué onda? (Lou, 30 años).

La violencia sexual fue un detonante tremendamente importante en la vida de las participantes. Ya que trajo consigo heridas que rebasaron los límites de la resistencia emocional, para salir a la luz por medio de síntomas y malestares somáticos.

“Yo creo que mi primera ansiedad, perdón mi primera depresión se disparó cuando tenía 19 años y fue por un abuso sexual ¿no? porque me violaron en la universidad”
(La Errante, 29 años).

Estas experiencias de abuso, fueron devastadoras en todos los sentidos, al respecto, las participantes afirmaron que, lo único que las ayudó realmente a poder enfrentarle, fue el proceso terapéutico.

“...siempre he tenido tendencia a la ansiedad, pero en esta temporada, en esa época era demasiado, ¿no? entonces ya no sabía qué hacer y empecé un proceso terapéutico, y fui a ese proceso terapéutico por un sueño que tuve, pero ese sueño se sentía como... demasiado real... entonces yo quería ir con alguien que me dijera —No, todo fue un sueño Maggie, todo está bien—. Y pues no, era más como... pues yo sentía ¿no? como que mi cuerpo hablándome, diciéndome, ya es tiempo de que esto salga. El esposo de mi abuela abusó de mí cuando yo era chiquita, de muy chiquita y pues ese recuerdo salió a mis 25, y pues ha sido como que todo un proceso, pues trabajar eso” (Maggie, 30 años).

La dominación masculina sobre el cuerpo de la mujer, mostró manifestarse inclusive en el deseo de procreación, sin importar el deseo real de la mujer sobre su propio cuerpo y maternidad. Al respecto, Nube compartió el siguiente relato:

“Me acuerdo mucho que en la posada de la empresa de mi esposo, había un vino que me gustaba mucho, en esa ocasión llevó dos botellas de vino a la mesa donde nos sentamos y pues me puse un cuete tremendo y este (se queda pensativa, agita la cabeza y regresa la conversación)... sí, sí, sí... me puse sumamente tomadísima ese día me acuerdo... y me acuerdo mucho que ya que veníamos en el carro me decía —oye y ya pensaste, lo de tener otro bebé, un hombre, ándale— y yo le decía —¡Fernando!—

porque me acuerdo que es más, hasta para esa fiesta me había mandado a hacer un traje, porque como había adelgazado, allí ya estaba mucho más delgada y hasta me lo había mandado a hacer así muy especial el color y todo y yo me había sentido súper guau y la fiesta y le decía —Noo, ¿cómo crees? con todo lo que me ha costado, tengo un año bajando de peso y con todo lo que me ha costado trabajo, nooo—. Yo le decía —no ahorita no, yo estoy muy bien, mira cómo me siento—. Yo me acuerdo mucho de todo eso, pues total que, de todo lo demás, pues obviamente que me acuerdo, pero en ese momento no era consciente de todo lo que tenía que pasar y en lo que me tenía que cuidar y pues concebimos al Fernandito. Y me acuerdo mucho que en la mañana al día siguiente cuando nos levantamos me acuerdo que me abrazó y me dijo —¿De veras estás segura que no quieres tener un bebé? un hombre, mira un niño, que no sé qué— y yo... en ese momento como que se me despejó la borrachera, me desperté, me acuerdo muy bien que lo primero que le dije fue —¡Fernando!, ¿qué fue lo que hiciste? — (Nube, 52 años).

En los fragmentos anteriores, se pudo observar la violencia sexual como una mecánica de poder y sometimiento por parte de los hombres.

Corporalidad

La vivencia de cada mujer en su propio cuerpo estuvo estigmatizada por los estereotipos de género.

“Yo a mi hermana Pilar le debo el haberme sentido toda la vida gorda, ¿sí? yo nunca me había sentido gorda hasta que mi hermana empezó a vivir con nosotros porque, siempre me decía: mira nada más, estás toda cuadrada, no tienes cintura, mira nada más la panza que tienes, y sí empecé a sentirme gorda. Me decía: yo a tu edad tenía una cinturita de 50 centímetros y pues yo me medía la cintura y la tenía de 70 y yo decía no manches pues si soy un tambo ¿verdad?” (Nube, 50 años).

Al respecto Inefablem, agregó:

“Para mí era muy difícil ser yo, osea aceptar mi cuerpo porque yo sabía que mi cuerpo no era atractivo para los niños, ¿no? y todo esto giraba en torno a que en serio la validación de los niños y los adolescentes era el centro de todo y fue por eso que me empecé a cuestionar o sea cuestionar de —¿por qué yo no soy atractiva, porque mi compañera si lo es? — y empecé a notar estos estereotipos de género” (Inefablem, 24 años).

Asimismo, el cuerpo de la mujer, como representación simbólica del deseo, se vio reflejado inclusive en las dinámicas maritales, en las que la pareja consideraba los rasgos corporales estereotipados como un factor de amenaza en su relación. Al respecto, Nube comentó:

“Me ha costado mucho trabajo mantener mi peso, cuidar mi peso durante toda la parte matrimonial porque siento que esa parte... tardé mucho tiempo en darme cuenta de que a mi esposo le daba inseguridad del hecho de que... le ha dado inseguridad el

hecho de que yo esté delgada, de que yo físicamente pueda ser atractiva” (Nube, 52 años).

En relación a su trayectoria escolar, la búsqueda por la aprobación o reconocimiento por parte de las figuras parentales, resultó ser un estresor en la carrera escolar de las participantes.

“Yo tenía que dedicarle todo mi esfuerzo, mi mamá me revisaba todas las calificaciones, como —necesitas llegar al 10 siempre—. Entonces era un estrés muy constante y por lo mismo todo el tiempo quería estar estudiando, todo el tiempo... o sea no me distraía en las clases ¿no? siempre era como estudio, estudio, estudio... porque mi mamá me podría regañar o me podría castigar si no tengo las calificaciones perfectas” (Inefablem, 24 años).

Por otro lado, el disfrutar de aquello en lo que se identificaban a sí mismas como “buenas” o talentosas, fungía como elemento que sumaba a su autoestima, pues las hacía sentir reconocidas.

“Era muy buena declamando, me llevaban a concursos en la primaria y eso como que me hacía sentir bien ¿no? como que me dignificaba, me daba como... no sé, cómo que me daba autoestima ¿no? como que me impulsaba a ser mejor” (La Errante, 29 años).

La vida académica fue un detonante en el giro de la manera de pensar de las participantes y un referente de emancipación para caminar hacia la construcción de sí mismas.

A pesar de todas estas historias de violencia, ausencias, conflictos y malestares, las participantes de esta investigación mostraron ser mujeres en una búsqueda constante de su autonomía, su independencia y empoderamiento, valorando paso a paso la construcción de su identidad y autoestima.

“A partir de ahí empecé a trabajar mucho en mí misma, en como percibía mi cuerpo, descubrirme también ¿no? tal vez usar shorts, faldas... sentirme segura... entonces me tuve que exponer a todas estas cosas o sea el sentir ansiedad por traer short o que me dijeran: —Ay, has trabajado tus piernas— o comentarios así. Como que los voy a aguantar y en algún momento ya no me van a importar, entonces más o menos fue lo que hice o sea como exponerme para que las personas supieran cómo era y entonces yo también supiera cómo era o sea como: —Esta soy yo— o sea las personas pueden percibirme diferente, pero esta soy y esta es la que quiero ser” (Inefablem, 24 años).

Este fortalecimiento y autoconocimiento les permitió experimentar sus sentipensares, priorizar sus necesidades y poder sentirse más cómodas consigo mismas.

“Tenía 25 años cuando les dije: yo voy a empezar a buscar como un lugar para salirme, para para empezar mi vida independiente y así. Y mi mamá como de: bueno está bien mi hija, ok, pero mi papá fue: ¡No! ¿para qué te quieres ir? y no sé qué... no pues para que vayas a hacer lo que tú quieras y a ver a quién vas a meter y yo de: si papá porque cuando me vaya de la casa me voy a convertir en otra Lou (en tono de sarcasmo)” (Lou, 30 años).

Sesgos de género en la salud

Los sesgos de género referentes a la salud de la mujer mostraron ser todas aquellas muestras de “desaprobación” por parte de familiares, amigos o profesionales sanitarios.

“Me dio vértigo, de hecho justo estaba en el trabajo del que renuncié y empecé a sentir el vértigo o sea que todo se movía a mi alrededor y nunca me había pasado ni siquiera sabía que era, entonces pedí permiso para salir temprano y me fui a un doctor hasta yo manejé hasta el doctor y todo y el doctor me regañó que porque no debía haber manejado este... y el doctor me decía: —Pues no tienes nada en tus oídos, no entiendo porqué, probablemente estás estresada, o no se qué este pasando, trata de relajarte— y si me dio un medicamento para controlar el mareo porque pues casi no podía ni caminar ¿sabes? era demasiado entonces pues me tomé un día libre de trabajo” (Maggie, 30 años).

Al respecto, Maggie agregó:

“Nadie me comprendía, nadie entendía por qué yo reaccionaba como reaccionaba, en esta sensación de cuando había un detonante, pues... el pánico me sudaban las manos, tenía que irme, como que perdía conciencia de mí y del tiempo, del espacio y si estaba en un cuarto cuando tenía conciencia otra vez ya estaba así como que a tres cuerdas de la casa, no se, tenía esta sensación de querer salir corriendo del espacio y ni siquiera me acordaba, ni siquiera ponía atención a donde caminaba, simplemente quería como que desplazarme a otro espacio y pues la sudoración de manos, como que taquicardia,

esta dificultad para respirar este... eran así como que muchos síntomas y nadie entendía ¿no? todos eran así como de: pues qué rara. Entonces siempre me tocaba a mí sola pues, tranquilizarme”. (Maggie, 30 años).

Las participantes refirieron no únicamente haber sentido que sus síntomas eran desdeñados, sino que inclusive sus búsquedas por una salud mental sana fueron consideradas como innecesarias, como lo relata La Errante a continuación:

“La salud mental... hígole ese tema ha sido un tabú en mi familia, yo por ejemplo cuando dije voy a terapia me vieron como apesada, como: ¿qué?, ¿cómo que estas viendo al psicólogo no? porque también, clase trabajadora la banda no va al psicólogo, o sea vas con el pastor (ríe)” (La Errante, 29 años).

Vivencia del malestar somático de las mujeres

A pesar de que fueron muchos los malestares somáticos reportados, los más frecuentes fueron: ansiedad, depresión, gastritis, dolor de cabeza, dolor de estómago, ataques de pánico, colitis e insomnio. En este sentido, la construcción de la subjetividad femenina demostró estar íntimamente ligada al malestar psicológico y por lo tanto a nuestra propensión como mujeres a somatizar. Como lo menciona Mabel Burin (1991, p. 83) “*Nuestra noción es que vamos construyendo nuestra salud mental de acuerdo con ciertos procesos históricos, sociales, económicos, o sea, a través de múltiples entrecruzamientos que la van configurando*”.

Es entonces que la vida de las mujeres se ve atravesada por una cultura patriarcal, cuyos estereotipos de roles femeninos están tan enraizados que se interiorizan y pasado el tiempo se dan por hecho como si surgieran de manera natural, invisibilizándolos, como si fueran parte de “lo que le toca a la mujer, por ser mujer”, de tal forma que la mujer, al no estar de acuerdo, o al defender su autonomía como sujeto, recibe como respuesta el rechazo de la sociedad patriarcal por mera socialización del género femenino. Esto genera conflicto, enojo y frustración, como podemos ver en el siguiente relato:

“...tuve ataques de pánico en mi cuarto, incluso en mi casa, sentía que había alguien en el techo, empecé a revivir todo esto que... yo no recuerdo. Digo, sí había tenido estos episodios antes, me acuerdo, si son parte de todo, pero en este año fueron muy constantes y de verdad tenía un miedo de que alguien fuera hacerme algo y era un hombre siempre, entonces bueno, también creo que es importante decir eso, las figuras de autoridad de hombres a mí literalmente me enferman. La dinámica de poder, de sometimiento y todo esto, a mi si me genera colitis, gastritis, insomnio”
(Inefablem, 24 años).

El enojo: el silencio como resistencia

La mujer lidia con todas las incongruencias, conflictos y contradicciones de manera interna, puesto que el enojo, es una de las emociones más restringidas para la mujer en la cultura mexicana. Como lo menciona Rocio A. Castillo (2019), no es que las mujeres no

experimenten ira, si no que el sentimiento de ira, es legítimo para los hombres, mientras que para las mujeres es mal visto, por lo que interiorizan sus sentimientos, para manejarlos y regularlos desde dentro¹. Esta supresión de la palabra es una manera de borrarlas y dejarlas existir únicamente para el servicio de los otros. Esto, por obvias razones acrecienta el conflicto y genera un alto grado de enojo y frustración.

“Estaba tan enojada conmigo misma que yo sentía que no me merecía estar bien, ¿si? como que era un autocastigo creo yo, entonces varias veces en este periodo de año me acostaba queriendo no vivir, me acuerdo que mi papá desde muy chica me enseñó a controlar el cuerpo, me enseñó a despertarme y decir bueno ok... quiero dormir 20 minutos, necesito una siesta de 20 minutos y yo me puedo recostar en el sillón y me puedo quedar profundamente dormida y van a ser exactamente 20 minutos. Entonces yo les he dicho a los niños que yo sí muchas veces si hice el intento, me acostaba y decía: ya no voy a despertar, mientras estoy dormida voy a dejar de respirar, mi respiración va a bajar, lentamente mi corazón va a dejar de palpar, lentamente... y empezaba a sentir este desvanecimiento, honestamente, si, si lo llegué a sentir, si, sentía como como iba cayendo así como en algo profundo y era consciente del manejo de mi corazón y de mi respiración al mismo tiempo, pero de repente veía a mis hijos y decía —¿qué estoy haciendo?— y ya decía —No, ya Nube, levántate, ponte a hacer comida, ponte hacer esto— y ya me levantaba, pero verdaderamente era un estado muy especial” (Nube, 52 años).

¹ Para fines de este trabajo se empleará la categoría de enojo, debido a que así fue nombrado por las participantes.

Al respecto, Maggie agregó:

“... yo llevo mi propio proceso terapéutico desde hace algunos años y últimamente he estado trabajando en cómo profundizar en una fobia que yo tenía, como esta fobia a las alturas. [...] El origen de la fobia es por mi abuela. [...] Mi abuela se enfermó de cáncer en el pulmón, entonces yo no me acuerdo bien de cuánto tiempo fue o sea tal vez fue como máximo un año de su tratamiento por ahí, pero haz de cuenta que a mí nadie nunca me explicó que mi abuela estaba enferma, qué era el cáncer, que te podías morir, nunca se mencionó la palabra muerte, yo sólo vi físicamente que mi abuela iba empeorando ¿no? más delgada, menos energía, como que toda esta parte cálida que yo percibía de ella se fue perdiendo para mí y cuando ella falleció... (se le entrecorta la voz, llora) perdón... ehmm, fue lo mismo ¿no? o sea nadie nunca me dijo que ella estaba muerta y que ella ya no iba a regresar, entonces sí fue muy... como raro... o sea si yo regreso en el tiempo y pienso en cuando tenía ocho años, ahmm... o sea como que me acuerdo de mí misma no comprendiendo qué pasaba y... como preguntando y no recibiendo respuestas (llora). Entonces lo que yo veía en mi proceso era... que todo ese enojo acumulado desde el momento en el que mi abuela se enfermó y en el que nunca se me comunicó nada ehmm, fue como esa acumulación de enojo, de ira, de no comprender muchas cosas y el detonante fue el día del entierro de mi abuela porque tengo muy claro en mi memoria el recuerdo del entierro y pues fue en un cementerio aquí en Tijuana que se llama “El monte los olivos” y has de cuenta que son como cerritos y están una meseta y cerrito y meseta, y el spot de mi abuela, su espacio estaba enseguida del cerrito ¿no?, de la pendiente, entonces en mi memoria de niña era como un acantilado enorme súper peligroso y pues enseguida

estaba la caja de mi abuela, con mi abuela allí dormida ¿no? o sea esa fue la palabra que me dijeron y yo me acuerdo del miedo que sentía ¿no? de esta sensación como de duda, de incertidumbre y de miedo de la altura de no comprender ¿no? (habla entrecortado, su rostro refleja un profundo dolor), entonces pues en mi proceso esos son como los datos que he ido identificando, que el detonante como de estas fobias fue de... pues no saber procesar ¿no? todo lo que sentí y viví con mi abuela y pues todo el proceso de la... de la pérdida, sin poderlo comunicar, sin saber expresar y pues también era una niña ¿no? entonces pues sí prácticamente de adulta, al traer consciente todo esto de mi abuela como que he tenido otra vez mi duelo ¿no?” (Maggie, 30 años).

Como se pudo observar en el relato anterior, Maggie somatizó dicho evento traumático en vértigo. Este enojo que sentía ella por la partida de su abuela, la falta de comunicación respecto a su enfermedad, y sobre su muerte crearon un malestar que la acompañó hasta que pudo tener las herramientas terapéuticas para reencontrarse su origen.

La represión del enojo, fue una constante en las participantes, quienes refirieron haber tenido puntos de quiebre, ante la imposibilidad de continuar viviendo su malestar en silencio.

“Vino este sueño en el que...pues la escena es en... que estaba yo acostada en el cuarto en la casa en la que te comentaba en donde crecí, era de noche y entró un hombre y yo sólo podía ver su silueta... y este hombre entraba a mi cuarto a tocarme mientras yo estaba dormida y yo estaba dormida y no podía moverme y no podía hablar y no podía hacer nada, ni responder o reaccionar hasta que el hombre se salió del cuarto, entonces desperté... pues llorando y sudando, hiperventilando, como con un ataque

de pánico yo creo, o algo parecido y ya yo sola tuve que calmarme porque en ese entonces estaba ya viviendo yo sola en la casa de mi mamá, entonces tuve que tranquilizarme yo sola y ya de ahí como que ese sueño regresaba ¿sabes? como constantemente, entonces empecé mi proceso terapéutico y ya empecé a hablar de ello y yo me decía: esto es un sueño, esto es un sueño, esto no es real, pero no entiendo por qué me duele tanto y me tomó mucho tiempo ¿no? como aceptar que había sido abusada y que había sido abusada en la casa de mi abuela, que fue la que para mí era como mi mamá, entonces para mí era como una revoltura ahí de enojo con mi abuela porque pues se murió, porque pues abusaron de mí y ella no supo o no hizo nada, también con mis papás... o sea como que era mucho enojo por muchos partes y... (llora, habla con voz entrecortada) y nunca me había permitido enojarme hasta mis 25 años y justo te digo como que fue en el verano cuando hable de eso, me enfermé” (Maggie, 30 años).

Así mismo, las participantes expresaron negarse el acceso a tener actividades de ocio o diversión por no liberarse de hacerse cargo de los otros. Esto no sólo trae consigo la imposibilidad de tener actividades de descanso o recreativas, sino que sobretodo representa no permitirse a sí mismas contactar con sus propias emociones.

“...entonces si siento que... mi carácter se fue amargando, cómo te diré, no amargando, pero yo siempre he sentido que no me pudo divertir, no me puedo reír de más, no me puedo... porque siento que entonces no se me toma en serio, porque siento que no... que no se me hace caso, que no... no se me respeta como se debe de respetar. Definitivamente sí siento que siempre busco la manera de guardar esta compostura,

de contenerme un poco por lo mismo, porque pues necesito estar... cuerda, necesito estar totalmente consciente de lo que hago, lo que se hace y lo que se debe de hacer o decir” (Nube, 52 años).

Al no encontrar la libertad de expresar sus sentires verbal o físicamente, las participantes refirieron encontrar en el llanto un medio de expresión, como se muestra a continuación:

“Cuando manejo, osea lloro del dolor, con pastillas y todo, lloro, necesito total obscuridad necesito taparme los oídos porque cualquier ruido, la luz y todo eso me detonan... osea siento como si se me magnificara, es como que me fuera explotar la cabeza, así es a ese punto el dolor” (Nube, 52 años).

Somatización: las contradicciones hechas cuerpo

La somatización, tal como lo refiere el propio significado del concepto, se presentó en situaciones de conflicto y contradicción que atravesaban a las participantes, buscando convertir como mecanismo defensivo la tensión psicológica en un síntoma físico.

"Yo creo que todas esas cosas han alterado y han mantenido mi estómago siempre en este estado, en este estrés, en esa compresión, es muy raro y sí me he dado cuenta, ahora con el tiempo, que cuando no tengo conflictos, que cuando no tengo problemas yo estoy bien con el estómago” (Nube, 52 años).

Al respecto, Inefablem agregó:

“Fue ahí cuando yo empecé a ponerle atención a mi cuerpo, o sea apenas el año pasado fue cuando... cuando dije voy a hacer algo también por mi cuerpo ¿no? voy a prestarle atención y obviamente fue cuando me dio el ataque de pánico o sea porque el ataque de pánico...yo nunca había sentido algo así, nunca había sentido que estaba loca, que estaba sola en el mundo y que probablemente me iba a morir, entonces eso fue determinante para que yo me tomara más en serio mi salud mental y mi salud física, entonces bueno todas estas manifestaciones: diarrea, dolor de cabeza, insomnio, es algo que tuve muy presente y a veces se me presenta cuando tengo estresores” (Inefablem, 24 años).

“Me estuve enfermado de gripe, infecciones en la garganta, me dio el golpe de calor, en el verano tuve el vértigo, después del vértigo también me volví a insolar y todo era así, ese tipo de enfermedades ¿no? y todo ese tiempo también estuve en depresión, tenía insomnio, me levantaba muy tarde y me dormía muy tarde o después me levantaba súper temprano y me dormía igual de tarde, entonces físicamente estaba muy agotada, muy muy agotada, al final seguía siendo funcional y trabajando, pero sí, físicamente sufrí mucho este año de muchas cosas y muchas enfermedades así este... de gripes e infecciones” (Maggie, 30 años).

Tal como refiere Maggie, el cuerpo, al estar sometido a situaciones continuas de estrés, provoca efectos psicológicos que tienen efectos psicológicos perjudiciales, como lo son

cambios en el estado de ánimo, insomnio, agotamiento, depresión, entre otros. Todo esto, producto de un desequilibrio biológico ocasionado por factores estresores externos reduciendo la inmunidad y las defensas y desgastando el organismo (Burin, 1991). Al respecto, Nube agrega lo siguiente:

“Creo que lo que me detona la migraña a mí es el estrés ¿sí? el estrés de conducir, el estrés de tener el control, porque realmente manejar... manejas mucho control, ves a un lado, ves al otro, ves atrás, el horario, todo eso, y lo que me ocasiona las molestias estomacales tiene que ver con lo... con lo sentimental, tienen que ver con mis emociones... de corazón... de querer... de que me preocupe, de que me... me causan un... un sentimiento ¿sí?, de dolor, de alegría, de angustia y la migraña es de casi estoy segura que es de estrés, es de... de la cotidianidad, de ser certera, de cumplir con todo, de tener todo a tiempo, de tener... de no fallar, porque también ese es una de las de las partes que a mí en lo personal me preocupa mucho, a mí no me gusta fallar, a mí no me gusta que alguien me diga —oye mamá ¿y la camisa negra que puse en el cesto de la ropa el miércoles?— que no esté lista en ese momento que ellos la necesitan a mí me ocasiona coraje, enojo de no ser suficiente, no ser lo suficiente para tener listo todo en el momento en que se necesita ¿sí? yo me presiono mucho con eso”. (Nube, 52 años).

La violencia laboral vivida por las participantes, resultó ser un detonante de la expresión de malestares somáticos, pues en varias ocasiones resultó ser un medio donde determinados personajes o eventos actualizaron lo no resuelto.

“En una escuela, pues era asistente administrativa, y pues el jefe golpeaba a un empleado, entonces cuando yo me di cuenta de eso lógicamente quería denunciarlo, pues por mi sentido de hacer algo, porque no me parece justo que discriminen o traten menos a alguien o abusen o lo que sea, entonces fue un proceso bien extraño porque reviví cuando mi tío se subía al techo, cuando mi tío quería agredir a mi mamá o a mi abuelita, entonces empecé a sentir un estrés que no había sentido en mucho tiempo, empecé a enfermarme, fue cuando se empezaron a dar los ataques de pánico, que no conocía lo que eran los ataques de pánico ¿no? y... falta de respiración, diarrea constante, pérdida de apetito o si comía eran puras porquerías, entonces bueno, empecé a descubrir todo esto derivado de este jefe bien autoritario, violento, horrible y nefasto” (Inefablem, 24 años).

Al respecto, La Errante agregó:

“Yo creo que un elemento aquí particular como para poder entender cómo, no sé, el cómo yo somatizó las cosas o mis malestares tiene que ver con esta cuestión de la contradicción que empecé a percibir ¿no? siento que vivir el machismo como yo lo viví en toda mi vida, tanto en la niñez como en la adolescencia pues fue sumamente fuerte, lo recuerdo mucho también por la iglesia porque como hay un lado bonito en donde tienes amistades y toda la cosa y hay amigas, amigas que incluso siguen siendo mis amigas hasta el día de hoy, pues hubo eventos muy desagradables, de abuso incluso, de hostigamiento sexual, entonces creo que eso fueron los primeros no sé... las mismas experiencias que me afectaron mucho ¿no? ahí aprendí lo que lo que se siente ser mujer ¿no? en esta sociedad cruel con nosotras” (La Errante, 29 años).

Como hemos podido ver a lo largo de esta investigación, son muchos los aspectos que intervienen en el proceso de somatización, desde el contexto social, estereotipos de género, prácticas discriminatorias, excluyentes y culpabilizadoras, así como la doble jornada, entre otros. Esta vorágine de deberes adscritos al género femenino ha ido mermando su libertad y en consecuencia su salud. Las participantes refirieron encontrarse en un estado continuo de estrés y estar a cargo de la solución de conflictos, como cuidadoras no sólo físicas de los otros, sino también emocionales. Esto fue aludido como característica femenina, propia de contención, nutrición, afecto, cariño y receptividad dentro y fuera del hogar.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El modo subjetivación parte de una construcción conceptual referente a las formas de representación existentes para cada sociedad, desde las cuales las sociedades conforman a sus sujetos, a la vez que cada sujeto construye su propia singularidad (Bleichmar, 2005). Bajo este proceso de subjetivación impuesto por una mera diferencia sexual anatómica que categoriza el género de forma binaria como femenino y masculino es que se definen culturalmente las acciones, estructuras y conductas que “deben” llevarse a cabo dentro de la sociedad; de esta forma, el género configura y normativa nuestra sexualidad (Dio Bleichmar, 1997). Este cúmulo de imposiciones asignadas a la mujer, que no solo implican más “sacrificio” que los hombres, sino que aparte se manejan en un panorama jerárquico donde la mujer va en una desventaja abismal en comparación al hombre, trae consigo una serie de conflictos internos que nacen de la tensión ante la imposibilidad de vivir en un sistema que la oprime y la anula, por ello que su malestar termina por manifestarse de manera somática.

Estos múltiples malestares somáticos, como vimos en las narrativas, afectan la calidad de vida de la mujer, principalmente en su vida cotidiana, en su intimidad, en la propia vivencia de su cuerpo y su existencia; partiendo de ello se ve afectada en sus actividades personales, laborales, familiares y de pareja. De forma paralela a esto, los sesgos de género en la salud ubican a la mujer en un apartado de “loca o histérica” como vendría hablándose desde los tiempos de Hipócrates; cosa que en pleno siglo XXI es intolerable que siga permeando. Las participantes afirmaron haber experimentado frecuentemente la desvalorización de su malestar, como si lo inventaran, lo imaginaran o como si exageraran sus sentimientos en torno a tal o cual situación, siendo que esto atañe a un sistema imperante en lo que respecta a la parte simbólica de lo que representa ser mujer en este país.

Aunado a este cúmulo de deberes impuestos al género femenino se encuentra la supresión del enojo, como si este fuera una expresión permitida sólo en los hombres, mientras que en las mujeres fuese visto como un sentimiento negativo, fuera de la norma, que renunciase a todos los preceptos establecidos para las mujeres. En este sentido, el enojo reprimido, mismo que en su momento sirvió como mecanismo de defensa en un principio, después del tiempo se materializa en malestar, reactivando lo no resuelto con detonantes que recuerdan el evento que quedó pendiente de sanar.

A partir de estas historias de vida, desde infancias con figuras parentales ausentes y madres en su mayoría con fuertes síntomas depresivos, se pudieron observar infancias solitarias, cargadas de estresores y contextos familiares repletos de intranquilidad. Esto, aunado al cuidado de los hermanos(as) y en otros casos de las madres y esposos, contribuyeron al proceso secuencial de subjetividad femenina por parte de la familia y la sociedad, provocando distintos conflictos y situaciones que ponían a las participantes en

contradicción, trayendo consigo consecuencias no sólo en su salud emocional y mental, sino rebasando estos límites para buscar una salida por medio del plano físico.

Como se pudo observar en esta investigación, la atención, los cuidados y el afecto en los primeros años de vida es primordial, así como permitir que las niñas vivan su infancia sin ser hermanas-madres, hijas-madres o niñas-adultas. Asimismo, se identificó que la socialización del género fue construyendo la subjetividad de las participantes en ser para los otros. Esto sumado a otros factores como el estatus socioeconómico, contexto sociocultural, familiar, ambiental, laboral, entre otros, mostró producir factores que afectan la salud mental y emocional de la mujer.

Todo lo anterior compete a una construcción de la subjetividad femenina, que nos desconecta de nosotras mismas y nos sitúa al servicio de los demás. Este cúmulo de injusticias y contradicciones, genera desequilibrio y malestar. Si cambiamos el contexto de socialización del género a una crianza y un entorno libre de estereotipos, habrá posibilidad de desarrollar mecanismos distintos a la somatización, conectar con nosotras mismas y encontrar un mejor panorama de salud y atención para la mujer en México.

REFERENCIAS

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5*. Washington: Asociación Americana de Psiquiatría.

Berrios Rivera, R. (2000). *La modalidad de la historia de vida en la metodología cualitativa*. Paidea Puertorriqueña, 2(1), 1-17.

Bosch Fiol, E.; Ferrer Pérez, V. A. y Manassero-Mas, M. A. (1994). Análisis histórico del concepto de enfermedad histérica. *Revista de historia de la psicología*, 15(3), 329-334.

Burin, M. (2012). *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*. Recuperado de: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1

Burin, M. (1991). *El malestar de las mujeres*. La tranquilidad recetada, Buenos Aires, Paidós.

Blazquez, Flores y Ríos (Coords.). (2012) Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales. *Quaderns de Psicologia*.

Blazquez, N. (2008). *El retorno de las brujas*. Centro de Investigaciones interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades: Centro Regional de Investigaciones Interdisciplinarias, UNAM.

Bleichmar, Silvia. (2005): *La subjetividad en riesgo*. Argentina. Topía editorial.

Buquet, C., (2013). Sesgos de género en las trayectorias académicas universitarias: Orden cultural y estructura social en la división sexual del trabajo.

Butler, J. (1993). *Bodies that matter*. New York, USA: Routledge.

Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.

Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción* (Vol. 68). Universitat de València.

Calderon-Villarreal, A., Mujica, O. J., & Bojorquez, I. (2020). Social inequalities and prevalence of depressive symptoms: a cross-sectional study of women in a Mexican border city, 2014. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e9.

Castillo, R. A. (2019). Dispositivos emocionales del género. La timidez como cualidad de lo femenino. *Otros Diálogos*, (9).

Catalán-Vázquez, M., & Jarillo-Soto, E. C. (2010). Paradigmas de investigación aplicados al estudio de la percepción pública de la contaminación del aire. *Revista internacional de contaminación ambiental*, 26(2), 165-178.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2015). *Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7598.pdf>*

Chiozza, L. (2008). *Obras completas de Luis Chiozza. Tomo IV: Metapsicología y metahistoria*. Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.

Corona-Vázquez, T., Medina-Mora, M. E., Otrosky-Wegman, P., Sarti-Gutiérrez, E. J., y Uribe-Zúñiga, P. (2014). La Mujer y la Salud en México, CONACYT. *Academia Nacional de Medicina*.

Creswell, J. y Poth, C. (2016). Investigación cualitativa y diseño de investigación: eligiendo entre cinco enfoques. Estados Unidos: Sage.

Davison, G. C., & Neale, J. M. (2004). *Psicología de la conducta anormal*. México: Limusa.

Dio Bleichmar, E. (1997). La sexualidad femenina: de la niña a la mujer. Buenos Aires: Biblioteca de psicología profunda.

Fernández, M. Cuerpos que no importan: la indolente mirada masculinista desde donde se imparte la (in)justicia para las mujeres en México.

Flick, U. (2015). El diseño de la investigación cualitativa. Madrid. Ediciones Morata.

Flick, U. (2007). Introducción a la investigación cualitativa. Madrid. Ediciones Morata.

Freud S. (2008/1890). *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)*. Obras Completas. Vol. I (12a. reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. & Breuer, J. (2008/1895). *Estudios sobre la histeria*. Obras Completas. Vol. II (12a. reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008/1910). *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*. Obras Completas. Vol. XI (12a. reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008/1923). *El yo y el ello*. Sigmund Freud Obras Completas. Vol. XIX (12a. reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008/1930). *El malestar en la cultura*. Obras Completas. Vol XXI (12a. reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.

Galiussi, R. y Godoy, C. (2015). La histeria: tipo clínico y estructura. *Anuario de Investigaciones*, XXII, 107-113.

- Geertz, C. (1989). El impacto del concepto de cultura en el concepto de hombre. *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa, 43-59.
- Guzmán, E. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 234-243.
- Guezmes, G.A. (2014) El cuidado no remunerado de la salud: el impuesto oculto a las mujeres en Corona-Vázquez, T., Medina-Mora, M. E., Otrosky-Wegman, P., Sarti-Gutiérrez, E. J., y Uribe-Zúñiga, P. *La Mujer y la Salud en México*, CONACYT. *Academia Nacional de Medicina*.
- Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación México: Mc Graw Hill.
- Ivonne Szasz Susana Lerner, Ana Amuchástegui. (2010). Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad . Ciudad de México: COLMEX.
- Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lagarde, M. (2015). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México, D.F: Siglo XXI Editores, 2ª. ed.
- Lamas, Marta (2000), El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual, México: Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM.
- Juan, L. M. (2014) Introducción en Corona-Vázquez, T., Medina-Mora, M. E., Otrosky-Wegman, P., Sarti-Gutiérrez, E. J., y Uribe-Zúñiga, P. *La Mujer y la Salud en México*, CONACYT. *Academia Nacional de Medicina*.
- Lucca Irizarry, N. & Berríos Rivera,, R.. (2009) Investigación cualitativa. Fundamentos, diseños y estrategias. Puerto Rico: Ediciones SM.
- Meler, I. (2013). El Género como concepto teórico y el sistema sexo-género como dispositivo de regulación social. *Recomenzar: Amor y poder después del divorcio*. Paidós. Buenos Aires.
- Meler, I. (2020). Psicoanálisis y Género. Escritos sobre el amor, el trabajo, la sexualidad y la violencia. México: Ediciones Booket.
- Meler, I. (1997) Psicoanálisis y género: perspectivas teóricas y clínicas. Topía. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/psicoan%C3%A1lisis-y-g%C3%A9nero-perspectivas-te%C3%B3ricas-y-cl%C3%ADnicas>
- Moral de la Rubia, J., Valdez Medina, J. L., González Arratia López Fuentes, N. I., González Escobar, S., Alvarado Bravo, B. G., & Gaona Valle, L. S. (2010). Emociones y síntomas físicos medicamente no explicados en mujeres y hombres adultos. *Medicina universitaria*, 12(47), 96-105.

Morán, M. V., García, L. S., & Cabeza, I. G. (2019). Trastornos somatomorfos y facticios. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4929-4937.

Murillo, M. (2014). Georg Groddeck: Transferencia y Resistencia en Psicoanálisis. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 14, 215-231.

Neitzke, A. (2016). Una enfermedad de poder: el género y las causas sociales de la depresión. *Cultura, medicina y psiquiatría*. 40(1), 59-73.

Nimnuan, C., Rabe-Hesketh, S., Wessely, S., & Hotopf, M. (2001). ¿Cuántos síndromes somáticos funcionales? *Revista de investigación psicosomática*, 51(4), 549-557.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS.

Otero, J., & Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática. *Aperturas psicoanalíticas*, 16.

Pascual, P., & Cerecedo, M. (2002). Somatización o síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*.

Phares, E., Trull, T. y Padilla Sierra, G. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. 6a Ed. México: Manual moderno.

Rubin, G. (1975). The traffic in women: Notes on the "political economy" of sex.

Rungreangkulkij, S., y Rujiraprasert, N. (2019). La desigualdad de género identificada como una causa subyacente de depresión en las mujeres tailandesas. *Revista de estudios internacionales de la mujer*, 20(7), 395-406.

Salgado, C. (2007). Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *LIBERABIT:Lima*.

Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación (5ta. ed.). DF. *DF México: McGraw Hill*.

Santiago, J. L., & Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 73-93.

Sanz, M. (2017). *Clavícula* (Vol. 581). Barcelona, España: Anagrama.

Secretaría de Salud, Igualdad de Género en Salud (2013-2018). Recuperado de: <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/IgualdaddeGenero/IgualdaddeGeneroenSalud.pdf>

- Serret, E. (1998). Subordinación de las mujeres e identidad femenina: diferencias y conexiones. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 43(174), 145-158.
- Sos Peña, R. (2015). El impacto de Helene Deutsch: Psicología de las mujeres, en el ámbito feminista. *Anuario de Psicología*, 73-82.
- Suárez, G. (2000). Reseña de "Sexualidades en México" de Ivonne Szasz y Susana Lerner. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, XXI(82).
- Taylor, S., Bogdan, R., y DeVault, M. (1998). *Introducción a los métodos de investigación cualitativa: una guía y un recurso*. Nueva Jersey, Estados Unidos: John Wiley & Sons.
- Valls-Llobet, C. (2010). La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la interioridad. *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, (26), 38-45.
- Velasco, S., Ruiz, M., & Álvarez-Dardet, C. (2006). Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica: De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Revista Española de Salud Pública*, 80(4), 317-333.
- Velasco, A. S. (2006). *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres: Intervención en atención primaria de salud*. Madrid, España: Instituto de la Mujer.

ANEXOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como parte del programa de maestría en Psicología de la Salud de La Universidad Autónoma de Baja California, campus Otay, mismo que forma parte del Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC), se está realizando el presente estudio titulado “La construcción de la subjetividad femenina en el proceso de somatización”.

El propósito de este proyecto de investigación es conocer de qué manera afectan los factores psicosociales, tales como normas, valores, creencias, lenguajes y estructuras de organización social en la concepción del mundo y la vida de cada mujer y como estas adscripciones culturales pasan de generar alteraciones psicológicas a convertirse en síntomas somáticos que buscan desviar la atención del conflicto psicológico que se presenta.

Como parte de la investigación es de suma importancia el testimonio de aquellas mujeres que refieran haber manifestado malestares somáticos sin causa o explicación orgánica. Es por ello que se le ha invitado a participar en este proyecto compartiendo parte de su historia de vida.

La historia de vida es un relato autobiográfico, cuya fuente principal es el testimonio expuesto de manera voluntaria por la persona que participa. Como técnica dentro de la historia de vida se empleará una entrevista semiestructurada, que consistirá en una serie de preguntas flexibles, dinámicas y abiertas que funcionen como guía. Dichas preguntas serán

referentes a experiencias de vida, pensamientos y deseos. En caso de que las preguntas le resulten incómodas no estará obligada a contestarlas, de igual manera de sentirse cansada podrá solicitar descansos; el tiempo estimado de duración será de una hora y media.

La entrevista se llevará a cabo vía zoom y será grabada, tanto en video como en audio. Esta videograbación se realizará únicamente entre la investigadora y la entrevistada y una vez terminada, será encriptada y resguardada únicamente para fines de la investigación por parte de la investigadora.

Cabe mencionar, que en caso de que su participación en este proyecto pudiese generarle alguna alteración psicológica, el equipo de investigación cuenta con un equipo de psicólogos que podrán brindarle apoyo psicológico siempre y cuando dicho malestar psicológico sea producto de la investigación.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y no tiene ningún beneficio directo. Usted está en su derecho de suspender su participación o retirar el consentimiento cuando lo desee, sin que esto afecte de ninguna manera su persona. Del mismo modo participar no tiene ningún costo.

Su aportación dentro de este estudio ayudará al crecimiento del conocimiento científico y a los avances en la investigación referentes a la salud de la mujer en México. Usted recibirá un folleto a cerca de los constructos de la subjetividad femenina y su relación con la somatización en la mujer.

El manejo de la información será **TOTALMENTE CONFIDENCIAL**. Esto quiere decir que sus datos serán almacenados e identificados con un número de folio, el cual no podrá ser vinculado con sus datos personales. La información no podrá ser vista, ni utilizada por personas ajenas al estudio, ni tampoco para propósitos distintos a los que establece el presente documento.

Si usted está de acuerdo con lo establecido en el presente consentimiento informado, favor de poner nombre y firma en el apartado correspondiente.

Nombre y firma de la participante:

Nombre y firma de asistente de investigación: _____

Testigo 1: _____

Testigo 2: _____

Fecha: _____

En caso de dudas o aclaraciones como participante, siéntase en la libertad de comunicarse a los siguientes datos de contacto:

Cel. **044 5524403931** con la Lic. Brenda García Laurent o al correo **brenda.garcia.laurent@uabc.edu.mx**.

De antemano gracias por su invaluable apoyo.

GUÍA DE ENTREVISTA

LA CONSTRUCCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD FEMENINA EN EL PROCESO DE SOMATIZACIÓN (GUÍA DE ENTREVISTA)

DATOS PERSONALES DEL ENTREVISTADO

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Estado civil:

Vive en pareja:

Hijos:

Lugar de nacimiento:

Lugares donde ha vivido:

Fecha:

La construcción de la subjetividad femenina en el proceso de somatización

Dra. Julieta Yadira Islas Limón
Lic. Brenda García Laurent

GUÍA DE ENTREVISTA

CATEGORÍA	TEMAS	REACTIVOS	OBSERVACIONES
Alianzas familiares	• Crianza	Platícame de tu lugar de origen, ¿dónde naciste?	
	• Aspectos psicosociales familiares	¿Dónde creciste?	
	• Experiencia de vida familiar	¿Quiénes conformaban tu núcleo familiar?	
	• Estilos de vida	¿Cómo era tu relación con tu papá?	
	• Contexto	¿Cómo era tu relación con tu mamá?	
	• Estado de salud familiar	¿Cómo era tu relación con tus hermanos? (en caso de que tuvieses)	
		¿Quién peleaba más con quién?	
		¿Quién se llevaba mejor entre sí?	
		¿Había castigos? ¿Quién los imponía? ¿Eran iguales para todos?	
		¿Cómo era la dinámica familiar?	
		¿Cómo se comportaba tu papá con tu mamá? ¿Cuáles eran los roles familiares?	
¿Qué actividades hacía tu papá y qué actividades hacía tu mamá?			

		¿Qué aprendiste de su relación?	
		¿Cómo era la expresión de los afectos en tu familia?	
		¿Te sentías en un ambiente de amor? ¿te sentías amada?	
		¿Qué necesitabas como hija? ¿Te daban lo que necesitabas?	
		¿Sufriste violencia familiar o alguien de tu familia la sufrió?	
		¿Hubo cambios? La llegada de otro hermano, alguna muerte, mudanza, migrar a otro país, cambio de escuela....	
		Cuéntame de la salud en tu familia, ¿Tus padres manifestaron alguna enfermedad?	
		¿Y tus tíos y abuelos?	
		¿Y tú? ¿solías enfermarte? ¿de qué te enfermabas?	
		¿Consideras que tuviste una crianza de apego?	
		¿Hay algún miembro de tu familia con quien sientas o te hayas sentido muy apegada?	
		¿En tu niñez te sentías reconocida como niña?	

		¿Te sentías valiosa como mujer?	
		Cuéntame algo que te molestara mucho de tu familia.	
Vida interna	<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas a futuro • Creencias • Miedos y carencias • Eventos importantes 	¿Qué soñabas en ese tiempo? ¿Qué idea tenías del futuro?	
		¿Tenías alguna creencia religiosa? ¿En qué creías?	
		¿Llegaste a sentir miedo por algo? ¿A qué le tenías miedo?	
		¿Hubo carencias? ¿Cuáles?	
		¿Hay algún evento que haya cambiado marcado tu vida, que tal vez si no hubiese sucedido todo hubiera sido diferente?	
Vida social (infancia)	<ul style="list-style-type: none"> • Contexto social • Periodos históricos 	Platicame de tus amigos, ¿Qué recuerdos tienes con ellos?	
		¿Qué actividades sociales llevabas a cabo con tu familia?	
		Platicame un poco del tema de la moral, ¿qué era "correcto" que una mujer hiciera y qué no era correcto?	

		¿Qué creencias te inculcaron en tu familia respecto a tu comportamiento como mujer?	
		¿Consideras que tu familia tiene prejuicios? ¿Qué prejuicios tenía tu familia?	
		¿Qué normas sociales había en tu familia?	
		¿Qué acontecía en el mundo cuando tú eras una niña? ¿Recuerdas algunos eventos históricos?	
Escenario cultural y tradicional	<ul style="list-style-type: none"> Contexto cultural Tradiciones 	¿Qué recuerdas sobre influencias culturales en tu vida?	
		¿Qué celebraciones familiares o culturales, tradiciones o rituales eran o son importantes en tu vida?	
		¿Qué ideas o creencias piensas que tus padres trataron de enseñarte?	
Vida escolar	<ul style="list-style-type: none"> Contexto escolar 	¿Te gustaba la escuela? Cuéntame un poco de cómo te sentías en la escuela.	
		¿Te trataban bien tus maestros y compañeros?	

<p>Muy bien (nombre de la participante) gracias por compartir esta parte de tu infancia, la cual es importantísima para comprender el desarrollo de nuestra vida como adultos. Bien (nombre de la participante) a continuación, todas las preguntas que te voy a hacer serán de tu etapa de desarrollo, juventud y edad adulta.</p>			
Trayectorias formativas	<ul style="list-style-type: none"> Educación Expectativas académicas 	¿Hasta qué nivel escolar cursaste tus estudios académicos?	
		¿Estudiaste lo que tu querías estudiar? ¿Por qué?	
		¿De qué manera influyó tu carrera u oficio en tu persona?	
Vida social (juventud)	<ul style="list-style-type: none"> Etapa de juventud Contexto psicosocial 	Platicame un poco de tu juventud	
		¿De qué manera cambió tu vida social en esta etapa?	
		¿Quiénes fueron tus amigos en esta etapa?	
		¿Qué entendías por una mujer bonita? ¿Te considerabas bonita?	
		¿Te vestías como tu querías?	
		¿Te peinabas como tu querías?	
		¿Te sentías aceptada por los otros?	
		¿Y por ti misma?	

Vida amorosa	• Relaciones amorosas	Cuéntame un poco de tu vida amorosa.	
		¿Viviste alguna desilusión amorosa? ¿Cómo fue?	
		¿Cuál fue tu relación más significativa? ¿Por qué?	
		¿Cómo eran tus relaciones cuando eran novios(as)?	
		¿Tuviste relaciones conflictivas?	
		¿Alguna vez te sentiste responsable de salvar a alguien?	
Vida matrimonial	• Vida marital o en pareja	¿Has estado o estas casada?	
		¿Te casaste porque querías casarte o porque te sentías obligada socialmente o por tu familia?	
		¿Has vivido en unión libre con alguien?	
		Cuéntame de tu pareja ¿cómo era antes de casarse o vivir juntos? ¿cómo era su relación?	
		¿Te sentías feliz en tu matrimonio o de vivir juntos?	
		¿Ocurrieron cambios con el paso del tiempo? ¿Qué cambio?	

		¿Tú por qué crees que ocurrieron esos cambios?	
		¿Crees que idealizaste a tu pareja?	
		¿Te sentías valorada por él o ella? ¿Qué te hacía sentir así?	
		¿Cómo era la expresión afectiva en pareja?	
		¿Alguna vez te sentiste traicionada por él?	
		¿Qué cosas pasaste por alto que crees que no debiste permitir?	
		¿Sientes que le perdiste la confianza?	
		¿Sentías que había falta de comunicación?	
		¿Sigues enamorada de él o ella?	
		¿Le tienes coraje por algo? ¿Por qué?	
		¿Te llegaste a sentir maltratada por él o ella?	
		¿Llegaste a sentirte dependiente económicamente de tu pareja? ¿Cómo te hacía sentir esto?	
		¿Llegaste a sentirte violentada por tu pareja?	

		¿Hay algo que te molestara mucho de tu pareja?	
Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias en torno al sexo y la sexualidad • Vida sexual 	¿Cómo fue tu educación sexual?	
		¿Cuál es tu percepción respecto a la virginidad?	
		¿Qué valor te enseñaron que tenía la sexualidad?	
		¿Sientes que has ejercido de manera libre tu sexualidad?	
		¿Disfrutas tu sexualidad? ¿Porqué?	
		¿Crees que has podido explorar tu placer en todo su esplendor?	
		¿Cómo ha sido tu vida sexual con tu pareja?	
		¿Has tenido relaciones sexuales sólo por no decirle que no a él o ella?	
		¿Te sientes cómoda con tus preferencias sexuales?	
		¿Has cambiado tu idea de sexualidad a lo largo de tu vida o sigue siendo la misma? Si cambió, ¿en qué aspecto(s) fue?	
Corporalidades	<ul style="list-style-type: none"> • Autopercepciones del cuerpo • Emociones - cuerpo 	¿Qué tan cómoda te sientes con tu cuerpo?	
		¿Y antes? ¿Cómo solías sentirte con relación a tu cuerpo?	
		¿Experimentas algún malestar físico, cuando tienes emociones particulares? ¿cuáles?	
		¿Cómo es tu relación con tu cuerpo?	
		¿A partir de cuándo comenzaste a somatizar?	
		¿Qué sentimientos experimentabas cuando comenzaste a presentar los primeros síntomas?	
		En cuestión de tu autoestima... ¿cómo te sentías respecto a ti misma antes de enfermar?	
Maternidad	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos psicosociales de la maternidad 	¿Tú piensas que tu realización como mujer está en ser madre?	
		¿Qué representa para ti la maternidad?	
		¿Decidiste ser mamá o fue algo que sucedió?	
		¿Tu realmente querías ser mamá?	

		¿Cómo fue el trato que se te dio por parte del personal de salud durante tu embarazo?	
		¿Y en el parto?	
		¿Qué sentimientos experimentaste una vez que nacieron tus hijos?	
		¿Cambiaron tus planes de vida?	
		¿Cómo?	
		¿Sientes que hay una diferencia entre educar a un niño que a una niña, o para ti la educación es igual para ambos?	
		¿Crees que la educación de su hija(os) fue realmente compartida junto con tu pareja?	
Vida laboral	<ul style="list-style-type: none"> Contexto laboral Vida profesional Familia- trabajo Pareja- trabajo 	Platicame de tu vida laboral	
		¿Es lo que tu buscabas o llegaste a ese trabajo porque era la única opción?	
		¿Consideras que tu sueldo era equitativo con el de tus compañeros hombres que realizaban el mismo trabajo?	
		¿Te sentiste apoyada por tu familia en el aspecto profesional?	

		¿Y por tu pareja? ¿A él (ella) le gustaba verte crecer?	
		¿Te sentías valorada en tu trabajo?	
		¿Te sentías explotada? ¿Sobrepasada de trabajo?	
		¿Te sentías satisfecha trabajando ahí?	
		¿Alguna vez te sentiste discriminada por ser mujer?	
		¿Te llegaste a sentir plena profesionalmente?, ¿por qué?	
		¿Alguna vez te sentiste juzgada por tu éxito profesional?	
		¿Te han acosado? ¿Has sufrido violencia laboral? En caso de que sí ¿cómo te han violentado?	
		¿Cómo sobrellavaste las dos jornadas laborales/hogar? ¿Tenías tiempo para descansar, tiempo para ti?	
		Si pudieras elegir otro trabajo ¿Cuál sería?	
Hogar	<ul style="list-style-type: none"> Contexto doméstico 	¿Con quién vives actualmente?	
		¿Se dividen el trabajo del hogar?	

	<ul style="list-style-type: none"> Distribución del trabajo doméstico 	¿Cómo es la actitud de tu pareja y tus hijos respecto a la limpieza del hogar?	
Escenario personal	<ul style="list-style-type: none"> Responsabilidades 	¿Has vivido con alguien enfermo?	
	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de enfermos 	¿Has cuidado de alguien durante su enfermedad? ¿lo decidiste o te sentiste obligada?	
	<ul style="list-style-type: none"> Factores psicosociales vinculados al malestar somático 	¿Te has sentido manipulada por la enfermedad de un ser amado?	
	<ul style="list-style-type: none"> Redes de apoyo 	¿Te sentías culpable de algo antes de comenzar con los síntomas somáticos?	
	<ul style="list-style-type: none"> Residencias 	¿Haz sentido frustración o algún otro sentimiento por causa de lo que no pasó?	
	<ul style="list-style-type: none"> Pérdidas 	¿Has tenido depresión? ¿Por cuánto tiempo? ¿Cómo lo has manejado?	
	<ul style="list-style-type: none"> Silencios 	¿Has experimentado ansiedad? ¿Por cuánto tiempo? ¿Cómo lo has manejado?	
		¿Sentías que tenías redes de apoyo a tu alrededor?	
		¿Sientes que cargabas con alguna culpa? ¿Cuál?	

		¿Sufriste alguna separación que te doliera mucho?	
		¿Sufriste la muerte de alguien?	
		¿Viviste algún evento muy fuerte que detonara tu malestar?	
		¿Cuánto tiempo llevas viviendo en Tijuana?	
		¿Te has mudado?	
		¿Has perdido algún bien?	
		¿Te sientes útil?	
		¿Te sientes indispensable?	
		¿Sientes que se truncaron tus planes?	
		¿Estás satisfecha con tu vida?	
		¿Te has quedado con las ganas de decir algo en tu vida?	
		¿Qué y por qué no lo dijiste?	
Toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> Actitud en torno a las decisiones 	Cuéntame algo que siempre quisiste hacer y nunca te atreviste	
		Si pudieras cambiar alguna decisión que hayas tomado en tu vida ¿cuál sería? ¿Por qué?	

		¿Consideras que eres una persona que toma decisiones para guiar el curso de su vida o prefieres que las cosas sucedan como llegan?	
--	--	--	--

Nombre de quien revisa	Edad	Profesión	Correo	Fecha de revisión