



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: KARLA ESTEFANÍA BALAREZO GALARZA, con C.I. 172135924-6, autora del trabajo de graduación intitulado: “LA RELACIÓN ENTRE TRASTORNO PSICOSOMÁTICO Y LA HISTORIA DE VIDA DE MUJERES DIAGNOSTICADAS CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO (SOP)”. Estudio realizado desde la teoría Psicoanalítica y la perspectiva Psicosomática en diez casos de mujeres entre los 20 y 30 años de la ciudad de Quito, en el período de agosto a diciembre del 2015, previa a la obtención del título profesional de PSICÓLOGA CLÍNICA, en la Facultad de Psicología.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, marzo 2016

KARLA ESTEFANÍA BALAREZO GALARZA

C.I. 172135924-6

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

PSICÓLOGA CLÍNICA

**“LA RELACIÓN ENTRE TRASTORNO PSICOSOMÁTICO Y LA HISTORIA DE VIDA
DE MUJERES DIAGNOSTICADAS CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO
(SOP)**

ESTUDIO REALIZADO DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA Y LA PERSPECTIVA
PSICOSOMÁTICA EN DIEZ CASOS DE MUJERES ENTRE LOS 20 Y 30 AÑOS DE LA CIUDAD
DE QUITO, EN EL PERÍODO DE AGOSTO A DICIEMBRE DEL 2015”

KARLA ESTEFANÍA BALAREZO GALARZA

DIRECTORA: MTR. PAULINA BARAHONA

QUITO, 2016

Agradeciendo a Dios, a mi madre y a mi familia, a mi pareja y mis amigos. Sin su fuerza, cariño y apoyo, cumplir metas tendría menos sentido.

Tabla de Contenidos

Introducción	1
1. Psicósomática desde el psicoanálisis	3
1.1 Definición	3
1.2 Síntoma Conversivo	7
1.3 Distinción entre síntoma conversivo y fenómeno psicósomático	13
1.4 Posturas contemporáneas o actuales	19
<i>Joyce McDougall y la Histeria Arcaica</i>	19
<i>Jorge Ulnik</i>	23
<i>Rosa Inés Rodríguez</i>	27
<i>Revista de Psicósomática “Tatuajes”</i>	28
2. El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)	32
2.1 Definición	32
2.2 Etiología Médica	36
2.3 Hipótesis psicósomáticas	41
<i>En general</i>	41
<i>Específicamente</i>	43
3. Relación entre el trastorno psicósomático y la historia de vida de mujeres diagnosticadas con SOP	49
3.1 Hipótesis y Metodología	49
3.2 Población	52
3.3 Análisis de resultados	53
3.3.1 <i>Resultados del Grupo A (sin diagnóstico de SOP)</i>	54
3.3.2 <i>Resultados del Grupo B (con diagnóstico de SOP)</i>	60
3.3.3 <i>Síntesis de resultados</i>	70
3.4 Discusión	71
Conclusiones	75
Recomendaciones	78
Bibliografía	80
Anexos	84

Resumen

El objetivo general de esta disertación fue explicar la relación encontrada entre trastorno psicósomático y la historia de vida de mujeres diagnosticadas con SOP (Síndrome de Ovario Poliquístico). Para esto se realizó una revisión bibliográfica dentro del campo de la teoría psicoanalítica, considerando los conceptos de síntoma conversivo, fenómeno psicósomático y otras elaboraciones teóricas intermedias o mediadoras entre ambos conceptos. Además, se explicó de qué se trata el SOP y su etiología dentro del discurso médico, hasta un nivel de profundidad en el que factores psicológicos se vieron involucrados. Luego, se presentó un par de casos o investigaciones donde el SOP u otras enfermedades ováricas se sometieron a una reflexión desde el psicoanálisis en la clínica. Con esto, se realizó una investigación cuya hipótesis fue: El SOP, como trastorno psicósomático, se relaciona con conflictos no apalabrados en la historia de vida de la mujer frente a las nociones de: ser pareja, ser madre y/o ser mujer. Se comparó dos grupos de participantes mujeres de entre 20 y 30 años, de Quito: 5 presentaban diagnóstico de SOP y 5 no. Los resultados indicaron que hubo presencia de indicadores de conflicto en los temas elegidos con mayor frecuencia en el grupo de mujeres con SOP que en el que no. La diferencia más relevante fue en la ubicación o posicionamiento subjetivo de cada mujer frente a su propia femineidad. El grupo de las mujeres con SOP tendía a ubicarse en cierto lugar que cuestionaba, rechazaba o dudaba sobre su propia femineidad. Esto no sucedió así en el caso de las mujeres sin SOP que tendían a posicionarse de manera diferente, considerándose a sí mismas bastante femeninas.

Introducción

Partiendo de la idea de que el cuerpo no sólo se rige por las leyes de su materia biológica, sino que también es cuerpo atravesado por el lenguaje, se puede plasmar la interrogante que ciertas enfermedades y sus síntomas presentan para el sujeto que las padece y qué dicen sobre su historia (Freud, 1893/2012). Ahondar en esta temática, referida específicamente al SOP, adquiere una importancia social debido a la elevada incidencia del SOP en las mujeres en edad fértil, en especial en los últimos tiempos, fenómeno que llama la atención. El SOP afecta de un 5 a 7% de las mujeres en edad reproductiva (Merino, Schulin-Zeuthen, & Codner, 2009). La primera descripción de la enfermedad se dio alrededor del año 1935 (Merino, Schulin-Zeuthen, & Codner, 2009), fecha relativamente reciente. Resulta una interrogante de interés el preguntarse por qué ha aumentado tanto la incidencia de este síndrome en los últimos tiempos (Santillán, 2012). ¿A qué responde? Más allá de la etiología genética o atribuida al estrés en el fenómeno, ¿qué dice sobre la historia y las representaciones de las mujeres que lo padecen?

Teóricamente, esta investigación es relevante, ya que hay pocas al respecto. Se puede encontrar información referida al cuerpo, entendido en su complejidad de cuerpo físico e imaginario. Pero, no existe mucha información sobre qué dice el SOP de las mujeres que lo padecen y cómo se entrama con su historia. María del Carmen Rojas Hernández y Brenda Grisel Rojas González han investigado la relación existente entre el SOP y la noción de femineidad en las mujeres que lo padecen, desde el acercamiento psicoanalítico a esta condición, teniendo en cuenta que los síntomas más comunes y molestos del SOP hacen pensar en una “masculinización” del cuerpo: anovulación u ovulación irregular, hirsutismo (exceso de vello), acné y obesidad (Rojas & Rojas, 2012).

El objetivo general de esta disertación es explicar la relación encontrada entre trastorno psicósomático y la historia de vida de mujeres diagnosticadas con SOP. Para ello, en el capítulo 1 se exponen algunos conceptos claves referentes a lo psicósomático, desde el psicoanálisis. Estos son: síntoma conversivo y fenómeno psicósomático. En este mismo capítulo se revisan otras teorías y publicaciones al respecto, que en general, tiendan a dar conceptos o nociones intermedios entre las distinciones antes mencionadas.

El capítulo 2 se trata sobre el SOP (Síndrome de Ovario Poliquístico). Primero se define el SOP desde el discurso médico para tener claro de qué se trata el síndrome. Luego, se exponen las causas del síndrome, tanto desde la ciencia médica como desde las hipótesis que se han generado desde la clínica psicoanalítica.

En el capítulo 3 se aborda la investigación práctica como tal, que tiene sus bases en los dos capítulos anteriores. La hipótesis de investigación es: El SOP, como trastorno psicosomático, se relaciona con conflictos no apalabrados en la historia de vida de la mujer frente a las nociones de: ser pareja, ser madre y/o ser mujer. Y los resultados del análisis de datos apuntan a que existe mayor frecuencia de conflicto en los temas mencionados en aquellas participantes con SOP que en las que no tenían dicho diagnóstico. Específicamente, la posición subjetiva de cada mujer frente a su propia femineidad encontró diferencias consistentes entre ambos grupos, por lo que se pudo concluir que existe relación entre el SOP y la posición subjetiva de las mujeres que lo presentan frente a su propia femineidad, en especial como cuestionamiento, duda o rechazo de la propia femineidad, en su red de significantes. El reconocimiento de esta situación por parte de las participantes estuvo presente en algunos casos y en otros no.

1. Psicósomática desde el Psicoanálisis

El presente capítulo aborda la teoría en la que esta investigación se fundamenta. Primero, se definirá la psicósomática, especificando que si bien ésta no se reduce al psicoanálisis, éste será el cristal a través del cual se hará la lectura a lo largo del trabajo. Además, se abordarán los conceptos psicoanalíticos que son la base de esta investigación: síntoma conversivo y fenómeno psicósomático. Por último, se expondrán otras teorías existentes sobre ambos conceptos y sobre la somatización, además de los aportes de otros autores que trabajan sobre el tema.

1.1 Definición

¿Por qué el título de este capítulo es Psicósomática desde el Psicoanálisis? Es importante tener claro que la Psicósomática es una disciplina que nació del Psicoanálisis, pero que no se reduce a éste. Además, tampoco se trata de una especialidad médica, aunque es imprescindible que interactúe con la medicina (Marty, 1992). La psicósomática nació del Psicoanálisis cuando Freud investigó los factores psicológicos o afectivos que determinaban un trastorno que se expresaba en el cuerpo, en tiempos donde el positivismo de la época aspiraba a explicarlo todo desde medidas científicas y la fisiología, cada vez más precisa. Sin embargo, muchas veces el factor afectivo parecía formar parte indiscutible de ciertos fenómenos que no se explicaban únicamente desde la ciencia exacta (Marty, 1992). Psicósomática es una disciplina que surge de los misterios humanos, en donde una explicación científica que se reduce a lo orgánico y material, no suele ser suficiente; sabiendo que tampoco es adecuada una completa psicologización de las enfermedades (Otero & Rodado, 2004). El ser humano es una unidad mente-cuerpo, y las visiones dualistas al respecto, que no consideran ambas a la vez y con distintos grados de determinación de cada aspecto, no parece ver el panorama completo. Desde tiempos muy remotos, como la época de filósofos como Platón o Aristóteles, la cuestión humana de la mente y el cuerpo en unidad ya ha venido siendo tema de importantes reflexiones (Otero & Rodado, 2004).

Volviendo al tema central de este capítulo, la psicósomática como disciplina independiente, aunque tenga raíces en tiempos remotos, surge desde el Psicoanálisis, pero, al desarrollarse, no se

reduce a éste (Marty, 1992). La palabra “psicosomática” fue acuñada desde comienzos del siglo XIX, cuando un psiquiatra alemán la usó para caracterizar una forma de insomnio. Un siglo más tarde, la palabra es retomada para designar una concepción nueva de la medicina (Marty, 1992).

Según el texto de Marty (1992), los científicos de la época comenzaron a hacer ciertos descubrimientos que sugerían la intervención del factor emocional en la génesis de ciertos procesos o enfermedades. Claude Bernard deduce que la enfermedad podría consistir en la desviación de procesos fisiológicos normales, en 1850. En 1876, Pavlov demuestra la existencia de reflejos condicionados y sus continuadores reflexólogos descubren que las emociones también son condicionantes, interviniendo estructuras sub-corticales. Cannon, en 1911, demuestra los efectos de las emociones sobre la homeostasis general del cuerpo por intermedio de las vías nerviosas autónomas. Selye aportó con la noción de stress y sus consecuencias. “Cada uno de estos descubrimientos traía consigo nuevas concepciones etio-patogénicas, pero ninguna de ellas permitía comprender la articulación de todos esos elementos en la aparición de cierta enfermedad en un momento particular de la existencia de un individuo singular” (Marty, 1992, p. 13). Al respecto, fue Freud el que dio las primeras nociones.

La psiquiatría no escapaba al cientificismo de la época, pero su campo, el de las enfermedades mentales, tenía todavía mucho por explorar, y su conocimiento ponía a los psiquiatras y neurólogos en situaciones complejas. Dos corrientes, derivadas del antiguo debate dualista mente-cuerpo, dividían a los psiquiatras en una corriente organicista y una vitalista (Marty, 1992). Es en este panorama donde aparece Freud, que con el Psicoanálisis y sus descubrimientos pone un antes y un después histórico en el desarrollo de la medicina, la psicología y la sociedad en general. Sus teorías respecto a las neurosis actuales, a los síntomas histéricos, entre otras, fueron de gran aporte para el nacimiento de la psicosomática, aunque éste no haya sido el interés principal de Freud (Marty, 1992). “Es decir el enfermo siempre fue visto como hombre enfermo, pero sólo desde Freud se pudieron introducir los aspectos emocionales y personales como factores etiopatogénicos del enfermar” (Otero & Rodado, 2004, p. s.p.)

Luego, las nociones freudianas de la neurosis fueron retomadas por psicoanalistas norteamericanos que formaron la escuela de Chicago en 1930. “Por la importancia de sus trabajos y el impulso que dio al movimiento psicosomático en el mundo entero, esta escuela alcanzó gran florecimiento” (Marty, 1992, pp. 14-15). Frantz Alexander fue un exponente

importante de estos avances. Luego, algunos psicoanalistas de la Sociedad Psicoanalítica de París, con Kreisler también, formaron un grupo que, con la dirección de Marty, crearon la Escuela de Psicósomática de París. “Allí, la psicósomática conquistó su autonomía y alcanzó la condición de disciplina científica” (Marty, 1992, p. 16). Esto se logró y se sigue desarrollando con investigaciones y descubrimientos, teniendo variados enfoques al respecto, y las polémicas y críticas que se puedan levantar en el proceso.

En la Escuela de Chicago, inicialmente apartaron su atención del problema del síntoma conversivo que normalmente afectaba el sistema nervioso voluntario, para centrarse en los efectos de las alteraciones del sistema nervioso vegetativo (Otero & Rodado, 2004). Así, lograron equiparar ciertos perfiles de personalidad y conflictos específicos, con determinadas enfermedades. Los conceptos de alexitimia o de pensamiento operatorio (que tienen ciertas distinciones, pero grandes semejanzas que se refieren a la falta de palabra o de apalabramiento de conflictos) surgieron en este contexto (Otero & Rodado, 2004).

En cambio,

La Escuela Psicósomática de París separó radicalmente el fenómeno conversivo del psicósomático como dos tipos de patología con un trasfondo estructural completamente diferente. Lo conversivo [síntoma conversivo] estaría dentro del registro neurótico y lo psicósomático [fenómeno psicósomático] en un registro más próximo a la psicosis que a la neurosis. Los autores de esta escuela describen unas características de personalidad propias del paciente psicósomático que no están en el histérico [en las que la falta de palabra o apalabramiento de un conflicto también se vuelven una noción importante]. (Otero & Rodado, 2004, p. s.p.). [Los corchetes son míos].

Marty (1992) distingue entre la psicósomática de adultos y la infantil, y reconoce las aportaciones que pueden darse entre sí. También resulta interesante mencionar las distinciones que dicho autor hace entre Psicósomática y Psicoanálisis, y entre Psicósomática y Medicina, aunque en su origen histórico y en la actualidad, la psicósomática se relaciona con ambas disciplinas. Para Marty, la Psicósomática difiere del Psicoanálisis principalmente en la práctica: en los pacientes que trata; los fines que persigue; las técnicas empleadas como la interdisciplinaria con los médicos y las variadas transferencias así desarrolladas; el ritmo de las sesiones; la duración de la terapia; la prevalencia de la relación básica sobre la transferencia; etc.

También la distingue de la medicina en cuanto no puede reemplazarla, pero puede trabajar en conjunto con la misma, y destaca cómo el bienestar de muchos pacientes se vería incrementado por el trabajo en conjunto de médicos y psicosomatólogos (profesionales especializados en esta disciplina, la psicosomática, y que tuvieron formación de analistas previamente), superando las resistencias que allí surgen (Marty, 1992).

Lo cierto es que a través del devenir histórico de esta disciplina, la Psicosomática, ha tenido numerosos planteamientos, enfoques, concepciones, autores e investigaciones, y las siguen habiendo. Lo importante es recalcar que debido a la amplitud que ha adquirido esta disciplina, no se la puede pensar como parte de la medicina o del psicoanálisis, sino como un área independiente en el que médicos, psicoanalistas, psicólogos, psiquiatras, entre otros, tienen campo para sus aportaciones teóricas y prácticas, así como para nutrirse de conocimientos fuera de sus campos específicos, pero que aportan a esta temática (Marty, 1992). Por ejemplo, hasta el momento nada se ha dicho de lo que desde Dolto o Lacan y sus teorías sobre el cuerpo, la imagen inconsciente y otros conceptos, tienen para aportar en esta disciplina. En fin, el campo de la psicosomática es amplio, y en este trabajo se la abordará principalmente bajo el lente del psicoanálisis, que siendo una disciplina igualmente amplia que no se reduce a la psicosomática, tiene valiosos aportes al respecto desde su marco teórico particular (Marty, 1992).

Por tanto, es necesario para este trabajo de investigación, precisar a qué se dará énfasis, ya que la teoría psicoanalítica que aporta a la psicosomática es vasta y no es el propósito de este trabajo abarcarla entera. El fin principal de esta disertación es aportar conclusiones desde una investigación práctica novedosa, que puedan contribuir en algo al conocimiento dentro de la psicosomática. Dada la formación de la persona que escribe este trabajo, se pretende dar énfasis en dos conceptos desarrollados desde el psicoanálisis: síntoma conversivo y fenómeno psicosomático; y las discusiones que de esta distinción surgen. Lo que se pretende es realizar una investigación práctica en la que los resultados cuestionen las distinciones teóricas mencionadas, o bien, refuercen la separación entre dichos conceptos.

Para terminar con este apartado, parece preciso citar lo siguiente, ya que resume lo expuesto y lo que se tratará después:

A lo largo de su historia el psicoanálisis, desde sus diferentes marcos teóricos explicativos, ha realizado valiosas aportaciones. Freud diferenció las psiconeurosis de

defensa (histeria, obsesión, fobia) de las neurosis actuales (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría), tratándolas como tipos de neurosis con etiología y patogenética diferentes. Mientras que las manifestaciones corporales de las psiconeurosis responderían a mecanismos de conversión de tipo histérico, las neurosis actuales estarían más cerca de la problemática psicósomática. Esta diferenciación derivó en dos grandes planteamientos a la hora de entender la psicósomática y lo psicósomático:

Un primer enfoque trata de dar una continuidad a los fenómenos somáticos, entendiendo los mismos como parte de un universo simbólico, es decir, como mensajes corporales que pueden ser interpretados al igual que otro sistema de comunicación. Este enfoque ha sido defendido por autores cercanos al pensamiento kleiniano que mantienen la teoría de la conversión histérica para entender cualquier fenómeno somático (funcional o lesional).

Un segundo enfoque trata de establecer la diferencia entre lo conversivo y lo psicósomático. Mientras que la sintomatología conversiva tiene detrás el sostén simbólico siendo entonces una forma de expresión más evolucionada de una conflictiva psíquica, en la patología psicósomática ese contenido simbólico estaría ausente y lo que predominaría sería una psicodinámica vacía, deslibidinizada y sin sentido. (Otero & Rodado, 2004, p. s.p.).

1.2 Síntoma Conversivo

En términos muy generales y sintéticos, el síntoma conversivo es una formación del inconsciente, como lo son los sueños, actos fallidos, u otros tipos de síntomas (Sandoval, 2005). El síntoma conversivo es síntoma en primera instancia, formación del inconsciente. La palabra “conversivo” especifica cierta distinción dentro de la categoría general de “síntoma” y apunta a que mociones anímicas han afectado al *cuerpo*. Como síntoma, tiene un sentido que permanece fuera de la consciencia del individuo, pero que es susceptible de ser interpretado y de adquirir, para la persona que lo presenta, un significado entramado en su propia vida (Freud, 1916-17/2009). Esto se conoce en psicoanálisis como el fenómeno del *après-coup*, o a posteriori. Es decir, el síntoma conversivo, que parece no tener sentido para quien lo presenta, puede llegar a encontrarlo en un momento posterior. Y esto, porque la temporalidad del inconsciente no es la misma que la noción de temporalidad cronológica consciente (Freud, 1914/2012). Freud se refiere a esto en varias ocasiones, por ejemplo cuando dice:

Para un tipo particular de importantísimas vivencias, sobrevenidas en épocas muy tempranas de la infancia y que en su tiempo no fueron entendidas, pero han hallado inteligencia e interpretación con *efecto retardado* {*nachträglich*}, la mayoría de las veces es imposible despertar un recuerdo. Se llega a tomar noticia de ellas a través de sueños, y

los más probatorios motivos extraídos de la ensambladura de la neurosis lo fuerzan a uno a creer en ellas [...]. (Freud, 1914/2012, pág. 151).

El síntoma conversivo, como formación del inconsciente, da cuenta de la estructura neurótica, ya que es síntoma que es metáfora de algo más, del sentido o sentidos que subyacen. Por tanto, se relaciona con la estructura de la neurosis, en distinción de la psicosis, en donde no hay espacio para la interpretación, ni para la metáfora, ni para la lógica del deseo. Incluso, para Freud, el síntoma conversivo era exclusivo de las neurosis histéricas (Freud, 1894/2010), pero no todos los casos de histeria implicaban síntomas somáticos necesariamente (Freud, [1905-1901]/2011), ya que lo que hace a la estructura neurótica es la posición frente a la castración y sus efectos. Por tanto, como formación de lo inconsciente, el síntoma conversivo es una posibilidad de varias en la que lo inconsciente se expresa en la vida anímica de la persona.

El síntoma conversivo es un enigma, una metáfora a ser descifrada a través del lenguaje en la lógica del deseo y en la estructura del inconsciente. El síntoma conversivo es tan apalabrable y tan analizable como los sueños, las fantasías, los actos fallidos y el discurso mismo del sujeto; es lo que nos enseñan Freud y Lacan. (Sandoval, 2005, p. 3).

Siguiendo las ideas de Sandoval, el cuerpo afectado por el síntoma conversivo es el cuerpo imaginario, en distinción del cuerpo biológico. Este cuerpo imaginario es representación especular de sí mismo, es el cuerpo del que habla el psicoanálisis y que puede no seguir las leyes de la fisiología y la anatomía, porque su sentido es simbólico, e imaginario, no sigue sólo las leyes de lo real (Sandoval, 2005).

Una vez esbozado de manera general lo que es el síntoma conversivo, se profundizará en algunos textos de Freud que exponen sus conceptualizaciones al respecto, en especial referentes al mecanismo, al cómo opera el síntoma conversivo. Por ejemplo, en el caso de Elisabeth von R., Freud plantea una manera en la que Elisabeth podía estar manifestando algo anímico, mediante una simbología corporal. “Acaso se podía suponer que la enferma había establecido una asociación entre sus impresiones anímicas dolidas y los dolores corporales que por azar registrara de manera simultánea a aquellas, y que ahora en su vida mnémica empleaba la sensación corporal como símbolo de la anímica” (Freud, 1893/2012, pág. 159).

En el mismo texto, Freud explica cómo un conflicto anímico se puede trasponer a lo corporal, como resultado posible de una represión. “Como resultado del conflicto, la representación erótica fue reprimida {esforzada al desalojo} de la asociación, y el afecto a ella adherido fue aplicado

para elevar o reanimar un dolor corporal presente de manera simultánea (o poco anterior). Era, pues, el mecanismo de una *conversión con el fin de la defensa* [...]” (Freud, 1893/2012, pp. 161-162). Esta cita también da pie a la idea de que la determinación del factor psíquico o anímico en un fenómeno corporal es variable. Bien podría ser que un trastorno biológico sea reforzado por fuerzas anímicas o que haya mayor participación del factor anímico en la génesis en sí del trastorno somático. Con esto, se está haciendo referencia al concepto de series complementarias de Freud (Freud, 1916-17/2009), como aplicable al conflicto psique-soma de cualquier fenómeno que se manifieste en el cuerpo.

En este y otros casos, Freud habla de cómo un malestar somático puede ser aliviado por la palabra. Justamente, porque el síntoma conversivo es significativo, y al aproximarse a concientizar su sentido, la metáfora puede ser apalabrada por la persona, y el síntoma, que es lenguaje del inconsciente, cesaría o disminuiría, como efecto de encontrar su forma de expresión consciente mediante la palabra. Freud incitaba a la paciente a hablar “hasta que el dolor fuera removido por la palabra {*wegsprechen*}” (Freud, 1893/2012, p. 163).

Es importante enmarcar al síntoma conversivo dentro de la formación de síntoma en sí, es decir, como una de tantas formaciones de lo inconsciente posibles. El síntoma es resistente, ya que está sostenido por un conflicto entre mociones psíquicas contrarias y satisface la expresión de ambas (Freud, 1916-17/2009). Por eso, el síntoma está rodeado de insatisfacción y molestia, pero también de cierta satisfacción o goce algo oculto o desfigurado. Tiene varios significados, y éstos pueden ser contradictorios entre sí (Freud, 1916-17/2009). Está entramado en el vivenciar del paciente (Freud, 1916-17/2009), en donde lo que más interesa es la realidad psíquica, que es la decisiva para las manifestaciones de la neurosis, en contraposición a la realidad material o puramente objetiva (Freud, 1916-17/2009).

El síntoma conversivo es símbolo. Los síntomas de Elisabeth von R. mostraron ser símbolo de sus dolencias afectivas, como la sensación de falta de autonomía. Su dolor en las piernas que no le permitía caminar, eran símbolo de lo que afectivamente sentía sobre “no poder avanzar más”. Esta simbolización a través del cuerpo, puede tener varios grados; desde provocar una anomalía física en sí, siendo causa; o influir en que una anomalía que ya había surgido por lo que se consideren factores exclusivamente somáticos, empeore o se mantenga. “En la señorita Elisabeth von R. el mecanismo psíquico de simbolización no se situaba en primera línea, él no había

creado la abasia, pero todo indicaba que la abasia preexistente había experimentado un refuerzo sustancial por este camino” (Freud, 1893/2012, p. 167).

Otra idea importante sobre el síntoma es que está en lugar de algo más, como muchas formaciones de lo inconsciente. Dice Freud: “Consumada la reunificación asociativa, los enfermos aseveran que desde la génesis del síntoma histérico nunca más se ocuparon en su pensamiento de la representación inconciliable” (Freud, 1893/2012, p. 180). Es decir, hubo alguna circunstancia o vivencia que se tornó en una representación inconciliable, que es desalojada, y en cuyo lugar emerge el síntoma. Además, un síntoma conversivo suele estar multi-determinado. Es decir, puede que no exista un solo significado, trauma, conflicto o recuerdo que lo determine, sino varios de ellos que lo configuran o refuerzan. Freud habló de varios traumas o eventos que pueden volver a convocar un síntoma o estabilizarlo (Freud, 1893/2012). “un síntoma tiene más de un significado y sirve para la figuración de varias ilaciones inconcientes de pensamiento. Y yo agregaría que, a mi entender, una única ilación de pensamiento o fantasía inconsciente difícilmente baste para la producción de un síntoma” (Freud, [1905-1901]/2011, p. 42).

Ya se ha mencionado el concepto de series complementarias de Freud, que es aplicable a un continuo donde los extremos son psique-soma. Pero, ¿es el órgano afectado por una molestia parte de la simbología que expresa su sentido? ¿Si alguien enferma en las piernas es distinto, simbólicamente, al sentido inconsciente de alguien que enferma en el hígado?, por poner un ejemplo. Freud (1893/2012) habla de que en ocasiones ya existe un apuntalamiento orgánico previo, cierta vulnerabilidad meramente orgánica de la que el síntoma conversivo toma ventaja para su expresión:

Las circunstancias que rodearon el caso indican que ese dolor somático no fue creado por la neurosis, sino sólo aprovechado por ella, aumentando y conservando. Y agregaré que algo semejante ocurría en la enorme mayoría de las algias histéricas que pude llegar a entender; siempre había preexistido al comienzo un dolor real y efectivo, de base orgánica. Son los dolores más comunes y difundidos de la humanidad los que con mayor frecuencia parecen llamados a desempeñar un papel en la histeria [...]. (Freud, 1893/2012, p. 187).

En estos casos, el fenómeno real y efectivo, orgánico, parece acercarse a la conceptualización de fenómeno psicósomático, que se verá más adelante. Sin embargo, es interesante notar que si

hacemos esta relación, incluso un fenómeno psicossomático podría verse reforzado por el sentido de un síntoma.

Volviendo al síntoma conversivo como símbolo, como formación de lo inconsciente con sentido, como metáfora, ya desde Freud vemos la relación estrecha de lo corporal en el síntoma conversivo con el lenguaje, y cómo éste revela su sentido, ya que el síntoma conversivo se encuentra en la lógica del deseo, y de lo inconsciente, y lo inconsciente se estructura como lenguaje (Sandoval, 2005). Esto también refuerza la postura de que la simbología de un síntoma sí puede variar según la parte del cuerpo afectada y también nos devuelve al dilema de si existe una determinación pura, ya sea ésta orgánica o psíquica:

¿Cómo habríamos dado en decir, respecto del afrentado, que <<eso le clavó una espina en el corazón>>, si la afrenta no fuese acompañada de hecho por una sensación precordial interpretable de ese modo, y se la reconociera en esta? ¿Y no es de todo punto verosímil que el giro <<tragarse algo>>, aplicado a un ultraje al que no se replica, se deba de hecho a las sensaciones de inervación que sobrevienen en la garganta cuando uno se deniega el decir, se impide la reacción frente al ultraje? Todas estas sensaciones e inervaciones pertenecen a la <<expresión de las emociones>>, que, como nos lo ha enseñado Darwin [1872], consiste en operaciones en su origen provistas de sentido y acordes a un fin; por más que hoy se encuentren en la mayoría de los casos debilitadas a punto tal que su expresión lingüística nos parezca una transferencia figural, es harto probable que todo eso se entendiera antaño literalmente, y la histeria acierta cuando restablece para sus inervaciones más intensas el sentido originario de la palabra. Y hasta puede ser incorrecto decir que se crea esas sensaciones mediante simbolización; quizá no haya tomado al uso lingüístico como arquetipo, sino que se alimenta junto con él de una fuente común. (Freud, 1893/2012, p. 193).

En otro texto, se puede encontrar de manera muy concisa las ideas de Freud expuestas hasta el momento sobre el síntoma conversivo, su mecanismo y la manera de “curar”, como efecto de conocer su mecanismo de formación.

En la histeria, el modo de volver inocua la representación inconciliable es *trasponer {umsetzen} a lo corporal la suma de excitación*, para lo cual yo propondría el nombre de *conversión*. La conversión puede ser total o parcial, y sobrevendrá en aquella inervación motriz o sensorial que mantenga un nexo, más íntimo o más laxo, con la vivencia traumática. El yo ha conseguido así quedar exento de contradicción, pero, a cambio, ha echado sobre sí el lastre de un símbolo mnémico [...] El efecto del método catártico de Breuer consiste en volver a guiar la excitación, con conciencia de la meta, de lo corporal a lo psíquico, para forzar luego a reequilibrar la contradicción mediante un trabajo de pensamiento y a descargar la excitación por medio del habla”. (Freud, 1894/2010, pp. 50-51).

Otra idea importante que se obtiene desde Freud es la cuestión interrelacional entre psique y soma. Freud expresa que la pregunta sobre si un síntoma corporal es de origen psíquico o somático no es muy precisa o adecuada, ya que, para él, todo síntoma histérico necesita de cierta predisposición somática, y por tanto, un síntoma conversivo requeriría de las dos partes, psique y soma (Freud, [1905-1901]/2011, p. 37). Incluso menciona que si no hubiera dicha predisposición del soma, el contenido anímico reprimido hallaría otro modo de expresión, no corporal, sino psíquico, como una idea obsesiva por ejemplo; es decir, sin una predisposición o apuntalamiento somático, la formación de lo inconsciente sería únicamente psíquica (Freud, [1905-1901]/2011, p. 38). Sin embargo, volviendo a la idea central sobre el síntoma conversivo, se sabe que tiene sentido, y que por eso, se repite hasta que su sentido sea revelado o apalabrado. Un proceso puramente orgánico no tendría motivo de repetirse, no ceder a una cura o no mejorar su condición, pero si esto sucede, es porque seguramente se trata de un mensaje anímico, apuntalado en lo corporal (al menos que se trate de una falla orgánica pura, al estilo de lo conceptualizado en el apartado sobre fenómeno psicósomático):

Hasta donde yo alcanzo a verlo, todo síntoma histérico requiere de la contribución de las dos partes. No puede producirse sin cierta *solicitud* {transacción} *somática* brindada por un proceso normal o patológico en el interior de un órgano del cuerpo, o relativo a ese órgano. Pero no se produce más que una sola vez –y está en el carácter del síntoma histérico la capacidad de repetirse– si no posee un significado {valor, intencionalidad} psíquico, un *sentido*. El síntoma histérico no trae consigo ese sentido, sino que le es prestado, es soldado con él, por así decir, y en cada caso puede ser diverso de acuerdo con la naturaleza de los pensamientos sofocados que pugnan por expresarse [...] los síntomas se solucionan en la medida en que se explora su intencionalidad psíquica. Una vez que se ha removido lo que puede eliminarse mediante un psicoanálisis, es posible formarse toda clase de ideas, probablemente acertadas, acerca de las bases somáticas, por lo general orgánico constitucionales, de los síntomas. (Freud, [1905-1901]/2011, p. 37).

Como se verá en la siguiente sección, el hecho de que un conflicto psíquico se exprese mediante el cuerpo nos dice sobre el grado de simbolización de la moción psíquica en cuestión. Si ha tomado este apuntalamiento orgánico para su expresión, se tratará de cierto énfasis en lo real y/o menor grado de simbolización del conflicto. Justamente por eso, en análisis se da un espacio para que la palabra pueda simbolizar aquel real expresado en el cuerpo (Sandoval, 2005).

Para resumir, el síntoma conversivo es una formación del inconsciente, siendo, en primera instancia, síntoma. Al ser síntoma, tiene un sentido simbólico, es producto del conflicto entre las fuerzas del psiquismo y se entrama en el vivenciar del paciente siendo una metáfora que está en

lugar de algo más, algo reprimido. Sus sentidos pueden ser múltiples y el síntoma tiende a la repetición, hasta que el conflicto inconsciente reprimido pueda ser apalabrado o simbolizado de alguna manera, comúnmente, en el apres-coup. Siendo síntoma, da cuenta de una posición subjetiva de estructura neurótica. Es síntoma conversivo, o de conversión, al referirnos al mecanismo en el que una moción o conflicto anímico es traspuesto a lo corporal. El cuerpo afectado es el imaginario, por encima del real o biológico, aunque los límites tajantes entre ambos “cuerpos” no son vividos de manera separada por el sujeto que experimenta algo en *su* cuerpo (real, simbólico, e imaginario en nudo) (Sandoval, 2005).

1.3 Distinción entre síntoma conversivo y fenómeno psicósomático

Este apartado está dedicado a establecer una diferencia teórica entre estos conceptos, sin embargo, cabe destacar, como bien lo señala Sandoval, que en la clínica suele ser mucho más complejo distinguir entre un suceso y otro, más aún si consideramos, que se trate de síntoma conversivo o de fenómeno psicósomático, un paciente que habla de su cuerpo suele estar hablando de su cuerpo imaginario (Sandoval, 2005).

Siguiendo al mismo autor, y a pesar de que el énfasis de este trabajo es la teoría psicoanalítica, resulta pertinente exponer las diferencias entre estos conceptos que se han dado desde el discurso médico:

- El síntoma conversivo “afecta” la musculatura voluntaria, la inervación periférica, la sensibilidad, los sentidos y la conciencia. El fenómeno psicósomático habitualmente depende más bien de alteraciones relacionadas con el sistema nervioso autónomo.
- El fenómeno psicósomático habitualmente deja una lesión anatómica detectable a nivel macroscópico o microscópico. A diferencia de ello, hasta hoy no se ha establecido lesión anatómica en los síntomas conversivos, respecto a los cuales se utiliza más bien la inespecífica expresión “trastornos funcionales”.
- El síntoma conversivo no respeta las leyes de la anatomía de las de la fisiología. Las lesiones producidas en el fenómeno psicósomático siguen procesos bioquímicos, fisiológicos y anatómicos conocidos y en general bien establecidos por la ciencia. (Sandoval, 2005, p. 2).

A partir de estas distinciones, pueden surgir cuestionamientos, ya que los procesos que la medicina es capaz de explicar son cada vez mayores y más precisos. Seguramente, en el pasado

existieron trastornos que eran llamados funcionales y que al avanzar la ciencia tuvieron su explicación precisa. Si se midiera un fenómeno psicósomático en función de qué tan capaz es la ciencia médica de brindar una explicación, su incidencia sería cada vez mayor. La autora de este trabajo considera que son distinciones en la *generalidad*, pero que no deben ser rígidas. ¿Qué hay de las enfermedades o trastornos, como el que abordaremos en los siguientes capítulos, que deberían ser catalogados de fenómenos psicósomáticos, y sin embargo, en ocasiones su mejora o resistencia a un tratamiento depende de influencias psicológicas?

Volviendo a la distinción, el fenómeno psicósomático no es síntoma, no es formación de lo inconsciente.

No es articulable con el inconsciente estructurado como lenguaje. No concierne al cuerpo imaginario [...] No es un significante que representa al sujeto ante otro significante, función que a veces la desempeña el síntoma neurótico. Es un fenómeno emergente del cuerpo biológico y sujeto a sus leyes, no a las del inconsciente. (Sandoval, 2005, p. 3).

Desde una visión lacaniana, el fenómeno psicósomático está vinculado con el autoerotismo, siendo un estadio anterior al narcisismo, anterior a cualquier identificación imaginaria. Así, el fenómeno psicósomático estaría situado a nivel de lo real, sin relación alguna con lo imaginario ni con lo simbólico (Sandoval, 2005). Por tanto, no puede tener un sentido simbólico, no puede ser apalabrado, no hay sentido o significancia que encontrar en ese puro real. “Es algo de lo que no se tiene representación ni cursa por el afecto [...] El fenómeno psicósomático está en los límites de la estructura del lenguaje, o por fuera de ella” (Sandoval, 2005, p. 4). Esto indica que no se trataría de un fenómeno con sentido ni simbólico. Siendo que está fuera de la estructura del lenguaje, está fuera de poder ser interpretado como “lenguaje” de lo inconsciente; no sería posible ligar afecto o representación alguna al fenómeno real en el cuerpo puramente biológico.

También se propone que el fenómeno psicósomático es una suerte de jeroglífico al que no tenemos acceso, que se escribe en el cuerpo, sin posibilidades de descifrarlo. Sin estar en el orden de lo simbólico, es un trazo o marca única sin relación a nada más, a ningún otro significante, de ahí su imposibilidad de significación. Sandoval (2005) también destaca el

concepto de “holofrase”¹ de Lacan, en relación a la psicosis y al fenómeno psicossomático. Es por todo esto, que el fenómeno psicossomático, que no necesariamente se expresa en la psicosis, tiene mucha relación con ésta, en el sentido de que se manifiesta en el puro real, sin enlace con lo simbólico ni imaginario, sin posibilidad de significación, trazo único fuera o en los límites del lenguaje.

El fenómeno psicossomático no es analizable ni interpretable. El síntoma conversivo sí [...] La lesión psicossomática es una marca holofrásica en un órgano corporal. Supone una falla parcial de la función del significante falo [...] Esto implica además una falla de la función de la angustia como señal ante el deseo del Otro. Es interesante observar como algunos pacientes psicossomáticos impresionan como poco angustiados, e incluso sobreadaptados. (Sandoval, 2005, pp. 4-5).

Contrariamente a lo que se revisó en el apartado anterior, en el fenómeno psicossomático, así concebido, no se puede llegar a develar un sentido inconsciente entramado en la historia de vida de la persona que lo presenta. La holofrase S1S2 sin ligación a ningún otro significante, no daría paso a la construcción de una historia que le dé sentido.

En la cita anterior, la última mención referente a la sobreadaptación y a la angustia que falla como señal ante el deseo del Otro, remite a las nociones sobre “personalidad psicossomática”, “alexitimia” o “pensamiento operatorio”. Estos son conceptos que se han desarrollado en el campo de la psicossomática, como se mencionó en apartados anteriores. A pesar de sus distinciones y epistemologías diferentes, es interesante rescatar lo similar entre ellos, para relacionarlos con lo que está en cuestión. “Alexitimia” se refiere a cierta carencia de habilidades o posibilidades de expresar mediante la palabra las emociones o afectos, que hace que la carga quede atrapada en el cuerpo sin vías de salida más adecuadas, por lo que se desvían a las inervaciones que afectan el funcionamiento corporal (Otero & Rodado, 2004). Algunos autores que desarrollaron estos conceptos encontraron que muchos pacientes con expresiones somáticas compartían características de personalidad parecidas, derivadas de una organización mental distinta (según Marty) o de la alexitimia (según Sifneos), ambas manifestaciones relacionadas a

¹ “La holofrase es la falta de intervalo entre los significantes S1 y S2 y la falta de lugar para el sujeto, de modo que tenemos un significante monolítico aislado S1S2 y no dialectizable con el resto de la cadena significativa” (Sandoval, 2005, p. 4).

la falta de palabra. Encontraron que algunas personas que tienden a somatizar tenían: Dificultad en identificar y describir sentimientos, proceso imaginario y fantasías escasas, pensamiento operatorio (concreto, funcional, normal), hiperadaptación social, dificultad en la expresión de sentimientos e influencia de esto en sus relaciones interpersonales, sueños escasos... (Otero & Rodado, 2004).

Como vemos, estos conceptos están relacionados con lo que hemos tratado hasta aquí sobre el fenómeno psicósomático y su estar fuera de la palabra, aunque provienen de momentos y desarrollos teóricos distintos. Nos remiten a esa falta de relación con significantes y representaciones, a la marca en el cuerpo real y a esa “hiperadaptación” social (relacionada a la falla de la función de la angustia como señal ante el deseo del Otro) que podría ser una manifestación posible aunque no imprescindible de las personas que presentan estos fenómenos psicósomáticos.

Volviendo a lo que interesa en este apartado, se sintetiza lo que es un fenómeno psicósomático y cómo éste se distingue de un síntoma conversivo. El fenómeno psicósomático no es una formación de lo inconsciente, está relacionado a la estructura de la psicosis, es una marca en lo real sin enlace a lo imaginario o simbólico; mientras que un síntoma conversivo se relaciona a la estructura de la neurosis y al sentido susceptible de ser encontrado en una formación de lo inconsciente de la que el sujeto tiene algo que decir, y se involucra lo imaginario y lo simbólico en la dinámica de lo inconsciente:

El fenómeno psicósomático sería una marca en el Real del cuerpo que no es dialectizable con la función y que no alcanza a constituirse como la pulsión y su objeto, tal como sí ocurre en la organización neurótica. Adicionalmente, no hay representación de la lesión en el cuerpo imaginario y no hay la posibilidad de análisis por vía de la palabra. (Sandoval, 2005, p. 5).

Esta distinción teórica se gesta desde lo que Freud pudo decir al respecto. Por ejemplo, en su texto, *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas* (1888-93/2006), como su título lo indica, Freud intenta establecer ciertas diferencias en dichas parálisis, para distinguir las histéricas, de las orgánicas. Las parálisis histéricas estarían en el orden del síntoma conversivo, mientras que al hablar de parálisis “puramente” orgánicas, se estaría hablando de fenómeno psicósomático. Entre las variadas distinciones que Freud hace, parece que el énfasis radica en lo siguiente: “Yo afirmo, por el

contrario, que la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que *la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella*” (Freud, 1888-93/2006, p. 206). Freud explica que en las parálisis histéricas, muchas veces no se encuentra explicación científica precisa para ciertas manifestaciones, y que los síntomas presentados por el paciente están más relacionados con la *representación* de las partes del cuerpo afectadas, que con la *inervación* específica: anatómica y fisiológicamente hablando. Como si en los síntomas primara lo imaginario, el cuerpo imaginario, sin seguir necesariamente las leyes del cuerpo real. En cambio, las parálisis que Freud considera orgánicas son aquellas que encuentran la explicación exacta de sus manifestaciones en la manera en la que los nervios están distribuidos y sus lesiones.

Mencionemos algunas ideas de Lacan al respecto, desde su conferencia en Ginebra. “El hombre está capturado por la imagen de su cuerpo [...] Su mundo, si es que esta palabra tuviese algún sentido, su *Umwelt*, lo que lo rodea, él lo *corpo-reifica*, lo hace cosa a imagen de su cuerpo. No tiene la menor idea, ciertamente, de qué sucede en ese cuerpo. ¿Cómo sobrevive un cuerpo?” (Lacan, 1975/2001, p. 118). Llama la atención su decir sobre que el hombre está capturado por la imagen de su cuerpo, pero más tarde dice que no tiene la menor idea de lo que sucede en ese cuerpo. Aquí se puede leer sobre la distinción entre cuerpo real y cuerpo imaginario. El cuerpo real existe, pero de alguna forma nos es ajeno, no sabemos cómo funciona a cada momento, pero, desde que somos conscientes de tener cuerpo, nos hacemos una imagen de él, cuerpo imaginario, representación. Ese cuerpo real, del que no tenemos una idea, sería el cuerpo donde se da el fenómeno psicósomático.

En la misma conferencia, cuando se le pregunta sobre pacientes psicósomáticos, Lacan responde haciendo alusión a cierta forma de escritura, pero que de alguna manera, se resiste a ser leída. “es de todos modos del orden de lo escrito. En muchos casos no sabemos leerlo [...] Todo sucede como si algo estuviese escrito en el cuerpo, algo que nos es dado como un enigma” (Lacan, 1975/2001, p. 137). Este aporte hace pensar en la posibilidad de cuestionar la distinción teórica tan marcada que se ha hecho hasta ahora. Si el fenómeno psicósomático es un escrito en el cuerpo, ¿por qué no plantearse la posibilidad de hacerlo susceptible de lectura, de sentido? ¿Es que existe manera alguna de anudar ese escrito real con lo imaginario y simbólico?

Luego, también habla de cómo este escrito en el cuerpo es más bien como un jeroglífico, o como un número, en lugar de letra. Lo compara con un rasgo único, el rasgo unario, y agrega que puede haber un goce específico del psicossomático en la fijación a ese momento de rasgo unario.

El cuerpo en el significante hace rasgo y rasgo que es Uno. [...] Alrededor del rasgo unario gira toda la cuestión de lo escrito. Al respecto, que el jeroglífico sea egipcio o chino da lo mismo. Siempre se trata de una configuración del rasgo. No en balde la numeración binaria sólo se escribe con 1 y 0. La cuestión debería juzgarse a nivel de ¿cuál es la suerte de goce que se encuentra en el psicossomático? Si evoqué una metáfora como la de lo *congelado*, es porque hay efectivamente esa especie de fijación [...] el cuerpo se deja llevar a escribir algo del orden del número [...] Es por ese sesgo, por la revelación del goce específico que hay en su fijación, como siempre debe tenderse a abordar al psicossomático. En esto podemos esperar que el inconsciente, la invención del inconsciente pueda servir para algo. Lo que esperamos es darle el sentido de aquello de lo que se trata. Lo psicossomático es algo que, de todos modos, está en su fundamento profundamente arraigado en lo imaginario. (Lacan, 1975/2001, pp. 139-140).

Esta cita deja la sensación de que al hablar de “psicossomático” ya no se está haciendo la distinción entre síntoma y fenómeno como se ha visto, ya que se había dicho que el fenómeno psicossomático no es analizable ni apalabrable, es real sin sentido y no tiene relación con lo imaginario. Sin embargo, al considerar esta cita de Lacan, cabría la posibilidad de llegar a traducir ese rasgo único, aunque, si se llega a hacerlo, no se estaría hablando más de fenómeno psicossomático, estrictamente hablando. Sería como si al revelar la suerte de goce del psicossomático, éste dejaría de serlo (Lacan, 1975/2001). (No se está implicando aquí si esto conllevaría una “cura” orgánica o no).

En conclusión, el fenómeno psicossomático se distingue del síntoma conversivo en que no es susceptible de encontrar un sentido o significado simbólico, ya que es una marca única u holofrásica en el real del cuerpo, que al no tener relación con otro significante, no es parte de la cadena que da sentido simbólico y tampoco tiene representaciones imaginarias. Así, queda por fuera o en los límites de la estructura del lenguaje. En este sentido, el fenómeno psicossomático está relacionado con la psicosis, sin que esto quiera decir que el sujeto que psicossomatiza esté en una estructura psicótica (McDougall, 1998). Más bien, se trata de definir el funcionamiento o mecanismo del fenómeno psicossomático en sí, que estaría sujeto *únicamente* a lo real del funcionamiento del cuerpo biológico. Sin embargo, existe la posibilidad de llegar a desentramar el goce específico de aquel que somatiza en el fenómeno psicossomático, pero, de ser eso posible, el fenómeno psicossomático dejaría de serlo, estrictamente hablando.

1.4 Posturas contemporáneas o actuales

Joyce McDougall y la Histeria Arcaica

Joyce McDougall plantea una teoría interesante sobre este tema, sustentada en sus estudios y en su experiencia clínica. Al estudiar las posturas que se acaban de plantear, McDougall se cuestiona sobre esa falta de sentido posible atribuida a los fenómenos psicósomáticos. “¿Debo aceptar las teorías de estos eminentes psicósomatistas, quienes postulan que eclosiones tales como la rectocolitis hemorrágica [entre otras enfermedades...] carecen por completo de sentido simbólico?” (McDougall, 1998, p. 166) (Los corchetes son de la autora de esta disertación). En lugar de eso, su experiencia le permite conceptualizar a los fenómenos psicósomáticos más bien como histerias arcaicas, distintas a los síntomas conversivos histéricos, pero susceptibles de hallar un enlace con lo imaginario y simbólico. Postula que al existir síntomas neuróticos, psicóticos y otros, los síntomas somáticos están relacionados a una estructura psicótica más que neurótica, en el sentido de que el fenómeno psicósomático se relaciona con significantes y conflictos preverbales, arcaicos, sin palabras. Es una forma de comunicación que parece no ser tal, porque es pre-lenguajera, se trata de un protolenguaje². No hay fantasmas que representen un conflicto psíquico, éstos han sido forcluidos, y no pueden ser reprimidos, así que eclosionan en el soma (McDougall, 1998). De esta síntesis de lo que McDougall propone, cabe destacar el planteamiento de que a pesar de tratarse de un fenómeno que al momento de presentarse está relacionado con lo real, sin fantasmas, sin ligación a lo imaginario o simbólico, esto no quita que sea susceptible de ser ligado a los fantasmas arcaicos forcluidos y convertir esta histeria arcaica en una histeria de conversión, o incluso, hacer innecesarios los síntomas somáticos (McDougall, 1998).

² La autora parte de la idea de que todo síntoma “-sea neurótico, psicótico, caracterológico, aditivo o *incluso* psicósomático- es, sin excepción, resultado de los esfuerzos infantiles tendientes a encontrar una solución a dolores y conflictos psíquicos” (McDougall, 1998, p. 203). A partir de esto, ella explica que se puede contemplar la adquisición de lenguaje y elaboración simbólica como una suerte de proceso, en el cual hay un espacio donde existen significantes, pero éstos son pre-verbales. La somatización sería una regresión a ese estadio preverbal para tramitar algún conflicto. En lingüística, también existe un concepto para esta palabra, pero no parece ser desde ese discurso que la autora lo defina. Más adelante se explica un poco más la cuestión del protolenguaje y su relación con la puesta en juego de significantes preverbales, con protosimbolismo, para tramitar un conflicto, somatizándolo.

En la dinámica que subyace a las manifestaciones psicósomáticas están expresiones pregenitales y arcaicas de la sexualidad. El inconsciente biparental y las proyecciones de los padres sobre el hijo juegan un papel importante en las soluciones psicósomáticas que una persona pueda desarrollar (McDougall, 1998). McDougall hace referencia a dos conceptos para explicar sus postulaciones. El “destino” y la “fatalidad”. Se refiere a la fatalidad como algo que sucede a un individuo sin que pueda hacer absolutamente nada al respecto, es una fuerza que le es impuesta. Mientras que al referirse al destino, se trata del devenir de la vida de una persona, pero, ésta tiene cierta influencia en ese devenir. Para la autora, en el fenómeno psicósomático hay mucho de fatalidad, por la influencia de los inconscientes biparentales sobre los que el individuo no tiene nada que hacer, de ahí la conocida “herencia” de muchas enfermedades y lo arcaico del fenómeno psicósomático. Pero, se contempla la posibilidad de que el “destino” también pueda influir sobre esa fatalidad (McDougall, 1998).

el discurso biparental puede comprenderse como una herencia fatal [...] Estas enfermedades pueden entonces aparecer como una herencia fisiológica a la que es imposible sustraerse. Sin embargo, en la medida en que estas manifestaciones aparentemente hereditarias se revelan influidas por la vida fantasmática inconsciente, por la estructura caracterológica y por la economía psíquica de cada individuo, podemos decir que el destino psíquico desempeña también un papel en las enfermedades psicósomáticas que la fatalidad nos ha legado. Desde este punto de vista se puede admitir la posibilidad de un cambio psíquico y, en consecuencia, biológico, gracias a la exploración psicoanalítica del protosimbolismo arcaico e infraverbal que subtiende los fenómenos somáticos. (McDougall, 1998, pp. 162-163).

Esto nos pone en un plano distinto del visto hasta el momento. Los fenómenos psicósomáticos son vistos como una suerte de síntoma relacionado con la estructura psicótica. No se trata de un síntoma histérico de conversión, pero tampoco se excluye la posibilidad de lograr juntar representaciones imaginarias, fantasmáticas y simbólicas a esta “histeria arcaica” que de momento no las tiene.

Esta autora encuentra, por su experiencia, que los conflictos ocultos tras los fenómenos psicósomáticos son de naturaleza más psicótica que neurótica. Por ejemplo, el amar como equivalente a devorar o ser devorado, la indiferenciación amor-odio, temores al vacío, al caos, a la nada, al agua o al aire, miedo a disolverse o explotar en su relación con otros, ser aplastado por fuerzas poderosas, etc. Temores que revelan u ocultan los propios deseos inconscientes de devorar, vaciar o aplastar al otro (McDougall, 1998, p. 175). Dicha autora encontró que muchos

de sus analizantes psicossomáticos habían sido objeto de un desborde afectivo carente de acceso a la representación psíquica, de modo que se manifestaba el polo somático del afecto, haciendo una escisión entre la representación de palabra y la representación de cosa, como única salida de supervivencia psíquica (McDougall, 1998, p. 168). Las expresiones psicossomáticas también pueden funcionar como elemento reasegurador de que el propio cuerpo le pertenece a uno mismo, y no a la madre, o tienden a ocultar conflictos orales, anales, sádicos u homosexuales que eclosionan en el soma (McDougall, 1998). La autora constató que en analizantes que presentaban fenómenos psicossomáticos, era frecuente que haya un peso relevante en la relación madre-hijo/a inter e intrapsíquicamente, así como la exclusión o denigración del rol del padre por la madre y cierta complicidad de éste al aceptar dicha exclusión (McDougall, 1998, pp. 171-2). Cabe decir que no queda del todo claro por qué la solución a estos conflictos se da al nivel del soma y no a nivel psíquico (con otros síntomas psíquicos y no corporales) en estas personas (McDougall, 1998).

los vínculos eróticos arcaicos, siendo un elemento vital en la organización precoz de la estructura psíquica, pueden no obstante instaurar reacciones psicossomáticas más bien que psicológicas frente a los acontecimientos cargados de afecto. Este fenómeno era particularmente evidente en los analizantes que habían vivido a la madre como una fuerza devoradora que trataba de ejercer un control tanto psíquico como físico sobre ellos en la infancia. Ellos se vivían inconscientemente como prolongaciones libidinales o narcisistas de sus madres. (McDougall, 1998, p. 171).

La autora también menciona haber encontrado representaciones maternas contradictorias, ya que los síntomas somáticos proporcionaban cierto goce erótico pregenital en los cuidados maternos y a la vez una rabia contra el vínculo libidinal con una madre omnipotente (McDougall, 1998). Las atribuciones de características opuestas a la madre internalizada también era frecuente. Por una parte, los analizantes vivían a su madre como alguien que rechazaba el contacto físico y por tanto forzaba precozmente la comunicación simbólica en el niño. Como si la madre temiera ser devorada o vaciada por el niño. Y, por otra parte, también viven a la madre como demasiado próxima o dependiente en sus demandas físicas y psicológicas al niño (McDougall, 1998). Además recuerdan a una “madre particularmente afectada por los dolores *somáticos* de la criatura, pero incapaz de entender o modificar su dolor *psíquico*” (McDougall, 1998, p. 174).

Las enfermedades somáticas pueden ser una defensa (de estructura psicótica) ante nostalgias sexuales lejanas. En este sentido, a pesar de su potencialidad mortífera, están al servicio de la

supervivencia psíquica. Se puede formar un mecanismo de significantes preverbales, de representaciones cosas. En la enfermedad psicósomática, suele no emitirse “angustia señal” ante el conflicto arcaico forcluido, sino únicamente las representaciones de cosas emiten advertencias; el soma, ya que las palabras todavía no desempeñaban un papel contenedor (McDougall, 1998). La autora habla de cómo aprendió a “escuchar” el lenguaje primitivo del soma como si se tratara de los sueños o los fantasmas faltantes y constató que poco a poco los analizantes hacían emerger fantasmas en lugar de reacciones somáticas (McDougall, 1998, p. 189). A esta significación, McDougall la llama significación protosimbólica, y los órganos afectados están investidos de ella.

Quando la angustia, la aflicción, la rabia, el terror o la excitación inhabituales son *somatizados* en lugar de ser reconocidos y elaborados psíquicamente, el individuo queda de pronto inmerso en un modo primitivo de pensamiento, en el cual los significantes son *preverbales*. Dicho de otro modo, hay una regresión al funcionamiento psíquico de la infancia [...] La somatización puede ser conceptualizada entonces como una forma de funcionamiento preverbal o protosimbólico, que constituye también un “protolenguaje”. (McDougall, 1998, p. 204).

Con esta cita podemos recordar lo revisado en el apartado anterior, cuando Lacan se refería al fenómeno psicósomático como un “jeroglífico” y cuando decía que habría que preguntarse por la suerte de goce y fijación del psicósomático. Y ya que se ha retomado a Lacan, es pertinente mencionar cómo McDougall reconoce sus postulados y a la vez, cuestiona las distinciones tajantes entre síntoma conversivo y fenómeno psicósomático, como se revisaron antes.

En cierto modo, desde el nacimiento, ya y para siempre, la experiencia somática está estrechamente ligada al mundo simbólico, pero no se trata todavía de significantes verbales. La célebre fórmula de Lacan, “el inconsciente está estructurado como lenguaje”, es una metáfora que puede generar confusión cuando se examina la interacción preverbal entre la psique y el soma, y su papel en los orígenes de la organización psíquica [...] Hay “textos” sin contexto que es preciso entender de otro modo [que el ligado al simbolismo del lenguaje directamente]. (McDougall, 1998, p. 207). (Los corchetes son de la autora de esta disertación).

Así, lo relacionado a los fenómenos psicósomáticos se puede conceptualizar como una suerte de defensa ante angustias psicóticas. Pero, si poco a poco se permite nombrar ese terror innombrable, es posible traducir ese protolenguaje, si se concibe que, aunque sea de una manera preverbal, las manifestaciones psicósomáticas están en busca de un sentido que al momento es innombrable.

En resumen, el planteamiento de la autora es un cuestionamiento a la supuesta imposibilidad de dar sentido a los llamados fenómenos psicósomáticos. Para la autora, se trata más bien de una histeria arcaica, concepto nuevo que propone susceptibilidad de encontrar sentido a las somatizaciones corporales. No son un síntoma conversivo en sí, por lo que el sentido escondido no está ligado de momento a lo simbólico ni a lo imaginario al nivel de la estructura del lenguaje, pero esto no implica que sea imposible ir encontrando y ligando las palabras y fantasmas faltantes a ese conflicto no apalabrado por haber sido “forjado” de manera preverbal, arcaica, tratándose de un protolenguaje. Coincide, con lo que hemos revisado anteriormente, en relacionar esta histeria arcaica a los temores y mecanismos psicóticos, ya que la psicosis es arcaica también. La propuesta de la autora radica en conceder un espacio intermedio entre el lenguaje y el no-lenguaje, un espacio pre-verbal, pero no por ello imposible de verbalizar, como si se tratara de una etapa anterior en la adquisición gradual del lenguaje simbólico per se, lugar en donde se ubicaría la histeria arcaica; las somatizaciones de conflictos inconscientes arcaicos.

Jorge Ulnik

En esta sección se intentarán exponer ciertas ideas clave de este autor, expuestas en su texto *El psicoanálisis y la piel*. En dicho libro, Ulnik hace un recorrido bastante exhaustivo de muchos autores que han aportado a esta temática de psicósomática, desde Freud, pasando por Lacan, Winnicott, Dolto, McDougall, Chiozza, Anzieu, y un largo etcétera.

En lo que aquí interesa, Ulnik propone que existen varios *niveles de simbolización*, y esta manera de ver las cosas zanja en algo la ruptura teórica entre síntoma conversivo y fenómeno psicósomático (Ulnik, 2011). Considera que existen cinco niveles de simbolización, con lógicas distintas cada uno. Esto añade complejidad a la fórmula simple y básica de que lo que no se expresa en palabras se expresa en el soma. Ulnik considera que es necesario añadir enriquecimiento teórico a esta idea, y por ello propone, entre otras cosas, estos cinco niveles de simbolización posibles con sus lógicas correspondientes.

Con la idea de que existen distintos niveles de simbolización, la discusión acerca de si una enfermedad corporal es un fenómeno, un signo, un símbolo o un síntoma se podría zanzar al menos en parte, porque se puede afirmar que es una forma de simbolización de distinto nivel de la que se utiliza en el lenguaje hablado. (Ulnik, 2011, p. 115).

Estos cinco niveles son: Lógica de las cualidades sensibles, Lógica espacial y temporal, Lógica relacional, Lógica temporal y de los movimientos y Lógica abstracta (Ulnik, 2011). La última de estas lógicas es la relacionada a la metáfora y la metonimia, a la conceptualización y el razonamiento. Se podría decir que es la más evolucionada de todas, como si se tratase de adquisiciones progresivas (Ulnik, 2011). El autor propone ejemplos clínicos para cada uno de estos niveles.

En las expresiones somáticas se trata de cierta *trasposición* de una lógica a otra.

Tanto en la conversión histérica como en la enfermedad somática, se dispone del mismo proceso de transposición, por lo cual se podría pensar que en la histeria la transposición se origina desde el lenguaje hacia el soma y en la enfermedad somática se parte desde las sensaciones y modificaciones corporales hacia el lenguaje. (Ulnik, 2011, p. 118).

Otra posibilidad dentro de estas lógicas es que la enfermedad somática sirva para brindar una sensación de constancia y compañía que a la persona le faltó de figuras significativas, en especial si se trata de una enfermedad que llega para quedarse, que ‘lo acompaña’. Además, puede brindar un sentimiento de unidad, que evite el de fragmentación, al encontrar en la enfermedad la mirada de los otros y una identidad que lo revele como unitario (Ulnik, 2011).

Cabe decir que estos niveles de simbolización pueden coexistir en la misma persona y al mismo momento. No es cuestión de clasificar a una persona en cierto nivel. Sus maneras de funcionar pueden ubicarlo en varios niveles a la vez. Puede haber “coexistencia de modos de funcionamiento más primitivos y más evolucionados en un mismo sujeto y hasta en un mismo momento” (Ulnik, 2011, p. 124). La enfermedad somática podría plasmar cierto nivel de funcionamiento de un conflicto, pero la persona puede tener otras maneras de dar salida a otros conflictos.

Ulnik plantea que entre los aspectos corporales y psíquicos se da un proceso de metabolización, y que esto se altera en psicósomática.

El problema está en el proceso de metabolización, que a veces es regresivo, como por ejemplo una palabra o significación que es retraducida a una sensación corporal [...] y otras veces es como una rumiatura o un círculo vicioso, en el que la significación recorre un camino de procesamiento regresivo primero y progresivo después, para volver de nuevo hacia atrás y así sucesivamente. (Ulnik, 2011, p. 124).

Luego, Ulnik también habla de temas como el *efecto placebo* y la *eficacia simbólica*, apoyado en Levi-Strauss. Lo que interesa es comprender que más allá de lo objetivo de una enfermedad, existen elementos inconscientes que se juegan en la enfermedad y en el tratamiento que se use para intentar curar. Muchas veces, los tratamientos que tienen ciertos efectos objetivos, también tienen un mensaje inconsciente que ayuda o no al proceso de curación (Ulnik, 2011). De ahí que sea importante escuchar al paciente y al tipo de tratamiento que le sea más beneficioso, ya que en eso no está sólo en juego las acciones farmacológicas, sino todo el entramado inconsciente que se plantea en el proceso de curación o tratamiento. Así, “La expresión ‘manipulación psicológica’ sugiere una idea fundamental: *lo psicológico puede actuar sobre lo físico ‘manipulándolo’*” (Ulnik, 2011, p. 137). El autor expone varios ejemplos concretos a este respecto, pero en resumen:

los jabones, el aceite, la leche, los lubricantes, etc., tienen una acción física que es consciente y un significado psicológico muchas veces inconsciente de suavidad, presencia materna, caricias, limpieza de culpas y pecados, etc., que es inconsciente. Mediante su acción física, actúan sobre las grietas, la sequedad, las heridas y la descamación de la piel y a través de su acción psicológica producen un efecto calmante, integrador, unificador o continente y limitante sobre las vivencias inconscientes de fragmentación, de falta de amor, de dilución de la identidad, que se depositan y ocultan en las grietas de la piel. (Ulnik, 2011, p. 139).

Por eso, en las enfermedades no suele ser suficiente una mirada puramente objetiva y científica, ya que en el enfermar también se juegan sentidos de conflictos inconscientes, expresados a un nivel diferente de simbolización, como vimos antes. En palabras de Ulnik:

La psoriasis no es solo una enfermedad de la piel. Es también un tipo de sufrimiento que se suele acompañar de creencias que dependen del psiquismo inconsciente, la historia familiar y el entorno social de cada paciente [...] El efecto placebo en un sentido más amplio es ese plus de beneficio que podría depender no solo de la convicción con que el médico maneja y la fe del paciente en el médico, sino también de la eficacia simbólica que posee un procedimiento terapéutico dentro del mundo imaginario e inconsciente del paciente. (Ulnik, 2011, p. 149).

Por último, se explicará cómo la constitución del *esquema corporal*³ es otro factor importante a la hora de entender la dinámica de los fenómenos psicósomáticos, enfermedades u otras

³ Es importante aclarar que este concepto parte desde Françoise Dolto y la distinción que ella hace entre esquema corporal e imagen inconsciente del cuerpo. El esquema corporal, en principio, es el mismo para todos como

nominaciones. El esquema corporal se construye a partir de estímulos que el niño recibe. Ulnik divide estos estímulos en tres categorías: los senso-perceptivos, la interacción con el Otro (estructura del lenguaje que suele encarnarse en los padres), e imágenes visuales de sí mismo y del semejante. Estos tres tipos de estímulo inciden de maneras distintas en la constitución del esquema corporal (Ulnik, 2011). En ocasiones, el niño ‘aprende’ que ciertas funciones o fluidos de su cuerpo pueden constituir un llamado eficaz a la madre, y podría tender a reemplazar un llamado simbólico por un llamado corporal. El autor pone como ejemplo la etapa en la que el niño llama de noche a sus padres. Si su llanto u otros tipos de llamado no funcionan, podría llamar “mamá, moco”, “mamá, caca”, por ejemplo, o toser, o cualquier llamado de este tipo. Si los padres responden a estos llamados, el cuerpo del niño se recorta y aprende que su moco, tos, picazón o lo que fuere ocupan el lugar de esa palabra que nombra lo que siente en las noches: angustia, soledad, separación, miedos, etc. (Ulnik, 2011). Si esto se convierte en un patrón, se podría llamar “*patrón psicossomático reactivo de la infancia*” (Ulnik, 2011, p. 205).

Cuando el esquema corporal falla en su constitución o articulación, puede que uno de los tres elementos mencionados para su desarrollo se privilegie más que los otros dos, constituyendo un sistema simbólico inadecuado en el que la ‘consigna’ inconsciente por la que cursa la identidad podría ser: ‘me duele, luego existo’ (sensopercepción), ‘me ven, luego existo’ (imágenes visuales) o ‘me nombran, luego existo’ (lenguaje). La imagen del esquema corporal reflejado estaría así deformada o fragmentada (Ulnik, 2011). Por ejemplo, una persona que prime la imagen o lo visual, podría desarrollar trastornos somáticos que impliquen retener la mirada del otro (por ejemplo alguna enfermedad en la piel que llame la atención por el aspecto generado) y se fijará mucho en cómo lo miran los otros, para formar vínculos. Todo a nivel inconsciente. En conclusión, “La aparición de enfermedades somáticas frente a conflictos y situaciones traumáticas podría estar relacionada con estas alteraciones del esquema corporal. Esto nos lleva a suponer una *tendencia psicossomática* en quienes la padecen, pero no necesariamente una *personalidad psicossomática*” (Ulnik, 2011, p. 218).

Estas postulaciones resultan aún más relevantes para este trabajo si consideramos que los síntomas más comunes y que generan malestar en las pacientes con SOP son el hirsutismo o

aquello que nos especifica carnalmente como especie humana (hombre o mujer). La imagen inconsciente del cuerpo, en cambio, es propia de cada uno, ligada a cada sujeto, su historia y significantes (Dolto, 1997).

exceso de vello y el acné. Ambas condiciones plasmadas en la piel, órgano erógeno por excelencia estudiado a fondo por Ulnik en el texto en cuestión. También en el manejo de esos síntomas cabe destacar toda la cuestión inconsciente que puede estar en juego, considerando las teorías expuestas.

Para resumir, podemos mencionar los conceptos principales revisados o propuestos por Ulnik en relación a las somatizaciones. Tenemos la cuestión de los distintos niveles de simbolización, siendo el último nivel el del lenguaje. Las somatizaciones pueden ser expresiones de los niveles anteriores de simbolización. También está la cuestión del efecto placebo y la eficacia simbólica, que se refiere a los efectos inconscientes que un tratamiento puede tener sobre el mensaje inconsciente de la enfermedad misma. El esquema corporal y su constitución (fragmentada por ejemplo) como otro factor determinante en la expresión de ciertas enfermedades. Por último, la cuestión del patrón psicossomático reactivo de la infancia, cuando se gesta el patrón de que lo corporal venga en lugar de la palabra que nombra la angustia.

A continuación, no se plantearán otras *teorías* sobre el tema de las somatizaciones, síntomas conversivos o fenómenos psicossomáticos, como se ha venido haciendo, si no que se presentarán las ideas de ciertos autores que han trabajado sobre estos temas.

Rosa Inés Rodríguez

En la disertación de esta autora, ella utiliza el concepto de “trastorno somático” y lo relaciona con la historia de vida de las personas que los presentan. En su trabajo, ella aclara que este concepto no contempla la distinción entre síntoma conversivo y fenómeno psicossomático, si no que hace referencia a cualquier funcionamiento del cuerpo que se puede considerar molesto o fuera de lo normal, y que hace que una persona busque a profesionales de la salud para comunicarles sus síntomas y molestias, en espera de una respuesta a ello (Rodríguez, 2009). Manifestaciones corporales, mediante signos y/o síntomas, que pueden ser susceptibles de significación, al presentarse en un sujeto que, como tal, está anudado en lo Real, Imaginario y Simbólico y tiene algo que decir sobre lo que le sucede.

Para Rodríguez, el hecho de que una persona tenga algo que decir respecto a cuestiones que ocurren en su cuerpo, ya enlaza la posibilidad de que esos síntomas o molestias queden atrapados en un discurso. Muchas veces la escucha de los médicos, cuando reducen el ser humano a lo

orgánico, suele no ser suficiente. La persona que habla sobre sus síntomas ya está implicándolos, a través del lenguaje, en los registros imaginario y simbólico, y posibilita la enunciación de un malestar (Rodríguez, 2009). Rodríguez apela a posicionarse frente al ser humano, sin conformarse con colocarlo tras la enfermedad, por lo que no se puede dejar de lado la historia del paciente y también su cotidianidad.

En cada trastorno la relación de éste al lenguaje permite un acercamiento más amplio que confiere sentidos distintos a la patología y que podría darle un curso diferente [...] No estoy considerando si el trastorno obedece a un fenómeno psicósomático, a un trastorno conversivo o a un trauma con connotaciones accidentales; al hablar de trastorno somático me refiero de forma general a aquello que los pacientes llevan al espacio médico [...] me refiero a todas aquellas perturbaciones con las que a diario se encuentran los profesionales de la salud y que no en pocas ocasiones se tornan difíciles de abordar solo desde el tratamiento corpóreo. (Rodríguez, 2009, pp. 38-39).

En este trabajo, la autora expone casos en los que se compara el abordaje médico y el psicológico sobre la misma cuestión, y los efectos que se generan. Se tratan de casos atendidos por ella misma, y en ambos constató la influencia de un abordaje psicológico sobre las manifestaciones somáticas. Se trataba del caso de un tumor cuyo tamaño se vio reducido como efecto del trabajo psicológico y también el caso de una enuresis infantil (Rodríguez, 2009).

Revista de Psicósomática “Tatuajes”

Esta revista, de Psicomundo, tiene ocho ejemplares online, desde 1998 hasta el 2007. Todos los ejemplares contienen temas interesantes de psicósomática, la mayoría abordados desde el psicoanálisis. En lo que concierne a este trabajo, se mencionarán las ideas de algunos artículos de los ejemplares 6 y 7.

Katia Weissberg escribe un interesante artículo sobre el cuerpo en psicoanálisis. El cuerpo puede tener diferentes lecturas, y la del psicoanálisis es una lectura singular que no olvida que el cuerpo tiene anatomía y fisiología, pero enfatiza sobre las influencias que las fuerzas anímicas y la subjetividad tienen sobre el soma (Weissberg, 2005). Se vuelve a plantear el síntoma histérico como expresión de un conflicto psíquico inconsciente inconciliable para el yo, síntoma que altera la función, sin lesión orgánica. Nuevamente, esta autora diferencia el síntoma conversivo del fenómeno psicósomático, pero discute sobre la supuesta ‘no – analizabilidad’ del fenómeno psicósomático. Weissberg opina que el cuerpo es parte de la realidad psíquica y del mundo subjetivo de un sujeto, y es posible escucharlo también, sin que sea necesario hacer una

delimitación tajante de lo que no entraría en el campo del análisis por ser puramente orgánico, delimitación que no correspondería del todo con la realidad (corpórea y subjetiva) de un sujeto (Weissberg, 2005).

Weissberg también plantea que existen autores que consideran la psicopatología como una estructura psíquica en sí, distinta a las demás, como la neurosis o la perversión. La autora está de parte de los que consideran, en cambio, que un evento somático puede hacer su aparición en cualquier estructura (Weissberg, 2005). “Nosotros podemos hablar de momento de somatización o de pasajes al acto en el cuerpo más que de estructura en sí; en este sentido, cualquiera pueda ser sujeto de somatización en determinadas circunstancias de su vida que no son ajenas a su historia” (Weissberg, 2005, p. 25). Esto no impide que la autora reconozca que existen determinadas personas con una tendencia fuerte a somatizar, más que otras, y que esto implica un funcionar psíquico distinto a considerar.

Sintetizando:

En la histeria la afectación del cuerpo es funcional: un órgano queda impedido de llevar a cabo su desempeño fisiológico sin que ningún suceso anatómico lo justifique. En la somatización la lesión hace su aparición afligiendo al sujeto orgánicamente desde el daño anatómico. De la función a la lesión la implicación del sujeto puesto en juego en cada caso no es el mismo y es convocado desde lugares diferentes.

La somatización implica fallas en la constitución de la subjetividad. Lo que pone en evidencia es que a falta de una realidad psíquica substantiva que sostenga y de cuenta de la vida interna del sujeto, el cuerpo entra de relevo a expresar su derrumbamiento interno. De ello da cuenta la escasa vida fantasmática de la persona, su dificultad o hasta su imposibilidad para hablar y asociar libremente, sus dificultades para dormir y crear sueños, su fijación a lo concreto y al discurso social como sostén. Si la sintomatología conversiva puede atribuirse a la mediación simbólica del cuerpo, en la somatización no hay simbolización posible. Todas las producciones subjetivas –fantasías, sueños, deseos, asociaciones de lenguaje- quedan puestas en entredicho y el cuerpo, a falta de sujeto que lo haga, habla. Las fallas de la construcción del mundo interno se encarnan y el cuerpo enferma. (Weissberg, 2005, pp. 24-25).

El cuerpo como lo considera la medicina es diferente a cómo lo considera el psicoanálisis. El discurso médico tiende a dejar de lado el sujeto y centrarse en lo puramente orgánico. El psicoanálisis reconoce que

la constitución del sujeto corporal está marcada por el deseo del otro [...] Su cuerpo, el del sujeto, el del psicoanálisis, no es el de la medicina. Es un cuerpo que habla y se

expresa más allá de su anatomía, que está atravesado por el deseo del Otro y de los otros y que, por sobre todas las cosas, siente o está impedido de hacerlo, afectado por la subjetividad. (Weissberg, 2005, p. 26).

Esto implica que estos distintos saberes podrían complementarse a la hora de atender y escuchar a un ser humano que sufre.

En otro artículo, Mauricio Szuster habla del enigma femenino y nos recuerda que hay que considerar el caso a caso en las mujeres, en cada mujer, que no admiten generalización en “La” mujer, que no existe. De la misma manera, nos recuerda que el goce femenino puede ser distinto y el “goce” que existe en la somatización también debe considerarse caso a caso (Szuster, 2005). La idea principal resuena con lo que nos interesa en este trabajo: en psicoanálisis interesa la lectura, la lectura de un sinnúmero de escrituras distintas, una de las que podría ser escritura en el soma.

La verdad, las mujeres, lo femenino, Celina entre la bulimia y el vaginismo, el universo de la diferencia de los sexos se pone en cuestión como tal, apuntando a aquello que constituye el centro del quehacer psicoanalítico, la lectura. "La escritura, entonces, es un trazo donde se lee un efecto de lenguaje" (Seminario XX). (Szuster, 2005, p. 22).

Por último, se mencionará una idea importante extraída de los artículos de Macagno y de Manzotti. La primera aborda temas como las nuevas maneras que la tecnología y la ciencia ofrecen para tener hijos: donantes de esperma o de óvulos, alquileres de úteros, fertilizaciones in vitro, etc. ¿Cómo afectan la constitución psíquica de quienes son concebidos de esta manera? El discurso que rodea su concepción es distinto y será distinto también en el caso a caso, según los discursos e inconscientes parentales (Macagno, 2003). Manzotti se pregunta sobre lo que ofrecen las cirugías estéticas dentro del malestar de ser sujeto y del malestar en la cultura y en el cuerpo (Manzotti, 2003). En términos generales, lo que interesa es preguntarse sobre el efecto simbólico y subjetivo que los mencionados procedimientos pueden tener en el psiquismo de quienes requieren esos “servicios”. Es importante detenerse a pensar cómo el simbolismo de los sujetos y su mundo subjetivo puede verse alterado con los procedimientos que alteran el cuerpo, que los tiempos modernos ofrecen de manera acelerada, como si la modernidad no se detuviera a entender la intrincación de la subjetividad en los avances de la tecnología y lo que ésta ofrece a los cuerpos y a los sujetos.

Luego de la revisión realizada a teorías más contemporáneas y a trabajos recientes sobre el tema, se puede concluir que la distinción tajante entre síntoma conversivo y fenómeno psicósomático explicada antes, no es la única opción teórica para dar lectura a las diferentes somatizaciones, enfermedades o fenómenos del cuerpo. Se han explicado otras teorías y trabajos que sostienen una postura más flexible sobre el tema, y no por ello, menos rigurosa. Parecería ser que la experiencia clínica valida el hecho de que un sujeto que somatiza puede llegar a verbalizar algún sentido de su somatización, aunque en principio se plasme en el cuerpo real por falta de expresión simbólica lingüística. Así mismo, podría haber diferentes efectos de esa verbalización, ya que la temporalidad inconsciente no es igual a la consciente. Después de todo, si se trata de un sujeto, algo podrá decir sobre lo que le pasa, y por el mismo hecho de ser sujeto, el nudo entre cuerpo Real, Imaginario y Simbólico es difícil de desanudar, como lo es para la teoría.

2. El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)

Este capítulo tratará sobre el SOP, definiéndolo desde el discurso médico y explicando de qué se trata el síndrome desde varios puntos de vista e investigaciones realizadas. También se explicará la etiología médica y, por otra parte, se abordarán las posibles hipótesis psicosomáticas al respecto.

2.1 Definición

El SOP es un *síndrome* debido al conjunto de manifestaciones variadas que conforman la enfermedad. Se considera al SOP como un trastorno crónico, endócrino-metabólico, que afecta de un 5 a un 7% de las mujeres en edad reproductiva (Merino, Schulin-Zeuthen, & Codner, 2009). En algunos estudios la prevalencia incluso se calcula en un 18% (Acién, Chelea, & Acién, 2011).

En el ámbito médico existen y han existido variadas discusiones e investigaciones referentes a los criterios oficiales para el diagnóstico de esta patología, debido a que los fenotipos para la manifestación de esta enfermedad son muy variados (Merino, Schulin-Zeuthen, & Codner, 2009). Lo más aceptado es que el SOP se manifiesta principalmente por el hiperandrogenismo en la mujer, ya sea éste clínico (por sus manifestaciones clínicas debidas a una hipersensibilidad a los niveles de andrógenos) o bioquímico (por los niveles de andrógenos elevados en sangre, ya sean producidos por los ovarios o por las glándulas suprarrenales) (Merino, Schulin-Zeuthen, & Codner, 2009). Las manifestaciones más relevantes del hiperandrogenismo en el SOP son: exceso de vello corporal, llamado hirsutismo; seborrea; acné; y ocasionalmente alopecia, aunque es el signo menos frecuente y que podría asociarse a otras patologías. Los casos de hiperandrogenismo extremos llamados de “virilización” no suelen estar relacionados al SOP, sino a tumores productores de andrógenos (Merino, Schulin-Zeuthen, & Codner, 2009).

Otro criterio considerado importante es la disfunción ovulatoria, que suele producir quistes en los ovarios. La disfunción ovulatoria se refiere a la incapacidad de ovular, ya sea en algunos ciclos o en todos, habiendo así mayores o menores afectaciones en cuanto a la infertilidad (Merino,

Schulin-Zeuthen, & Codner, 2009). Es la infertilidad y la irregularidad en los ciclos menstruales, los signos perceptibles para las mujeres en cuanto a este criterio diagnóstico, aunque la regularidad en los ciclos menstruales no implica que haya ovulación regular, como lo muestran ciertos casos. En cuanto a los quistes, “De acuerdo con la doctora Leticia Morales Ledesma, del Laboratorio de Biología de la Reproducción de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, un quiste es un folículo ovárico que se atrofia y en el cual no se observa el ovocito, que es la célula sexual de la mujer” (Santillán, 2012). Además, estos quistes pueden aportar a la producción excesiva de andrógenos (hormonas consideradas masculinas) y disminuida de estrógenos (hormonas consideradas femeninas) (Santillán, 2012).

Por los variados fenotipos de esta patología, también existen casos en los que el SOP se relaciona con la resistencia a la insulina y/o con la obesidad. En estos casos, el riesgo de desarrollar diabetes puede aumentar, dependiendo de otros factores de riesgo de cada persona. De igual manera, el hiperandrogenismo mencionado anteriormente, podría relacionarse con el desarrollo de otras alteraciones metabólicas concernientes al funcionamiento cardíaco a largo plazo (Merino, Schulin-Zeuthen, & Codner, 2009). “A nuestro parecer el elemento central del diagnóstico de SOP se basa en la presencia de hiperandrogenismo, que se puede acompañar de disfunción ovulatoria u ovarios poliquísticos a la ecografía. El médico tratante debe estar consciente que este cuadro no sólo conlleva alteraciones cosméticas e infertilidad, sino también trastornos metabólicos a largo plazo” (Merino, Schulin-Zeuthen, & Codner, 2009, p. s.p.).

Existen algunos estudios sobre el impacto psicológico de este trastorno sobre las mujeres que lo presentan. Estos estudios reconocen la importancia de considerar la subjetividad de la persona al momento de tratar de manera integral este trastorno, sin embargo, reconocen también que las investigaciones a este respecto son pocas, y que sería necesaria la implicación de un trabajo multidisciplinario para la adecuada atención de estos aspectos (Acién, Chelea, & Acién, 2011) (Aguirre M., Benvenuto C., & Urrutia S., 2005).

La cuestión está en cómo los signos y síntomas de este síndrome afectan la vida de estas mujeres, su subjetividad, y en términos de una investigación consultada, su calidad de vida. Son los signos y síntomas los que afectan al sujeto, a su vida personal y subjetiva; al igual que le afecta el discurso médico y el tratamiento al que se atienen algunas mujeres que llegan a consulta. La cronicidad de este síndrome, es decir, su constancia, repetición de síntomas y falta de una cura

médica definitiva, también afectan psicológicamente a las mujeres (Aguirre M., Benvenuto C., & Urrutia S., 2005). Algunas mujeres también suelen verse afectadas cuando realizan varias consultas médicas por sus síntomas y en ocasiones los especialistas tratan dichos síntomas por separado, sin llegar pronto al diagnóstico adecuado, el SOP, que sería la causa según la cual guiar el tratamiento más eficiente. Es la presentación del síndrome en sí y su manejo, lo que tiene distintos efectos en el aspecto anímico, en el caso a caso.

Investigaciones han relacionado algunas cuestiones psicológicas con el SOP;

se muestra que las manifestaciones psicológicas fundamentales del SOP son la ansiedad aumentada, la depresión y el empeoramiento de la calidad de vida. El desafío a la identidad femenina y a su imagen corporal ocasionada por la obesidad, el acné y el exceso de pelo, así como la esterilidad y otros problemas a largo plazo, comprometen la calidad de vida e impactan adversamente en el humor y en el bienestar psicológico de las pacientes SOP. (Acién, Chelea, & Acién, 2011, p. 1).

Justamente, es el hirsutismo, el acné, la obesidad, la irregularidad en los ciclos y la infertilidad (cada una de estas manifestaciones varía en su presencia y severidad en cada caso) lo que incide directamente en la percepción de la imagen corporal de las mujeres (Aguirre M., Benvenuto C., & Urrutia S., 2005). El cómo una mujer perciba y viva esos síntomas incide en otras manifestaciones relacionadas al SOP, como son la depresión, mayores niveles de estrés y ansiedad. Además, muchas mujeres llegan a modificar su estilo de vida, según cómo les afecte un síntoma. Por ejemplo, se ha investigado que el hirsutismo es uno de los signos que más molestia subjetiva genera a las mujeres, sintiéndose poco femeninas y menos atractivas. De igual manera, el acné se relaciona con fobias sociales, depresión o baja autoestima, lo mismo que puede darse por la obesidad. Se ha reportado que las mujeres con hirsutismo tienden a evitar ciertas actividades personales y sociales, como natación, buceo, reuniones sociales o contacto sexual (lo que a su vez afectaría el nivel de satisfacción sexual) (Aguirre M., Benvenuto C., & Urrutia S., 2005). Es importante mencionar que los estudios han encontrado que el nivel de afectación en la calidad de vida no está relacionado con la *severidad* clínica del SOP, sino con la *percepción* que las mujeres tengan de su enfermedad y síntomas (por ejemplo si se perciben menos femeninas o hasta masculinas, poco atractivas, fracasadas de alguna manera considerando la infertilidad, y un largo etcétera de posibilidades de afectación o frustraciones subjetivas en cada caso) (Aguirre M., Benvenuto C., & Urrutia S., 2005).

La manera subjetiva de vivir el SOP también depende de la cultura de la mujer en cuestión y del caso a caso. Por ejemplo, estudios han encontrado que en culturas donde la dimensión de la fertilidad es especialmente inculcada y esperada en la mujer, generando cierta presión social (específicamente en la cultura islámica, referida por la investigación) el grado de afectación subjetiva aumentaba en relación con otros grupos culturales con la misma severidad del SOP (Aguirre M., Benvenuto C., & Urrutia S., 2005). Es interesante pensar cómo la influencia social (occidental y comercial) sobre la imagen corporal esperada de una mujer (delgada, piel perfecta, sin vellos ni imperfecciones) afecta directamente la vivencia subjetiva de los síntomas del SOP en cada mujer, y en cada caso.

Una vez establecida una relación entre el SOP y la afectación psicológica, en términos más objetivos y médicos que psicoanalíticos, pero considerando el capítulo anterior, cabe cuestionarse lo siguiente: ¿están: la alteración de la imagen corporal, los niveles de depresión, estrés y ansiedad, relacionados con una suerte de causa profunda e inconsciente manifestada en el SOP, si lo tomamos como un fenómeno psicósomático que expresa un profundo conflicto psíquico en niveles arcaicos de simbolización? En este sentido, resulta interesante preguntarse por la interrelación posible entre los conceptos “imagen corporal” y el de “esquema corporal” del psicoanálisis. ¿Será que los niveles de angustia no están solamente relacionados con la expresión corporal del SOP, sino con lo que ésta “dice” del sujeto; con conflictos psíquicos de mayor profundidad? ¿Será que la falta de una cura médica se debe a que hay factores no-médicos a considerar para lograr otros efectos? O, por otro lado, ¿es realmente el SOP una enfermedad (¿genética?), real puro, donde no se admite la interpretación y cuya manifestación es la que provoca los niveles de ansiedad, depresión o malestar directamente? ¿El SOP desafía la femineidad o es la expresión de una femineidad desafiada? Tal vez ambas, porque estas preguntas que pretenden determinar qué es causa y qué es efecto de qué, tienen una lectura distinta desde el psicoanálisis y la psicósomática, como hemos visto en el capítulo 1. Al hablar del entramado psique-soma, y al hablar del inconsciente y su lógica temporal distinta, la pregunta tajante por la causa y el efecto no tiene sentido. El SOP y la mujer que lo presenta no son entidades distintas. En última instancia, se trata de un sujeto afectado, un sujeto afectado por lo Real, Imaginario y Simbólico, y los discursos que lo rodean. Discursos que están desde antes de su existencia y frente a los que se ocupa un lugar. Discursos parentales, sociales, médicos, psicoanalíticos... y sus efectos en cada subjetividad y en cada cuerpo.

2.2 Etiología Médica

Aunque no se sabe con exactitud qué desencadena el SOP, sí se conocen varios mecanismos implicados en su aparición. Se puede considerar que la etiología del SOP es multi-factorial, siendo esto coherente con la naturaleza metabólica del síndrome y los variados fenotipos en cada mujer. Por tanto, de todas las causas que se explicarían, es necesario aclarar que no todas las mujeres con SOP presentan todas las causas necesariamente, y la intensidad de las causas presentes también varía en cada caso (Merino, Schulin-Zeuthen, & Codner, 2009).

Una de las posibles causas o mecanismos implicados en el SOP es el desequilibrio de las hormonas FSH y LH producidas en la hipófisis, presentándose una elevación de la LH. Este aumento de LH provoca disfunción ovulatoria, ya que estimula la generación de andrógenos tanto en los ovarios como en otras glándulas como las suprarrenales. Este hiperandrogenismo causa la anovulación y otros síntomas, como se vio en el apartado anterior. Además, la elevación continua de LH provoca que no exista el pico de esta hormona a la mitad del ciclo, que es lo que induce una ovulación normal. El exceso de LH incita la producción de andrógenos en los ovarios, y algunos de estos andrógenos se convierten en grasa, otros en estrógenos, y cuando esto sucede, la elevación excesiva de estrógenos alimenta el mecanismo de retroalimentación hormonal, haciendo, a su vez, que más hormona LH sea producida, manteniendo el desequilibrio (Redacción Onmeda, 2012).

Otro de los mecanismos causales implicados podría ser cierta alteración hepática. Entre sus múltiples funciones, el hígado sintetiza y libera en sangre proteínas llamadas transportadoras de andrógenos. Cuando los andrógenos están ligados a esta proteína, no pueden producir sus efectos hormonales. De ahí que, una disminución o carencia de la síntesis de esta proteína en el hígado, sería la causa de que exista un exceso de andrógenos libres (no ligados a la proteína) en sangre, y por tanto, andrógenos que producen sus efectos en todo el cuerpo, es decir, el hiperandrogenismo y sus efectos (Saceda Corralo, s.f.).

Existe otro factor que ha revelado ser de gran importancia en las últimas investigaciones, ya que podría ser la causa de las dos situaciones expuestas anteriormente y por tanto, del SOP en sí. Se trata de la insulino-resistencia o IR. En la resistencia a la insulina en el SOP, tejidos como el

músculo esquelético son resistentes a la insulina, pero otros tejidos como el de la hipófisis, ovarios o glándulas suprarrenales, conservan su sensibilidad a la misma (De la Jara Díaz & Ortega González, 2011, p. 61). Lo que sucede es que el músculo tiene falla en sus receptores de insulina, por lo que no logra captar suficiente glucosa de la sangre. Esto hace que se active una mayor segregación de insulina por parte del páncreas, para intentar compensar (Yanes Quesada, Yanes Quesada, Calderín Bouza, & Cruz Hernández, 2008). Así, los niveles de insulina en sangre aumentan y esto tiene varios efectos que “disparan” el SOP. Las elevaciones de insulina estimulan el hipotálamo y la hipófisis, induciendo apetito y aumentando la producción de LH. También induce directamente la producción de andrógenos por parte de los ovarios y glándulas suprarrenales. Por último, los niveles altos de insulina también inciden en las proteínas que el hígado sintetiza, exacerbando el hiperandrogenismo (De la Jara Díaz & Ortega González, 2011). La IR también juega un papel importante en la obesidad, otra manifestación posible en el SOP.

La insulinoresistencia se encuentra en alrededor del 76% de los casos de SOP (Pérez C., et al., 2003), aunque algunos estudios apuntan a que es en el 50% de los casos (Romero & Del Bono, 2004). Es decir, no en todos los casos de SOP hay insulinoresistencia detectada. Sin embargo, estudios han probado que el uso de medicamentos sensibilizadores a la insulina, como la metformina (junto con ejercicio y dieta) llevan a restituir una función ovulatoria normal en las mujeres con SOP, *con* o *sin* insulinoresistencia detectada (Romero & Del Bono, 2004) (Villarroel, et al., 2007). Las mujeres con SOP que siguen este tratamiento logran recuperar la fertilidad y la función ovulatoria en un 80% de los casos (Villarroel, et al., 2007). Esto se podría explicar por el funcionamiento metabólico y multi-factorial del SOP. Estudios apuntan a que existen tipos de insulinoresistencia que requerirían de exámenes más precisos a los acostumbrados para ser detectados. Por tanto, en las pacientes SOP es posible que existan casos de insulinoresistencia detectados y otros casos de insulinoresistencia llamados subclínicos (Romero & Del Bono, 2004), pero la cuestión de la resistencia a la insulina en algún nivel, parecería estar involucrado en todos los casos de SOP.

Si nos preguntamos, a su vez, por la causa de estos desequilibrios metabólicos explicados, quizás la respuesta médica estaría en las alteraciones genéticas, ya sea por genes que estén sobreexpresados o suprimidos. Además, es habitual encontrar el SOP en hermanas e hijas de las mujeres que lo padecen. Por el funcionamiento del SOP, es probable que los genes implicados

sean centenares, aunque se han logrado determinar alrededor de 15 genes que podrían ser los que tienen mayores probabilidades de estar alterados (Vigil, Del Río V., & Cortés, s.f.).

Existen otras investigaciones que apuntan a que el sistema nervioso autónomo está implicado directamente, con las inervaciones dadas por el nervio vago, los nervios simpáticos ováricos, y el plexo próximo a los ovarios donde interactúan tanto el sistema nervioso simpático y parasimpático (Santillán, 2012). Los estudios apuntan a que el neurotransmisor noradrenalina estaría implicado en la disfunción ovulatoria. Además, los hallazgos sugieren que existe alguna comunicación nerviosa entre los dos ovarios (Santillán, 2012).

La cuestión sobre la implicación de la noradrenalina es en algo coherente con otras teorías respecto a la etiología del SOP, ligadas a factores más ambientales que internos. Se dice que el tipo de alimentación, el estrés o el uso indiscriminado de anticonceptivos podrían ser otras causas que desencadenan el SOP (Santillán, 2012). Así, podría surgir la pregunta por el factor del estrés, que quizás sea lo que sobreestime la producción de noradrenalina. El estrés crónico y mantenido es mencionado en otros artículos como posible factor desencadenante del SOP (Redacción Onmeda, 2012).

En este punto, resulta muy interesante mencionar los descubrimientos relacionados a lo que se conoce como epigenética, descubrimientos que incitan a un cambio de paradigma más holístico en la ciencia médica (Bedregal, Shand, Santos, & Ventura-Juncá, 2010). La epigenética ha investigado sobre qué es lo que hace que ciertos genes se expresen y otros no. Antes, el paradigma sobre la genética era bastante determinista. Se creyó que el material genético determinaba el funcionamiento de cada célula y cuerpo, y se veía a la herencia como un yugo casi inevitable. La dirección de esta comunicación, a nivel celular, sería desde el ADN hacia las proteínas que se sintetizan desde éste. Pero, resulta que no es una vía en un solo sentido (Mercola, 2015). No todos los genes de todas las células están activados, es por eso que las células se diferencian entre sí; todas las células del cuerpo tienen la misma información en su ADN, pero se diferencian porque la información que se activa es distinta según el tipo celular. Este proceso de “lectura” selectiva del ADN se da desde la unión entre óvulo y espermatozoide. Las células se multiplican y la lectura del ADN, los genes que se silencian y se activan, van variando, variando también los tipos de tejidos, mientras se desarrolla el feto.

Es por esto que en cuestión de enfermedades que se catalogan de genéticas, como podría ser el SOP, la pregunta está en por qué esos genes de una enfermedad se activan y si podrían silenciarse. Parece que más importante que el ADN, es la lectura de éste, eso es lo que determinaría la aparición de ciertas enfermedades (Mercola, 2015). Esta lectura del ADN, que “decide” qué genes se silencian y qué genes se expresan en cada célula, depende de las órdenes moleculares dadas por la membrana celular (Mercola, 2015). Así, por ejemplo, tener un gen de cáncer, no implica necesariamente que vaya a ser activado. Eso dependerá de las señales dadas por la membrana celular, que a su vez, las emite según las órdenes bioquímicas de su ambiente celular. Y es aquí, en esta comunicación en doble sentido, donde la cuestión se complejiza, ya que este ambiente celular depende de la interacción del cuerpo con el ambiente. Aquí entra la alimentación, los tóxicos del ambiente, la luz solar, los rayos x, los hábitos en general, el estilo de vida más o menos saludable que se mantenga, las emociones, las relaciones, los pensamientos... ¿la psique? Todos estos factores ambientales que llegan a ingresar o formar parte de nuestro cuerpo, se traducen en sustancias moleculares, bioquímicas, que son las que la membrana celular detecta en su ambiente y según lo cual, envía órdenes de activar o desactivar material del ADN (Bedregal, Shand, Santos, & Ventura-Juncá, 2010) (Mercola, 2015). Ahora se nota cómo las teorías sobre el estrés como otro factor causal del SOP encuentran sus correlatos.

La epigenética tiende a empoderar a la persona de lo que “ordena” a su cuerpo expresar y a tomar conciencia de ese control, alejándose de una postura de víctimas frente a sus genes:

El principal problema de creer el mito de que los genes controlan su vida es que usted se convierte en una víctima de su herencia. Dado a que no puede cambiar sus genes, esto en esencia significa que su vida está predeterminada, y por lo tanto tiene muy poco control sobre su salud. Con un poco de suerte, la medicina moderna será capaz de encontrar el gen responsable y podrá alterarlo o crear otro tipo de medicamento para modificar la química de su cuerpo, pero aparte de eso, usted no tendrá suerte... Sin embargo, la nueva ciencia, revela que sus percepciones controlan su biología, y esto es lo que lo hace tener el control, ya que si es posible cambiar sus percepciones, puede dar forma y controlar su propia lectura genética.

Esta nueva ciencia de hecho también revela que usted es una extensión de su entorno, que incluye todo, desde sus pensamientos y creencias hasta exposiciones tóxicas y la exposición a la luz solar, ejercicio y por supuesto, todo lo que usted pone dentro y fuera de su cuerpo. Como lo explica el Dr. Lipton con mucho aprecio, la nueva biología lo mueve del victimismo y lo lleva al dominio sobre su propia salud. (Mercola, 2015).

A pesar de este enfoque, también existen investigaciones que prueban que el período crítico que determina muchas lecturas genéticas en su mayor parte, es durante la gestación y la temprana infancia. Por tanto, estas investigaciones señalan la importancia de los hábitos de la madre gestante, sus estados emocionales, y el ambiente familiar y emocional que rodea al infante. Se ha considerado que el estilo de vínculo desarrollado entre madre e hijo, es de extrema importancia para una expresión genética lo más saludable posible (Bedregal, Shand, Santos, & Ventura-Juncá, 2010). Y en este punto, hablando de vínculos primarios y relaciones con la madre, nos acercamos al área de la psicología. La autora de este trabajo entonces considera que el funcionamiento de la psique, a nivel consciente e inconsciente, es *parte* de lo que determina el ambiente celular y la expresión de genes a lo largo de la vida. Es interesante cómo el desarrollo de la ciencia médica lleva cada vez más, a considerar la influencia de lo no-material sobre lo material, de lo psicológico sobre lo biológico, la influencia e interacción entre soma y psique en unidad dinámica, cuestión que siempre ha generado resistencias desde el paradigma positivista dominante en la ciencia, pero que se impone al avanzar los conocimientos en este campo. La cuestión de la epigenética tiene implicancias en lo individual, transgeneracional y evolutivo del ser humano, haciendo de la “adaptación” un concepto de mayor complejidad.

El concepto de epigenética y la investigación asociada a ésta, han instalado un paradigma nuevo que supera la dicotomía genética y ambiente a favor de modelos de desarrollo humano más holísticos, bioecológicos⁵⁸. Factores genéticos como ambientales se vinculan de manera pro-babilística y dinámica a lo largo de la vida; y es fundamental conocer cómo se da esta relación en diferentes contextos. Esto permitirá comprender mejor los problemas de salud y las diferencias en las trayectorias de desarrollo humano. Este nuevo paradigma nos plantea desafíos epistemológicos y metodológicos para capturar esta relación en modelos explicativos de carácter cibernéticos o dinámicos⁵⁹.

La relevancia del ambiente para el período prenatal y postnatal tiene también implicancias para las políticas públicas. Las estrategias de promoción del desarrollo humano, entre éstas el reforzamiento de vínculos primarios, y la reducción de la violencia, no sólo tendrían un impacto generacional sino transgeneracional. Desde esta perspectiva, para el ser humano que se desarrolla en condiciones adversas, el fortalecimiento de vínculos saludables puede constituirse en una forma de superar la inequidad en salud producto del impacto de determinantes genéticos y sociales⁶⁰. Esto implica volver a reflexionar sobre la calidad de nuestra relación con el medio ambiente y sobre nuestras relaciones sociales, en que la persona humana es y debe ser el centro. (Bedregal, Shand, Santos, & Ventura-Juncá, 2010).

Ahora, lo “heredado” adquiere un sentido mucho más amplio. No sólo importa lo que se hereda en lo puramente material. Importa también lo heredado en costumbres, en estilo de vida, ¿lo heredado también inconscientemente? ¿Qué hay sobre la “herencia” de los inconscientes parentales y su relación con trastornos somáticos (nociones de McDougall expuestas en capítulos anteriores)? Específicamente en el SOP, ¿qué es lo que determina la *lectura* genética que desencadena el síndrome? Cuestionamiento de contestación compleja, que en última instancia parecería posible de responder sólo al analizar el caso a caso y la historia de vida de las mujeres que lo presentan, ya que los factores ambientales, contextuales y emocionales que rodean una vida, son únicos.

Y en este roce necesario entre la medicina y la psicología, entramos al siguiente apartado que explora las teorías psicosomáticas sobre el SOP, donde, desde la teoría psicoanalítica elegida para este trabajo, se dará una lectura particular al cuerpo, al sujeto, a la enfermedad, y su relación con conflictos primitivos inconscientes, con la madre, con el devenir en la historia de vida de un sujeto.

2.3 Hipótesis psicosomáticas

En general

Considerando el concepto de serie complementaria de Freud, en la que en un extremo podríamos situar lo puramente somático y al otro extremo lo puramente psíquico, el SOP podría situarse en algún punto de este continuo, algo más cercano a lo somático que a lo psíquico, pero no en el extremo, donde la influencia de lo real del cuerpo es bastante considerable, pero donde no se excluye algún entramado posible con lo psíquico. El hecho de que un fenómeno sea *puramente* físico o *puramente* psíquico, parece no ajustarse a la realidad humana.

Retomando los conceptos psicoanalíticos discutidos en el capítulo 1, el SOP es un fenómeno psicosomático, y no tanto un síntoma conversivo. El SOP provoca lesiones anatómicas verificables y depende del sistema nervioso autónomo, no del voluntario. Además, la patología sigue mecanismos que son entendidos y explicados por las leyes de la anatomía y la fisiología. Conceptualizado como fenómeno psicosomático, se podría decir que es un fenómeno de lo real,

sin posibilidad alguna de interpretación a través del lenguaje; real puro, sin sentido. Sin embargo, como se revisó en las posturas de otros autores, los fenómenos psicósomáticos como el SOP sí podrían esconder un sentido cifrado en una suerte de escritura arcaica, un nivel de simbolización distinto, con una fijación y sentido particulares que implican mecanismos y conflictos correlativos a la psicosis, pero que pueden llegar a ser apalabrados, en cuyo caso, el fenómeno psicósomático dejaría de ser tal.

En el SOP se puede estar jugando una simbolización de distinto nivel que el lenguaje, una simbolización arcaica, preverbal, que expresa conflictos que quedaron forcluidos, los cuales, por el momento, no tienen relación con ninguna representación o fantasma, por lo que han hallado su expresión en el cuerpo. Gran parte de los conflictos inconscientes ‘expresados’ por el SOP, pueden ser una ‘herencia’ de los discursos e inconscientes parentales, pero una vez en el cuerpo, el sujeto puede decir algo sobre ello. El SOP puede ser el protolenguaje donde los órganos afectados (los ovarios, la piel, la grasa corporal...) están investidos con una significación protosimbólica, sin relación con el tipo de simbolización del lenguaje.

El SOP puede relacionarse con la expresión de conflictos o angustias psicóticas, como la confusión amor-odio, el miedo a ser devorado o el deseo de devorar, la confusión entre amar y ser devorado, terror al vacío o al caos, confusión adentro-afuera, etc. Una madre omnipotente que excluye al padre puede ser una dinámica frecuente en estos casos. La internalización de afectos opuestos hacia la madre también es frecuente. Puede que en el SOP, como en otras enfermedades, se tenga la percepción de una madre devoradora, poco receptiva a las necesidades afectivas, que rechace el contacto físico, que esté atenta a las necesidades corporales pero no a las afectivas del niño, que a la vez se percibe como controladora, ya sea física o psíquicamente, y muy demandante con el niño. Así, el SOP también puede ser una enfermedad somática cuya dinámica permite al sujeto diferenciarse de la madre.

El SOP puede relacionarse con ciertas fallas en la constitución subjetiva, como hemos visto, resultando en cierta carencia de representaciones para algunos conflictos que se expresan en el cuerpo. Además, el SOP puede implicar alguna falla en la constitución del esquema corporal y del sentido de unidad e identidad (versus la fragmentación física y/o psíquica), por lo que la enfermedad puede brindar dicha noción de unidad, de integración, de compañía, de suplencia de afecto o de identidad, en especial cuando es una enfermedad considerada crónica o incurable

como el SOP. El SOP también puede estar influido por un patrón psicossomático reactivo de la infancia, y si así fuera, sus síntomas sustituyen aquello que nombra sentimientos de angustia, vacío o soledad, y pueden estar destinados a ser un llamado al otro.

Específicamente

Hasta ahora se han recapitulado cuestiones referentes a la somatización en general, que pueden ser aplicados al SOP. Ahora, ¿qué particularidades se pueden nombrar con respecto al SOP, que lo diferencien de otras enfermedades como, supongamos, un tumor en el hígado? ¿Existen ciertas particularidades o conflictos inconscientes relacionados con los órganos afectados en sí, que son diferentes en las diferentes enfermedades? Después de todo, es distinto enfermar de los ovarios, que de los pulmones o el corazón. Para Chiozza (2008), que se apoya en las ideas de Freud, sí existe cierta relación entre el órgano afectado y el tipo de conflicto inconsciente o arcaico que expresa, aunque sea de manera pre-verbal. En lo referente a la distinción teórica entre síntoma conversivo y fenómeno psicossomático, Chiozza reconoce que existen diferencias pero postula que en ambos casos se trata de un ‘lenguaje’ del inconsciente, y que los órganos que ‘hablan’ no son determinados al azar, sino que el conflicto inconsciente y su sentido, juegan algún papel en la elección de órgano. Es pertinente citar los 5 puntos que resumen la tesis que este autor sostiene:

- 1) No sólo los trastornos histéricos (incluyendo en ellos las histerias “vegetativas”), sino también los afectos, las enfermedades orgánicas y los órganos mismos, representan a (o “extraen sus materiales de”, como dice Freud en el historia de Isabel de R.) una fuente inconciente, fuente que no constituye, en sí misma, un fenómeno al cual puedan aplicarse los conceptos de psíquico o somático, que se forman como categorías en la consciencia.
- 2) El lenguaje y su significado (incluyendo en el significado el conjunto entero de lo que denominamos psicológico) representan a (o “extraen sus materiales de”) la misma fuente inconciente.
- 3) La idea o el concepto “físico” que bajo el rótulo “tal órgano” la consciencia se forma de un determinado existente inconciente específico [...] mantendrá, pues, una relación *específica* con determinadas fantasías y significados concientes que, a través de numerosos intermediarios preconcientes, provienen *del mismo* existente inconciente (si dos cosas son iguales a una tercera son también iguales entre sí).
- 4) Cuando decimos entonces que el órgano habla (me refiero al lenguaje de órgano, planteado por Freud, 1915), es porque esa fuente inconciente (que por un lado

corresponde en la conciencia al concepto de ese órgano, y por otro a un conjunto específico de significados y fantasías) se expresa a través de lo que la conciencia percibe como una transformación del órgano físico, así como otras veces lo hace a través de un mensaje verbal.

5) El fenómeno lingüístico no sólo abarca estos dos extremos de las categorías física y psíquica, sino el enorme campo intermedio del afecto y el gesto. (Chiozza, 2008, pp. 47-48).

A pesar de esto, más adelante en el mismo libro, Chiozza advierte que esta especificidad no implica un reduccionismo en el que cada órgano tiene un significado único y predefinido. Él habla de funciones fisiológicas que también se relacionan con ciertos contenidos inconscientes específicos, pero recalando que no se trata de reduccionismos predefinidos, por lo que parece que el caso a caso, cada historia de vida y la complejidad entramada en la expresión somática, son prioridades a considerar.

Teniendo esto en mente, se abordarán ciertas hipótesis que relacionan el hecho de que el SOP sea una enfermedad que afecta al sistema reproductor femenino (ovarios, desbalance hormonal, hiperandrogenismo como “masculinización”...) con ciertas temáticas o conflictos.

Por ejemplo, McDougall describe un caso, el de “Bénédicte”, en el que la creatividad o más bien la inhibición de la misma, se podría relacionar con cierta condición en los ovarios de Bénédicte, que llevaron a que los médicos se los extirpen. La autora no niega el correlato real y fisiológico de las enfermedades, pero agrega el posible sentido inconsciente relacionado en alguna medida. La demanda de análisis no estaba relacionada a males físicos, sino al proceso de creatividad estancada en la escritura de la analizante. En esta sección del libro, la autora trata sobre los orígenes erógenos del proceso creativo, no de psicósomática, sin embargo, en este caso, se estableció cierta relación entre el proceso creativo y una expresión del cuerpo en los ovarios. No se intenta establecer una relación de causalidad, más aún si consideramos que la temporalidad es diferente en lo inconsciente, pero sí una “relación entre una somatización que ataca el esquema corporal sexual, y los procesos creadores” (McDougall, 1998, p. 134).

La experiencia clínica de esta autora la ha llevado a considerar cuatro aspectos importantes en el proceso creativo, aspectos que son dinámicos y están íntimamente ligados con el cuerpo y sus pulsiones libidinales, en su orientación narcisista u objetal (McDougall, 1998). “Mis

observaciones clínicas me han llevado a pensar que la creatividad se origina en el cuerpo erógeno; refleja la manera en que él se representa psíquicamente y en que las funciones somáticas han sido estructuradas en la infancia” (McDougall, 1998, p. 90). Estos aspectos son: la lucha con el medio de expresión, la relación del individuo con el público imaginario, el papel de la sexualidad pregenital y la integración o no-integración de los deseos bisexuales de la infancia en la estructura psíquica del creador (McDougall, 1998). Según la autora, estos aspectos dan lugar a representaciones cargadas y fantasmas sobre la imagen corporal y su funcionamiento somático, además de que se constituyen como fuente de inspiración o inhibición de la creatividad, según el caso.

En cuanto a la ovariectomía en este caso, el análisis no sólo incluyó los afectos despertados por la operación extirpadora en sí, sino que también abarcó el análisis de alguna significación potencial de la somatización. Las cuestiones que emergieron desde la analizante giraban en torno a la relación con la madre, el padre, la identidad, los cuerpos, la aceptación de su cuerpo, cierta relación entre el dar a luz hijos, o hijos simbólicos (como los libros), la relación entre capacidad de amar y de crear, etc. La autora también menciona cómo una inhibición en el proceso creativo (ya sea artístico, intelectual o profesional) suele ser vivido por algunos hombres como una forma de *castración*, mientras que muchas mujeres tienden a verlo como una forma de *esterilidad* (McDougall, 1998, p. 155). Interesante relación (¿metafórica y/o real?) entre la creatividad y el esquema corporal sexual. Relación que seguramente se da en doble sentido.

Como lo ilustra este fragmento del análisis de Bénédicte, los actos de creación, entre sus numerosos y misteriosos orígenes, pueden concebirse como una fusión de lo masculino y lo femenino en nuestra estructura psíquica. Una falta en la integración de uno u otro polo de atracción [...] puede ser causa de la inhibición, debida a la imposibilidad de identificarse con la fecundidad potencial de ambos progenitores. Asimismo, el menor acontecimiento, somático o psíquico, que amenace el equilibrio de los fantasmas bisexuales en el inconsciente, puede también favorecer la inhibición de la creación intelectual, científica o artística. (McDougall, 1998, p. 154).

Recordemos que en el SOP, la *esterilidad* es uno de los varios factores que afectan a las mujeres, así como muchos de los síntomas suelen afectar o estar relacionados a la noción de *femineidad* y *atractivo* que las mujeres conciben sobre sí mismas.

En este caso, no se trataba del SOP, pero se trataba de una somatización que afectó a los ovarios, por lo que la semejanza está en el órgano o sistema afectado, el relacionado al sistema

reproductor femenino. De ahí que los aportes del caso expuesto tengan su valor para este trabajo. Ahora, se expondrán otras hipótesis derivadas de una investigación de casos de mujeres diagnosticadas con SOP, desde el psicoanálisis. Cabe decir que dicha investigación ha sido la única encontrada hasta el momento que aborde la temática específica del SOP, desde una lectura psicoanalítica, particularmente considerando que el cuerpo “constituye una construcción que es efecto de la historia del sujeto” (Rojas & Rojas, 2012, p. 30). Además, en dicho escrito se muestra interés en la cuestión de la subjetivación como proceso de *responsabilización o apropiación subjetiva frente a los malestares* que el SOP provoca, principalmente, la modificación de la imagen corporal, que se vive como cuestionadora de la femineidad, ya sea por apariencia (obesidad, acné, hirsutismo) o por la infertilidad.

¿Cualquier recuerdo o material psíquico reprimido está destinado a retornar de forma indefinida? La respuesta es negativa. Aquello que insiste en retornar son recuerdos ávidos de una elaboración y comprensión distinta, y en cuyo contenido encierra el plasma germinal del síntoma en cuestión. En este material se mezclan pasado, presente y futuro de forma indeterminada. (Rojas & Rojas, 2012, pp. 43-44).

En el caso desarrollado en este artículo, se revela que la mujer con SOP que asiste a las sesiones muestra conflictos en lo que respecta a la *femineidad, y lo que de ella se juega en el hacer pareja o ser madre o ser mujer*. En este sentido se pueden encontrar semejanzas con el caso anterior. Parecería que las somatizaciones que afectan el esquema corporal sexual, como el SOP, se relacionan con la sexuación, la posición ante lo femenino y lo masculino, o cómo se asume la fecundidad potencial de ambas identificaciones, de las cuales tal vez la identificación femenina de estas mujeres diagnosticadas con SOP es la que puede tambalear en los variados registros de su cuerpo.

El caso se trataba de una mujer que intentaba quedar embarazada en repetidas ocasiones mediante inseminación artificial, siempre con resultados negativos. Expresaba que su interés era tener un hijo, pero no una pareja, lo cual era visto por ella como indeseable, imposible o como un tema incómodo, al igual que el de la sexualidad. Expresó que tuvo parejas controladoras y que era imposible encontrar un hombre que no lo fuera. A momentos pareció como si su posición ante la femineidad llevara implícita la imposibilidad de establecer una relación de pareja (Rojas & Rojas, 2012).

Parecería que su cuerpo se negaba a “cumplir” las funciones de una mujer, al igual que en otros correlatos o registros, ella mostraba una dificultad grande en referirse a ella misma como mujer. Decía que al tener un hijo, ella se dedicaría por completo a ser madre, y que no le parecía correcto el comportamiento de las mujeres “libertinas” que no actúan así o que evitan ser madres. Al notar el paso del tiempo, la mujer se molestaba con la idea del envejecimiento, porque le recordaba que tenía menos tiempo de ser madre y porque no quería lucir vieja ni con arrugas. Parecería que no había en ella una distinción o relación incluyente entre ser madre y ser mujer, o tal vez, mediante la identidad de ser madre buscaba suplir la carencia de identidad con el ser mujer. No parecía poder identificarse con la imagen de una mujer, y paradójicamente, la imagen era algo que le preocupaba y de lo que se ocupaba con mucho interés, al menos en su discurso (variaba entre descripciones positivas poco realistas de sí misma y quejas de su aspecto físico). A pesar de ese interés o preocupación, no hacía mucho por resaltar los rasgos femeninos en su apariencia (Rojas & Rojas, 2012). Como vemos, en este sentido, se revelaban conflictos y paradojas.

Muchas veces esta mujer se refería a sí misma como una niña, o parecía anhelar la época en la que sus padres la llamaban con diminutivos que expresaban que ella era una “niña hermosa y delicada”. Sus motivos para querer tener un hijo, revelaban cierto deseo por perpetuar o conseguir la imagen de una bella niña (¿dónde está algún significante de bella mujer?) o de recuperar lo que ella recordaba sobre sí misma, siendo una niña hermosa y delicada. La mujer de este caso expresaba su deseo de tener una hija, que sea como la “niña linda” que ella fue, como expresando el deseo de recordarse bella y atractiva (Rojas & Rojas, 2012). Parecería que al crecer y ser mujer, ya no encuentra el atractivo femenino que encontraba en su imagen de niña. Para concluir este caso, cedamos la palabra a las autoras:

Lo descrito anteriormente permite mostrar el efecto de la repetición, de la insistencia de una problemática que es eludida y que no deja de manifestarse en el cuerpo. Los trastornos en el organismo parecen representar la misma dificultad que se repite en otros registros, su cuerpo de mujer no parece acatar las funciones que se le suponen, pues es un cuerpo que requiere del suministro de fármacos para cumplir las funciones que por naturaleza le corresponderían, para menstruar requiere ingerir hormonas, y para reproducirse, precisa de una inseminación artificial, esta imposibilidad tiene a la vez un correlato subjetivo, que se manifiesta a manera de negativa para asumir una posición femenina desde la que acepte como deseable o siquiera posible relación de pareja con un hombre, a lo que se añade su constante negativa para aceptar que ha dejado de ser una niña. El síndrome de Ovario Poliquístico en tanto conjunto de signos que contradicen las

funciones orgánicas femeninas parece representar en esta mujer, de manera puntual la dificultad que como sujeto se repite en su ser mujer en otros registros. En este caso, la imagen femenina no se constituye como un punto de identidad, así como tampoco logra hablarse a sí misma en tanto mujer, pues sólo consigue referirse a ella como una niña que fue consentida y halagada pero que en la actualidad no se concibe como mujer sino como madre, como si fuesen identidades excluyentes. El intento constante y fallido por embarazarse, remite a un retorno constante de la dificultad para asumirse mujer, y de la disociación entre ser madre y ser mujer. Es importante enfatizar que lo reportado en este artículo es sólo un breve fragmento, tanto de los referentes clínicos como de la fundamentación teórica con el propósito de mostrar el avance en la construcción del caso. (Rojas & Rojas, 2012, p. 49).

En el capítulo que sigue, se expone la discusión sobre qué tanto de las hipótesis aquí revisadas se podría aplicar de manera general a la cuestión del SOP como trastorno somático entramado en el vivenciar de las mujeres que lo presentan. La cuestión de la femineidad y sus expresiones en los registros de las identificaciones, la manera de hacer pareja y las nociones frente a la maternidad, serán algunos puntos a considerar, dada la investigación teórica al respecto.

3. Relación entre el trastorno psicossomático y la historia de vida de mujeres diagnosticadas con SOP

Este capítulo expone el análisis y los resultados de la parte práctica de esta investigación. Sustentado en el análisis teórico de los capítulos precedentes, éste aborda la hipótesis de investigación, explica la metodología utilizada, describe las características de la población del estudio e incluye el análisis de los resultados y su discusión.

3.1 Hipótesis y Metodología

Para el presente estudio, se planteó como hipótesis la siguiente:

El SOP, como trastorno psicossomático, se relaciona con conflictos no apalabrados en la historia de vida de la mujer frente a las nociones de: ser pareja, ser madre y/o ser mujer.

El fundamento de esta hipótesis está en varios puntos que se explicarán a continuación. Para empezar, el SOP está considerado como “trastorno psicossomático” y no encasillado como fenómeno psicossomático ni síntoma conversivo. Se deja abierta la posibilidad de discusión, según los datos recogidos, sobre si el SOP es lo uno o lo otro y qué tanto de simbólico tiene. Pero, para la hipótesis, se define como “trastorno” para referirse a algo más general, que ocurre en el cuerpo de una persona y sobre lo que algo se puede decir (Rodríguez, 2009).

La cuestión de los “conflictos no apalabrados” también es algo que se valorará en el discurso de las mujeres que participaron de esta investigación. La hipótesis se formula de esa manera para proponer que si algo se ha expresado en el cuerpo, en lo real, tal vez sea porque no ha sido simbolizado por la persona, o que la puesta en palabras del conflicto no sea tan probable para el sujeto.

Los temas de conflicto propuestos son las nociones de la persona sobre el ser pareja, madre y mujer. Éstos serían los temas donde en la historia, vida particular y psiquismo de la mujer con SOP se podrían encontrar los conflictos inconscientes. Como se ha visto a lo largo de este trabajo, la elección de estos temas puede encontrar sustento desde dos lugares. Primero, de

manera general, como temas relacionados al proceso de subjetivación y sexuación de los sujetos, donde los efectos de los conflictos podrían encontrar lugar en dichas temáticas y en la somatización en sí. Por otra parte, de manera más específica y recogiendo lo dicho en el apartado anterior, un conflicto con la propia femineidad podría relacionarse con la afectación del esquema corporal sexual (ovarios). Además, este conflicto con lo femenino podría irradiar a la manera en la que la persona hace pareja o concibe la maternidad o la relación con la propia madre.

En la entrevista, se agregó una sección sobre las identificaciones con ambos padres, ya que a lo largo de la revisión teórica, se ha visto la necesidad de considerar qué tanto la persona ve el lado fértil de lo femenino y lo masculino en sus figuras parentales.

Tabla No. 1
Hipótesis y Metodología

Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología y Técnicas
El SOP, como trastorno psicosomático, se relaciona con conflictos no apalabrados en la historia de vida de la mujer frente a las nociones de: ser pareja, ser madre y/o ser mujer.	Independiente: Conflictos no apalabrados en la historia de vida de la mujer frente a las nociones de ser pareja, madre y/o mujer.	Discurso de la mujer referente a su relación con la maternidad, la noción de pareja y/o la relación con su propia femineidad.	TAT, selección de láminas. Entrevista semiestructurada.
	Dependiente: Presencia o ausencia de SOP.	Diagnóstico asignado por el médico especialista.	Entrevista semiestructurada.

La variable independiente de la hipótesis es: conflictos no apalabrados en la historia de vida de la mujer frente a las nociones de ser pareja, madre y/o mujer. Se refiere al contenido emocional entramado en el vivenciar de la persona y la investigación pretende identificar la presencia o ausencia de conflicto y discutir qué tan apalabrado o inconsciente está. Los indicadores de esta variable son: el discurso de la mujer referente a su relación con la maternidad y su propia madre, la noción de pareja y/o la relación con su propia femineidad.

La variable dependiente de la hipótesis es la presencia del SOP y se refiere a si la mujer tiene o no este diagnóstico. Además se recolectó información acerca de cómo los síntomas y el diagnóstico afectó a la persona. El indicador es la presencia o ausencia del diagnóstico asignado por el médico especialista y la historia o afectos alrededor de este hecho.

En cuanto a la metodología, primero se procedió a una revisión teórica que quedó plasmada en los capítulos precedentes (1 y 2) de esta disertación. A partir de esta investigación bibliográfica,

se planteó la hipótesis de investigación antes explicada. Luego, se procedió a diseñar los instrumentos para la recolección de información. Así, se obtuvo la guía para la entrevista semiestructurada que está dividida en 6 secciones, con preguntas relativas a cada sección: datos generales, datos sobre la salud (incluida la historia del SOP si fuera el caso), sección sobre los padres y las identificaciones con ellos, sección de la madre y la maternidad, pareja y femineidad. De igual manera, se realizó un análisis de las láminas del TAT para elegir aquellas donde fuera probable proyectar afectos relacionados con las áreas de interés para la investigación. Así, la selección fue de diez láminas, planificando que la persona pudiera proyectar sobre los temas definidos, de esta manera: la maternidad o la madre (7NM, 12M, 18NM), la femineidad (2, 3NM, 8NM), la pareja (4, 10, 13HM) y el padre (6NM). De igual manera, se redactó el consentimiento informado que se presentaría a las participantes.

Una vez listos los instrumentos, se realizó un pilotaje con tres mujeres que cubrían las características de la población de 10 mujeres elegida como muestra de investigación. En dicho pilotaje, dos de las mujeres tenían diagnóstico de SOP y una no lo tenía. Como resultado del proceso, se obtuvo la versión final de la entrevista semiestructurada (Anexo 1) haciendo algunas correcciones, y se redujo a nueve láminas del TAT seleccionadas para la investigación, ya que la lámina 3NM probó no agregar información que no pudiera ser obtenida por las otras láminas. Sólo esta lámina quedó excluida teniendo la siguiente distribución por temas: la maternidad o la madre (7NM, 12M, 18NM), la femineidad (2, 8NM), la pareja (4, 10, 13HM) y el padre (6NM). De igual manera, como resultado del pilotaje, se obtuvo la duración de todo el proceso: en promedio una hora u hora y media por cada participante (alrededor de una hora en la entrevista y veinte minutos en el TAT aprox.). Así, se hicieron también las últimas modificaciones del consentimiento informado (Anexo 2).

La población o universo son las mujeres entre los 20 y 30 años de la ciudad de Quito. La muestra fue de 10 mujeres: 5 de ellas con diagnóstico de SOP y 5 de ellas sin dicho diagnóstico a la fecha. La técnica aplicada para el muestreo fue una de tipo discrecional, coincidente en este caso con la intencional o de conveniencia. En ocasiones se utilizó también el método tipo bola de nieve para completar la muestra, a partir de un primer muestreo del tipo antes indicado. Una vez recolectada la información mediante grabación de voz y apuntes, se realizó su procesamiento, en especial de manera cualitativa, comparando el discurso del grupo de mujeres con SOP con el del

grupo sin dicho diagnóstico. Se tabuló la información obtenida por cada participante: realizando una tabla para la información de la entrevista, otra para la información del TAT y otra a manera de síntesis o conclusión de ambas fuentes de información. Todas las tablas, se dividían en los temas de interés: la de la entrevista en sus seis secciones, el TAT en sus cuatro secciones y la tabla de conclusiones en los temas: madre o maternidad, padre, pareja y femineidad. Cabe mencionar que una participante quedó excluida del estudio (con ella fueron 11), ya que después de haber recolectado su información, no estaba claro si tenía o no diagnóstico de SOP, por lo que no fue posible incluirla en ninguno de los dos grupos, siendo excluida.

3.2 Población

A continuación se expondrá la información básica de la muestra sobre la que se realizó el estudio. Se trata de 10 mujeres quiteñas de entre 22 y 24 años a las que se les aplicó la entrevista y las láminas del TAT antes mencionadas. La siguiente tabla resume la información sobre las participantes de este estudio:

Tabla No. 2
Población participante en la investigación

Participante	Ciudad	Edad	Ocupación	SOP	Otras condiciones
1A	Quito	22	Estudiante universitaria	NO	Dermatitis atópica
2A	Quito	24	Estudiante universitaria	NO	Hernia discal
3A	Quito	23	Estudiante universitaria	NO	Asma
4A	Quito	24	Arquitecta	NO	Ninguna
5A	Quito	24	Educadora inicial	NO	Fibrosis quística
1B	Quito	24	Profesora y estudiante universitaria	SÍ	Rinitis alérgica
2B	Quito	23	Estudiante universitaria	SÍ	Rinitis alérgica e hipotensión
3B	Quito	23	Estudiante universitaria	SÍ	Ninguna
4B	Quito	24	Estudiante universitaria	SÍ	Ninguna
5B	Quito	24	Profesional en agencia	SÍ	Ninguna

Como se ve en la tabla, las participantes han sido nominadas con números y letras. El grupo del 1 al 5 con la letra A, corresponde a las cinco participantes que no tienen el diagnóstico de SOP. Mientras que el grupo del 1 al 5 con literal B, corresponden a aquellas cinco participantes que sí tienen SOP. Esta nomenclatura es importante, ya que el estudio es un análisis comparativo entre

estos dos grupos. La última columna menciona otras enfermedades o condiciones de salud que la participante haya mencionado.

La siguiente tabla es un registro de los tiempos aproximados de aplicación de ambos instrumentos, para cada participante, en minutos:

Tabla No. 3
Tiempos de aplicación de los instrumentos por cada participante

Participante	Tiempo de entrevista	Tiempo de TAT	Tiempo Total
1A	30	15	45
2A	40	20	60
3A	40	10	50
4A	30	20	50
5A	40	20	60
1B	70	20	90
2B	40	20	60
3B	35	15	50
4B	70	20	90
5B	40	25	65

Esta tabla será mencionada en el apartado de “Discusión”, más adelante. Por ahora, nótese la diferencia de tiempos entre las participantes del grupo A (sin SOP) y las del grupo B (con SOP). Las del grupo B, en promedio, tardan más que las del grupo A.

3.3 Análisis de resultados

La información fue procesada de manera que quedaron dos grandes tablas por cada participante: una que recolectó la información de la entrevista dividida en sus temáticas y otra del TAT, también por temáticas. Además, dichas tablas tenían dos divisiones: en una parte se transcribió la respuesta literal de las participantes o parte de ella, y al lado se escribió el análisis que se realizaba de esas respuestas.

Debido a la extensión de las tablas mencionadas, no resultaron prácticas para mostrar la información aquí, pero sí para procesar la misma. A partir de allí, se realizaron otras tablas que faciliten la exposición de la información en este trabajo, siendo cada vez más selectivos en la

información elegida como relevante, ya que la información bruta por entrevista y TAT resulta demasiado extensa para ser detallada en este trabajo. Por cada participante, se presentará una tabla de resumen en la que constarán dos tipos de información por tema analizado. Por una parte, se mostrarán ciertos fragmentos literales del discurso de la participante que se hayan considerado relevantes, de manera que se pueda tener una idea básica de por qué se obtuvieron las conclusiones o el análisis expuesto a su costado. Es importante recalcar que estas tablas son una síntesis, y que la información completa grabada en cada entrevista, junto con la información no verbal transmitida en la misma, son fuentes de información amplias que fueron consideradas para extraer las conclusiones o resúmenes expuestos. Así, el análisis es cualitativo, siendo el discurso de las participantes una fuente de información extensa, difícil de cuantificar y tabular.

Cabe decir que los resúmenes se basan en la subjetividad y en la realidad psíquica de cada participante. Por ejemplo, si se afirma que la relación con su madre es prevalentemente positiva, no se quiere afirmar que de hecho así lo sea como una realidad fáctica, sino que eso es lo que ha transmitido la participante en su discurso, desde su psiquismo y subjetividad. Se tratan de afirmaciones a partir de los sentidos y significados que cada participante ha transmitido.

También se debe mencionar que, en la mayoría de los casos, el TAT no aportó mucha información nueva que no haya sido mencionada antes en la entrevista, sino que los contenidos proyectados corroboraban o coincidían con lo dicho en la entrevista. Esto, exceptuando un par de casos donde el TAT arrojó aspectos novedosos, no dichos ni percibidos en la entrevista.

3.3.1 Resultados del Grupo A (sin diagnóstico de SOP)

Tabla No. 4
Participante 1A

Temas	Citas entrevista	Resumen/Análisis entrevista	Citas TAT	Resumen/Análisis TAT
Madre	"mi mami es hermosa...ósea es linda, creo q es una señora muy dadora" Relación: "¡chévere! Creo que es la única persona con la que, en mi familia, desde que era muy chiquita, podía contarle todo, confiarle todo, y no sentirme juzgada; con ella me llevo súper bien" Influencia en su vida: "en seguir mis sueños, positivamente siempre mi ma"	Expresa afectos positivos con respecto a su propia madre y a la maternidad en sí. Es capaz de definir y reconocer otros aspectos que no le gustan de ella y de los que busca diferenciarse, pero esto no genera mayor conflicto. También identifica rasgos positivos y con algunos se identifica. En general, prima un afecto positivo en lo que la participante expresa sobre su madre, como la cercanía, buena relación e incluso admiración, sin llegar a ser un discurso idealizado. En su deseo de ser madre se considera al hijo como ser diferente y respetado como tal.	"Ella sintió un lazo fuerte con su nana como si fuera su madre, la quiere mucho, pero en el presente está enojada. En el futuro ojalá que la nana se quede pues, hasta que nazcan los hijos de ella y también les cuide" "En el pasado se llevaban ¡súper bien! Pero ahora ella ya no quiere hacerle caso"	Afectos positivos. Buena relación. Estabilidad a pesar de no estar de acuerdo. Amor.
Padre	"a mi pa, un señor muy cerrado y conservador y cuadrado, pero que tiene mucho amor y es compasivo y amoroso"	Es capaz de identificar aspectos positivos que ha obtenido de él, como el ser alegre. También identifica aspectos en los que no le gustaría ser como él, como en la falta de flexibilidad. En general se percibe una buena relación con el padre, aunque algo más distante que con la madre.	"el papá también se fue lejos, pero por trabajo, no por divorcio. Les dejó a ellos ahí para que trabajen" "vivían los dos y un hermano más. Pero el papá no está"	No está. Pero lo menciona de esa forma.
Pareja	"No sé quién soy, ahorita" "Mis intenciones de tener pareja van cambiando, para mí tener pareja era tener alguien que me [...] consienta, cosas así. Pero ahorita digo no [...] quiero yo también producir ese amor" "supuestamente las mujeres no pueden hacer algo por un chico [pero] no va por ahí tampoco lo que yo quiero"	Como en todo su discurso en general, se nota que la participante está pasando por un proceso de duda y reconstrucción de sus propios esquemas de vida, en especial religiosos. Esto se refleja en todas las áreas, en particular en la de la pareja. En general, se perciben afectos positivos o de ilusión frente a la noción de hacer pareja, sin embargo, se cuestiona el cómo le gustaría hacerlo, ya que tiene creencias y opiniones contradictorias frente a lo que espera de una pareja o en una relación. Reconoce aspectos negativos y positivos en la relación de sus padres, como ejemplo o referente de pareja.	"En el pasado fue una mujer que creía tener todo y estaba bien y tenía su familia y le daban todo, y ahora que está sola sola se cuestiona: ¿qué será que realmente quiero? En el futuro no séee. Tal vez sí se case, pero parece que no va a ser feliz nunca" "Dos novios que se quieren mucho. Él le quiere un montón y ella está en su pecho. Parece que se quieren, es una muestra de amor muy bonita. Él le ama y ella se siente amada con él. Le da un abrazo, le corresponde. En el pasado tuvieron muchos conflictos y todo, pero después decidieron estar juntos"	Prevalece un ideal de matrimonio y el estar con alguien toda la vida. Pero es un ideal de momentos muy cuestionado y de momentos muy anhelado. En general la noción de pareja tiene tintes de afectos positivos.
Femineidad	"Ay no, horrible [...] no sé qué es ser mujer, ese es mi dilema de ahora" "No sé" "Amor, sensualidad, belleza" "Lo mejor ser madre [...] lo peor es ser tan complejas, bueno, yo me siento ful compleja" "los roles son complejos en la mujer" Femineidad: "Seguir lo que yo quiero y siento" Tú? "Bastante" femenina. "Puedo ser una mujer que elija" "Bailar con lo que eres"	De igual manera, prima la duda, en especial por el cuestionamiento hacia lo que culturalmente está impuesto como nociones de femineidad, desde su familia y por creencias religiosas también. Sin embargo, al dar una respuesta personal, se notan afectos e ideas positivas frente al hecho de ser mujer y de su propia femineidad. Se considera a sí misma bastante femenina y transmite mucha aceptación de su propio cuerpo y de su propio ser. Relaciona el ser mujer con maternidad y le agrada.	"Me parece que en el futuro ella no se va a ir, va a seguir ahí, van a pasar 5 años y va a estar ahí mismo. Le veo ahí mismo ¡con la misma cara! Por más que quiso salir y correr después de 5 años está ahí mismo y no hizo nada" "Ella está mirando para acá y tiene sus propios anhelos, deseos, ¡capaz quiere salir de su casa! Y siempre hay una vieja curuchupa!: 'no hagas, noooo'"	Parece que asocia femineidad con una lucha de querer irse, pero como si la mujer tuviera que quedarse con lo establecido necesariamente, la satisfaga o no. En cambio, las figuras masculinas de sus historias tienden a irse si quieren, como gozando de más libertad. Proyecta sus propias nociones sobre la femineidad expresadas en la entrevista. Su conflicto con los roles y lo esperado en la cultura, sin embargo tiene claro que no necesariamente es así. Y esa es su incertidumbre actual.

Tabla No. 5
Participante 2A

Temas	Citas entrevista	Resumen/Análisis entrevista	Citas TAT	Resumen/Análisis TAT
Madre	"Mi mami es una persona que se ha sacrificado mucho, siempre ve por el bien del resto" "Considero que es una muy buena madre" "Hay ejemplos de ella que a mí me gustaría tener cuando sea mamá"	No se refiere explícitamente a la relación con su madre para definirla, pero sí menciona que ahora es más cercana que antes. Tal vez la distancia se debía a que a su madre le cuesta comunicar afectos. Sin embargo, en general, se expresa en buenos términos sobre su madre y destaca la admiración que siente por ella como modelo de madre y de esposa. Frente a la noción de maternidad prima un afecto positivo. Su deseo de ser madre no se define por sí mismo, sino por las circunstancias que hagan posible para la participante considerar ser madre como algo deseable	"La abuela tiene un sentido mucho más de madre con el bebé nuevo y la niña es indiferente y de alguna manera ¡está bien! Porque no tiene la edad adecuada para tener un bebé y entender lo que es" "Era una mamá muy unida a su hijo, y quería ver que crezca, que crezca más (risas). Y en el futuro veo que se muere el hijo o la hija y la mamá pasa triste mucho mucho tiempo pero en algún punto lo va a superar y va a estar bien"	Afectos positivos, le cuesta imaginar cuestiones negativas cuando la lámina lo incita. Nociones de maternidad referentes a la responsabilidad, al amor, al saber asumir el rol en el momento adecuado y a saber afrontar las pérdidas de un hijo o las separaciones de éstos.
Padre	"Mi papá, el sí es mi más grande ejemplo" "Es súper inteligente, siempre nos incentiva a buscar las cosas por nosotros mismos"	Una relación muy cercana y positiva con su padre. Lo admira muchísimo y es su modelo a seguir en varios aspectos. Lo menciona repetidas veces, se nota un poco más de cercanía con él. Lo incluye en las respuestas a las preguntas referidas exclusivamente a su madre. Sus padres están vistos más en conjunto que por separado.	"¡Es la esposa del hijo! (risas). Y en el futuro ella le va a decir no, y todos se pelean en la familia porque se enteran que el señor le propuso cosas <i>heavies</i> a la nuera (risas) ¿¡Qué más puede ser?! Ósea ¡no es el papá y la hija ya!" "su papá está súper enfocado en el trabajo, le da importancia a lo que está haciendo"	Edipo y no incesto proyectado en la lámina. Padre trabajador, no lo menciona más.
Pareja	"He aprendido a valorar una relación a distancia, a respetarla" "Tenemos mucho amor" "Hacemos planes a futuro" "Sí han sido mi ejemplo de pareja" "No sé exactamente cuál sea mi motivación, pero sé que casi en ningún momento en mi vida he estado sola"	Tiene expectativas y nociones positivas con respecto al hacer pareja en general. Considera que a ella también le cuesta expresar sus afectos, como a su madre, pero que su pareja actual le ayuda y le entiende en eso. Está satisfecha en su relación actual, aunque reconoce aspectos que le preocupan. Considera a sus padres como un buen modelo de pareja del que ha aprendido por ejemplo y palabra. Prefiere estar en pareja que sola.	"Ya cuando pasaron muchas etapas de su vida juntos, ya están sin hijos, sólo están los dos. Se les ve tranquilos, como que lograron muchas de las cosas que querían" "Creo que les costó tomar la decisión de irse a vivir solos, por eso tienen pocas cosas, están un poco limitados, pero están juntos"	Prevalece una noción de pareja que se mantiene junta con amor y realismo. Hay referencias al trabajo de una pareja y al cariño en una relación que contempla la posibilidad de conflictos, desacuerdos y rupturas.
Femineidad	"Para mí sí está bastante ligado con maternidad" "El hecho de que yo soy mujer y pueda demostrar muchas más cosas, me motiva" "Estoy mal antes de menstruar, estoy mal durante y estoy mal después, entonces me quedan dos días de estar feliz bien, ¡ósea nunca! (risas)" "Ser delicada, tener buen gusto, entender que eres una mujer y que tienes que mostrarte al resto como una mujer" "Me gusta el fútbol [...] entonces no sé si eso me quite femineidad de alguna manera, pero también me gusta un montón la ropa, me gusta verme con un vestido [...] que me coqueteen [...] entonces creo que es algo complementario"	Tiene una noción mixta del ser mujer, donde lo positivo prevalece. Considera el ser mujer ligado con la maternidad y el hacer familia. Piensa que mostrar en sociedad que ciertas ideas machistas no son ciertas es algo positivo de ser mujer. Sin embargo, considera al ciclo hormonal como una desventaja frente a los hombres, por la inestabilidad emocional que genera. Considera que femineidad se relaciona al mostrarse mujer a los demás y ser atractiva para el otro sexo. Frente a la consideración personal de femineidad, ella se siente bastante femenina y no deja que ciertos gustos como el fútbol o el haber crecido jugando con su hermano le cuestionen su femineidad. Prevalece el sentirse femenina y la aceptación de su cuerpo y su ser.	"Los papás parece que quieren hacer exactamente lo que han venido haciendo y su hija quiere hacer algo diferente. Quiere estudiar, salir, tener una profesión. Va a salir y ¡no sé! Va a ser doctora (risas) y no se va a quedar en el pueblo, va a ir a la ciudad y eso"	Proyecta la imagen de una mujer empoderada que puede hacer lo que desee. Lo femenino en sus historias está relacionado a la maternidad y a la pareja.

Tabla No. 6
Participante 3A

Temas	Citas entrevista	Resumen/Análisis entrevista	Citas TAT	Resumen/Análisis TAT
Madre	"Y mi mamá, con ella es complicado, porque nunca fue mi mamá ¿me cachas? Siempre fui su par. Entonces es una persona... es una buena persona" "distante en el sentido de que no hay comunicación, cercana en el sentido de que hacemos cosas la una por la otra que a veces uno dijera 'ah, eso está demás'"	Relación de cariño con su mamá expresada en actos, pero cierta distancia en la comunicación verbal. La participante desea ser diferente a su madre como modelo de maternidad y femineidad, por tanto, prevalece la consideración de su madre como modelo carente en dichos aspectos. Tiene buena capacidad para expresar esto en palabras. Aprecia cosas de su madre, pero reconoce dichos defectos como modelo. Su apreciación de la maternidad es muy buena a pesar de haber sido ya "madre de sus hermanos".	"la mamá se siente súper bien porque le encanta leer, y leer en voz alta es lo mejor, y a la hija le gusta lo que le lee, entonces están ahí súper bien juntas" "y su madre se está sintiendo un poco abandonada o decepcionada de ella, porque no le sigue en lo que ella hizo"	Proyecta buenas relaciones entre hijos y madre. Con sentimientos positivos, de confidencialidad, confianza, amor y cuidado. También algo de conflicto, que podría tener relación con su identificación negativa con la madre.
Padre	"Mi papá es obsesivo tal cual Freud así. Y es cariñoso ¿no? (explica que hay muestras de cariño detrás de su apariencia obsesiva o dura)... es cariñoso"	Reconoce elementos positivos de su padre en muestras de cariño y está conforme con sus identificaciones.	"puede ser alguien que viva en la casa, una casa, en su casa, un tío o un papá o alguien"	No nombra al padre o sustitutos y si los nombra, no se mencionan afectos de ningún tipo. Muestra cierta resistencia.
Pareja	"Yo creo mucho en el tiempo de Dios, por eso creo que sólo no es mi tiempo para tener una relación tan estable como para casarme o irme a vivir con alguien"	Nociones positivas frente al hacer pareja, a pesar de haber tenido "mala racha" recientemente. Cree que llegará el tiempo justo de encontrar alguien adecuado para ella. Pero actualmente, está muy satisfecha consigo misma y sus proyectos, sin pareja.	"ella, al insistirle, él se da cuenta de que en serio sí le quiere, entonces se quedan juntos" "Mientras él cierra los ojos y le da un beso, ella le corresponde abrazándole y se quieren un montón" "Entonces yo me imagino que es como una noche después de la farra así, solo que es al revés, él se lamenta lo que hicieron y ella en cambio duerme plácidamente"	Proyecta conflictos que se resuelven y mucho cariño entre hombre y mujer. También se proyecta la creencia social de que en una relación sexual casual, la mujer se avergüenza. Pero, destaca que en su historia ocurre al revés.
Femineidad	"Es algo así como que ser súper valiente, porque tú tienes que eh, tú tienes que hacer muchas cosas y aun así el mundo te va a poner un pero" "Lo mejor creo que es todo, porque siempre estamos cambiantes, ósea, literalmente, nuestras hormonas nos vuelven cambiantes, entonces nunca vas a ser la misma en el recorrido del tiempo. Entonces es lo mejor, porque siempre tienes que estar descubriéndote. ¡Aparte! ¡La moda es increíble!" "Entonces yo sé que soy femenina y que puedo levantar miradas" "y de ahí, ¿qué me gusta? Yo creo que en general, ahora, me gusto toda"	Una postura mixta. Hay aspectos como la moda y el "todo" de ser mujer que se expresan con afectos agradables. El estar conforme y feliz de ser mujer predomina, el verle el lado bueno y el aceptarse a sí misma como tal. Sin embargo, también menciona con bastante claridad ciertas presiones culturales que no le gusta llevar encima y que piensa que se dan por ser mujer. Femineidad como ser bonita y sentirse bonita, fuera como fuere su apariencia. Destaca el aceptarse a sí misma, por encima de no gustarle su peso y reconocer que ha sido un tema conflictivo para ella. Su rol de femineidad ha sido tomado de otros lugares, ya que considera que su mamá no ha sido buen modelo de lo femenino. No cuestiona su propia femineidad.	"Ella se está sintiendo un poco preocupada, porque al cambiar de vida, del campo al estudio, es como, no sabe si está haciendo lo correcto" "La chica lo está siguiendo a él, pero él se está haciendo el difícil, entonces ella tiene que convencerle"	Admite la posibilidad de cambios y flexibilidad en los roles que impone la sociedad, pero también muestra aceptación de los roles como están dados. En conjunto, proyecta conformidad con lo que la cultura dice sobre ser mujer, pero también toma un papel empoderado, flexible al cambio.

Tabla No. 7
Participante 4A

Temas	Citas entrevista	Resumen/Análisis entrevista	Citas TAT	Resumen/Análisis TAT
Madre	"Mi mami es la persona, es líder, ósea es súper exigente. Da la vida por sus hijos" La relación "es súper linda, súper estrecha, súper dependiente" "Tal vez desde q entré a la universidad, un poquito hemos empezado a chocar en ciertos aspectos, pero no son fuertes como para dañar la relación que hemos mantenido hasta ahora"	Muy buena relación, de mucha admiración e identificación positiva como persona, como mujer y como madre para ella. Reconoce desacuerdos, pero que no son fuertes como para dañar la relación. Priman sentimientos positivos como admiración, especialmente de su manera de ser madre. Quiere ser madre en un futuro después de cumplir ciertas metas, y quiere ser una mamá como la suya.	"Y la madrastra trata de convencerle, no es una mala persona, más bien trata de convencerle y decirle que ella también es importante, pero que el bebé sobre todo, porque es quien más necesita cuidados"	Buenos afectos, desacuerdos que se concilian. Como en todo el TAT, prima que sobre el reconocimiento del conflicto, siempre hay una solución al alcance del personaje; es capaz de lograr lo que quiere o conciliarse con los demás. Madre como figura de seguridad, cuidado, cariño y conciliación.
Padre	"Súper trabajador, súper responsable, súper caballero con mi mami. Detallista. Igual como padre lo admiro, igual ha dedicado su vida a sus hijos"	También ve el lado fecundo de su padre y lo admira. Igual que con la mamá, buenos afectos y reconocimiento. Le siente como buen padre, buen hombre.	No aparece en TAT.
Pareja	"estoy tranquila. No siento que necesito tener a alguien para estar feliz. Sin embargo, tampoco estoy cerrada a no estar con nadie" "tal vez que la relación siempre es muy sincera. Siempre ha sido muy entregada de parte y parte, de parte mía y de parte de él. Siempre ha sido muy recíproca"	Tiene nociones de pareja muy equilibradas, de no necesitar una para estar feliz, pero disfrutar de esas experiencias y aprender. Apoyo y reciprocidad en el amor.	"Tal vez el viejito está ya muy mal de salud, como que está tal vez en un hospital o está a punto de fallecer [...] y la viejita fue el amor de su vida y quiere acompañarlo hasta el último momento, estar junto a él"	Buenas nociones de pareja. Proyecta amor, cariño y apoyo de manera estable, pero también sana aceptación de las separaciones.
Femineidad	"Ser mujer, es, ser, el núcleo de todo, tanto familiar como socialmente, eres responsable de muchas cosas" "hay ciertos casos en que una también quiere ser como que el cuidado, el como que, siempre estás visto como una princesa o ¿algo así? Entonces eso me gusta de ser mujer. ¿Qué no me gusta?, que el tiempo de una mujer para tener éxito es muy corto" "me considero muy femenina [...] ósea como que no busco ser... como demostrar, como que, tampoco competencia con un hombre, como que en fuerzas en cosas así, no. Como fuerza física, mas no fuerza intelectual"	Se siente femenina y le gusta. Prima lo positivo sobre la femineidad y el ser mujer, aunque reconoce ciertas dificultades con claridad. Liga una dignidad especial al ser mujer, al igual que la noción de éxito y seguridad; al mismo tiempo que delicadeza, pero no debilidad. No ve necesario el competir con el otro sexo y disfruta de la noción de poder ser vista como vulnerable "como princesa que cuidar" y a la vez ser segura y exitosa. Le gustan ambas cosas, no confunde con debilidad, sino que lo disfruta. La aceptación a sí misma es palpable.	"¡La monja se va a revelar! ¡De ley! ¡Se sale del convento, así! ¡Se va en busca de su amor, así!" "Yo creería que después la mamá cede y que la chica logra ir a la universidad y triunfa. No sigue con la tradición, pero encuentra cierto apoyo y apego hacia su hacienda, porque a la final fue el lugar donde creció y trata de administrarlo como poniendo personas externas, y ella cumple su sueño de ser una profesional" "como que a la final ella va a lograr todo lo que quiera"	Prima el equilibrio, afectos de serenidad. Historias de mujeres que saben sus metas y tienen mucho sentido y proyectos en su vida, que logran alcanzar. No se acoge a dificultades, miedos u obstáculos sino que los supera. Lograr objetivos. Éxito. Felicidad. Proyecta noción de ser bien tratadas en relaciones de pareja como normal y ve como anormal que no sea así.

Tabla No. 8
Participante 5A

Temas	Citas entrevista	Resumen/Análisis entrevista	Citas TAT	Resumen/Análisis TAT
Madre	"a mi mami le describiría como una persona muy generosa, con un buen carácter, de sangre liviana" "En el pasado, cuando estaba en el colegio, era tenaz la relación, sí, súper caótica" "Ahora está muchísimo mejor la relación, ya lo veo desde otra perspectiva" "está mucho mejor la relación con mi mamá"	Afectos positivos hacia la maternidad, tanto en sus anhelos propios a futuro, como en la relación con su madre. Refiere que la relación no es perfecta, pero que es una mejor relación de la que era en el pasado, cuando ella era adolescente. Intenta conscientemente comprender a su madre, rescatar lo bueno de ella y de lo que le ha enseñado. Le da énfasis a eso, pero también es capaz de mencionar lo que le ha molestado o faltado de su parte.	"Entonces ella está por un lado ansiosa porque quiere irse a jugar y distraerse pero a la final se queda obediéndole a su madre" "y la hija como que sólo le hace entender a la mamá que no, que no exagere[...] no siempre tiene que estar tratándole como una niña, porque ya no es una niña"	Se proyecta una madre amorosa, pero también sobreprotectora como muestra de ese amor. Y una hija que a veces cede ante sus deseos, pero a veces, mediante el diálogo, intenta parar la sobreprotección. Se proyecta una transición o diferencia entre la relación madre-niña y madre-mujer, cuando ésta crece.
Padre	"De mi papi, es una persona, una persona, eh, como que seca, a él también le cuesta expresar lo que siente, pero bastante. Creo que también es una persona de trato súper bondadosa y súper buena. ¿Qué más? Tiene un carácter más jodido [...]le cuesta, creo yo, hacer lazos afectivos con la gente" "que tal vez por no tener un vínculo afectivo, digamos en el caso de mi papá, como me hubiera gustado, sé que eso me genera también un montón de inseguridades"	Parecería que hay conflicto con la figura del padre más que con la de la madre. Aunque es capaz de mencionar aspectos buenos de su papá, su lado fecundo y lo que le ha dejado a ella; el énfasis está en su falta, ausencia o distancia y cómo eso le ha marcado. Quiso haber tenido una relación distinta con su padre.	"Le buscaba a su papá justamente para contarle cómo se siente en general" "Después de eso se van juntos a comer y a matarse de risa y acordarse de lo que pasó ese rato" "Ema se nota asustada porque su papá le está hablando"	Proyecta historias que pueden ser de cómo le gustaría que fuera la relación con su padre, dos veces. Ilusión de cercanía, de compartir momentos con él y saberlo preocupado por ella. Y una vez proyecta un padre que se presenta con mal carácter y que por ello inspira algo de temor.
Pareja	"Hay muchísimo amor y que es una relación súper sincera, en todo sentido" "Siempre busco, como que, justamente, eh, a la final alguien que se preocupe de mí, o yo preocuparme de esa persona" "Compartir mi vida a la final, mi vida, mis gustos con otra persona" "y esa reciprocidad"	Menciona buenas experiencias que le han dejado aprendizajes. Actualmente se siente bien con su relación de pareja. Se esfuerza por hacer pareja de una buena manera, sin ser como sus padres, sino comunicándose y con reciprocidad. Le interesa mucho no preocuparse mutuamente como si fuera una relación paternalista hacia cualquier lado, porque siente que ya le ha pasado y que una pareja no se trata de eso.	"Su actitud es esperarle, preocuparse, ayudarle en lo que pueda ayudar y luego de eso hacen el plan que habían quedado"	Proyecta relación de pareja con reciprocidad, positiva, en la que no hay conflicto. Puede ser su ideal, tanto como su experiencia. También se proyecta un poco de esa preocupación por el otro que también es amor, pero que le causa algo de conflictos. Sobreprotección y amor; como tema y dinámica importante en la relación con sus padres, y también con parejas.
Femineidad	"me encanta ser mujer. La verdad. Me gusta, me siento bien identificada, siento que es, eh, no lo veo ni como el sexo fuerte ni nada, porque creo que cada sexo tiene sus cosas complementarias" "Me considero una persona femenina porque sé que siempre me encanta estar bien presentada [...] y algo que sí me gustaría decir es que pienso que [...] no por el hecho de que me encanta jugar fútbol, quiere decir que dejo de ser femenina [...] es más una actitud"	Menciona algunos temores o aspectos negativos como los dolores de parto, pero predomina una actitud positiva hacia la cuestión del ser mujer y de la femineidad. Lo que prevalece es lo que dice sobre que "le encanta" ser mujer, que repite varias veces. Ella sí se considera femenina dentro de su concepto que está bastante relacionado a la imagen estética, y al verse y sentirse bien. Menciona también que otros gustos, como el fútbol, no le hacen menos femenina. Hay mucha aceptación de sí misma también.	"está preocupada porque ni su mamá ni su papá están como que pendientes" "a la final ella decide mmm, simplemente como que pensar más a fondo sobre esto y buscar como que las maneras de pensar que a ella le parecen más lógicas y que van más acorde. Y tal vez justamente buscar las cosas que más le hacen sentir bien, como persona"	Proyecta a una mujer que en general está en buenos términos con los de su alrededor. Una mujer que es capaz de tomar ciertas decisiones, y de dialogar y negociar si le hace falta. Pero en otra ocasión también proyecta una mujer que depende mucho de la aprobación de sus padres. Existen ambos aspectos, como en una transición. La actitud principal de ella, proyectada, es resolver problemas mediante la auto-reflexión.

En el apartado de “Discusión” se tratará detalladamente sobre las diferencias encontradas entre el grupo A y B. Nótese de momento que el conflicto no está totalmente ausente en el discurso de estas participantes del grupo A. Sin embargo, parecería que el énfasis que cada una da a lo que dice, rescata los elementos positivos más que los negativos, a modo general.

3.3.2 Resultados del Grupo B (con diagnóstico de SOP)

Las cinco tablas que siguen son de las participantes con diagnóstico de SOP. Antes de cada una, se esbozará lo que cada participante haya expresado sobre la historia de su diagnóstico de SOP y los afectos a ello relacionados.

La participante 1B nombra el SOP cuando se le pregunta sobre enfermedades importantes, a diferencia de otras participantes que refieren que no tienen nada, y después, al preguntar específicamente por el SOP, aclaran que sí tienen ese diagnóstico. Esta participante refiere que el tema del SOP es clave en su vida, ya que ella le ha dado un sentido simbólico y espiritual, relacionado a un episodio de abuso sexual ocurrido a sus tres años, pero del que se enteró hace un año, ya que lo había olvidado o tenía dudas de su ocurrencia. Este tema resulta bastante significativo para la participante, al punto que la mueve al llanto en un momento dado. También refiere que las mujeres de su familia, como su abuela o su madre, también tienen o tuvieron otros problemas de salud relacionados al aparato reproductor femenino. Ella considera que, desde su cosmovisión espiritual, el SOP y un quiste más grande en su ovario izquierdo, se deben a una acumulación de problemas emocionales en esa zona, relacionada con su femineidad y el episodio de abuso: “Toda esa carga yo sí siento que de alguna manera se fue acumulando, somatizando en esa parte de mi femineidad. No fue a otro lado, más que a lo obvio. Yo sí siento que es algo más psicológico y emocional lo de mis quistes, aunque obviamente tengo esa predisposición, pero para mí juega muchísimo, porque mientras más vaya trabajado eso, siento como que se deshacen. De hecho hubo un día súper clave, muy fuerte para mí espiritualmente, como de sanación [...] me dolió como si me arrancaran el quiste [...]”. Refiere que su trabajo sobre este tema es reciente, el último año. La historia alrededor de este hecho y sus significaciones son muy extensas y abarcan gran parte de la entrevista. Sus síntomas aparecieron desde sus 19 años, el

diagnóstico fue hace un año y actualmente está en tratamiento con pastillas anticonceptivas (el tratamiento más usual). Sus síntomas más molestos eran cólicos y acné que han mejorado, y el hirsutismo, que se mantiene.

Tabla No. 9
Participante 1B

Temas	Citas entrevista	Resumen/Análisis entrevista	Citas TAT	Resumen/Análisis TAT
Madre	"Le admiro muchísimo [...] Es una madre muy amorosa, muy luchadora, alegre" "En relación a mi mami, me gusta liderar [...] ósea no ser controladora, pero liderar" "Porque somos cercanas, a veces peleamos fuerte" "El acercarnos, a veces nos ha causado peleas más fuertes" "Es una relación fuerte" Ser madre: "Es como una misión en el mundo"	Relación cercana con su madre, en la que rescata lo positivo. Implícitamente, parecería que a momentos es una relación con mucha fusión, por lo que también se generan conflictos. Hay identificaciones positivas. Nociones agradables e idealistas sobre la maternidad.	"mientras tanto la nana va a querer ayudar a que le atienda como se debe [al bebé]"	Proyecta el rol de madre como algo que debe hacerse bien y con amor, y una madre que se apega a lo que se dice en la sociedad sobre el ser mujer.
Padre	"mi pa es súper carismático, inteligente, es chistoso" "es súper sensible y muy responsable. Es un papá cariñoso" "Cuando llegó mi adolescencia, yo no quería que mi pa me toque [...] la cosa se concentró en mi pa, más que en los hombres en general"	Buena relación en la que rescata lo positivo y en la que encuentra identificaciones positivas. Sin embargo, en relación a los problemas derivados del episodio de abuso, ciertas manifestaciones conflictivas se centraron en su padre.	Resistencia. No proyecta sobre este tema.
Pareja	"Creo que he estado con chicos que no eran compatibles, sino que yo les idealizaba" "Siempre, en mis relaciones, he entregado mucho" "en un momento, ya me siento vacía" "Pienso que en el amor no se debe medir" "¡Ahora quieren divorciarse! [...]Se puede acabar!" "Eso destruyó un poco en mí la idea del matrimonio"	Nociones idealizadas sobre el hacer pareja, en las que lucha por mantenerse, pero a la vez se encuentra con ciertas incertidumbres y cuestionamientos. Piensa que muchas veces el idealismo y el dar demasiado, le ha dado conflictos en sus relaciones. El idealismo afecta sus expectativas del otro y de sí misma.	"puede q hayan abusado de ella" "el man es un mujeriego [...] ella le quiere retener pero él quiere irse" "no es su esposa pero era como su amante, y un frenesí que tuvo de repente se salió de sí y le mató" "no me parece que haya una mala intención"	Muy pocas veces proyecta una relación buena. Prevalece la percepción de las figuras masculinas como agresoras (mujeriegos, de malas intenciones, etc.) A pesar de proyectar esto, en ocasiones, lo niega.
Femineidad	"desafío en este mundo" "me gusta muchísimo, tener ese rol en el mundo aunque también es difícil" "creo q ser femenina tiene mucho que ver con tu sensualidad" "yo sí siento que soy femenina [...] pero a veces quisiera sentir que tengo un poquito más de esa parte masculina, para hacerme más femenina, no sé si me hago entender [...] para mí femenina no es ser débil y cuando me siento débil y vulnerable siento que se pierde un poco eso, entonces tal vez lo veo como masculino porque no tengo otra palabra[...] no ser siempre toda una damita, sino que también ser fuerte"	Conscientemente, tiene nociones muy positivas, incluso idealizadas sobre la femineidad y el ser mujer. Sin embargo, a nivel implícito, existe conflicto con la femineidad, en especial con los significantes referidos a fuerza y debilidad. Asocia masculino con fuerte y femenino con débil, pero le es difícil aceptar esto, o conciliarlo de alguna otra manera. Este punto confuso en su discurso, cuestiona su femineidad de forma implícita. Su idealismo se traduce en una autoexigencia que también le impide sentir plena aceptación de sí misma.	"ella tiene que luchar para poder como limpiarse y hacer las cosas bien. Y así sentirse en paz" "esta mujer es alguien que lucha por salirse de lo común, al contrario de la otra señora del árbol" "una mujer que tiene una mente abierta para su época"	La lucha mencionada en su entrevista reaparece. Lucha y el demostrar que las mujeres pueden, diga lo que diga la sociedad. Cargada más bien de afectos de empoderamiento.

La participante 2B sí incluye el SOP dentro de sus condiciones de salud. No expresa ningún afecto negativo relacionado a tener SOP. Incluso considera que el diagnóstico y tratamiento han sido muy buenos para ella, ya que han mejorado sus síntomas de irregularidad y cólicos menstruales. Luego menciona que también mejoró el acné. Ella considera el hirsutismo como un rasgo heredado de su familia, debido a cuestiones hormonales como la elevación de testosterona, pero **no** considera que esto sea parte del SOP, lo cual resulta interesante, ya que médicamente lo es. Podría ser falta de información médica a este respecto, o cierto interés de conservar este rasgo como identificadorio de las mujeres de su familia, y no como algo dado por un síndrome, como algo más subjetivante. La cronicidad del SOP le molesta, pero no en sí mismo, sino porque no se considera constante para los tratamientos.

Tabla No. 10
Participante 2B

Temas	Citas entrevista	Resumen/Análisis entrevista	Citas TAT	Resumen/Análisis TAT
Madre	"Mi mami es igualita a mí. Es ful estresada" "Siempre he sido ful pegada a mi mami, toda la vida" "como las dos tenemos el genio súper fuerte nos peleábamos un montón, nos sacábamos los ojos. Terrible terrible terrible. Todos los días nos peleábamos por todo" "era ful estresante tenerle todo el día ahí (en casa)" "No quiero tener hijos. Nunca." "Es demasiada responsabilidad"	Relación compleja con la madre en la que hay mucha cercanía, posiblemente fusional en ocasiones. Relación que se describe de manera dual, con elementos marcadamente positivos y negativos. El exceso de cercanía causó problemas en algún momento. Ve el lado positivo de su identificación con rasgos de la madre, pero prima cierta disconformidad. No desea tener hijos nunca, y aun así esto le da algo de pena porque le gustan los niños.	"La hija ya acabó de hacer sus deberes y la mamá está leyendo poesías" "La mamá está descansando porque está embarazada, entonces está cansada"	No proyecta muchos afectos de la relación en sí. Pero se proyectan actividades operativas que realizan juntas, y se transmite cierta sensación de bienestar al compartir. Se asocia el embarazo a estar muy cansada.
Padre	"Me gustaría ser más relajada como mi papi, que es: todo fluye, todo llega, todo pasa. Él no se estresa" "Me parezco, que soy terca como mi papi y eso no me molesta, me da chiste que seamos tan tercos" "Ambos confiamos en que las personas son buenas, eso me gusta"	Describe una buena relación con su padre, donde priman los afectos positivos. Además, en sus identificaciones, encuentra el lado fecundo de su padre y quisiera parecerse más a él. Lo admira.	"Se pone feliz porque sabe que ya llegó su papá" "entonces llegó este señor a preguntarle, como que, si están bien, qué pasó o si puede ayudar en algo" "el papá va a cocinarles la cena y el rato que ella llegue ya va estar todo listo"	Afectos positivos y buena relación proyectados. Padre como trabajador. Y padre que escucha y comprende.
Pareja	"No me enganchara con nadie" "Yo literal sí me siento ful sola, entonces siempre de los siempre tengo alguien ahí" "Es la mejor y la peor relación en la que he estado toda mi vida" "En una semana podemos haber terminado tres veces y regresado cuatro" "Él es una parte de mí y yo una parte de él" "Es chévere sentirse así de libre" Nunca había tenido eso con nadie"	Es una relación que nuevamente se describe utilizando nociones duales, con marcados puntos positivos y negativos. Noción dualista, compleja y algo dependiente sobre el hacer pareja. El elemento fusional también está presente.	"Los dos están como que entre enojados y tristes y se pelearon porque él llegó ful tarde [...] y ella no sabía nada de él entonces se enojó ful y él sabe que hizo mal, entonces por eso intenta como amigarse, pero también le enoja que ella le controle" "Los dos piensan y sienten exactamente lo mismo" "Piensan en lo feliz que son, en lo afortunados que son" "Después de eso, ella se despierta y se da cuenta que él ya no está" "se pelean y se hacen de a buenas y así"	Proyecta fusión al hablar de las parejas de sus historias. Tanto cuando son sentimientos muy positivos como negativos. La pareja siente o piensa lo mismo. También proyecta el cansancio ante conflictos dañinos en la pareja, pero que inventivamente continúan.
Femineidad	"Todos los días hay algo que sólo por ser mujer te toca afrontar" Ser femenina: "ser débil" Femineidad propia: "Poco. Soy un chavo [...] soy poco femenina [...] por lo general soy bien varoncito [...] es como sentirte fuerte y empoderado de ti mismo, que va más hacia lo masculino, entonces ser femenina me molesta ful, y me molesta ful cuando me piden o me exigen sacar algo que a mí no me fluye, yo soy feliz así, siendo chavo, varoncito" "Influye ful que mi papi quería tener hijos hombres" "se enseña que el hombre tiene esta coraza que no muestra nada... y en mi casa a nosotras nos enseñaron a ser así"	Nociones negativas de la femineidad asociadas a ser vulnerable o débil. A ella le gusta ser fuerte, por lo que repele la femineidad, como ella la entiende. Disocia el ser mujer del ser femenina, viéndolos como dos conceptos que no tienen por qué estar relacionados. Existe un poco de paradojas al hablar de sus deseos frente al ser mujer, a veces quiere ser bastante femenina, pero predomina el rechazo a serlo. No se considera a sí misma muy femenina. Asocia lo masculino con ser fuerte, identificándose con ello.	"Ella está pensando en todo lo que tiene que hacer en el día, en todo lo que tiene que leer, en todo lo que tiene que entregar, y se siente tranquila porque hizo lo que tenía que hacer y sólo tiene que entregar" "Después de eso se va a ir a comer porque se da cuenta de que ya tiene listo todo y solo le falta, como que, arreglar un poco de cosas, entonces se puede ir a comer tranquila. Va a ir a estrenar su cocina nueva, en su nueva casa y está feliz por eso"	Proyecta mucho "lo que hay que hacer" en las láminas. Las mujeres siempre se sienten bien, pero porque han cumplido o terminado lo que tenían que hacer. También se da una noción de la maternidad asociada a cansancio y a no poder hacer las tareas normalmente, por lo que otros las hacen por ella. Podría ser una asociación con debilidad o incapacidad, que dentro de la importancia que da a hacer sus cosas, resulta algo negativo. La mujer en pareja como aquella que no tiene la decisión de terminar una relación dañina.

Resulta interesante que la participante 3B no menciona que tenga ninguna enfermedad importante, de entrada responde: “No, nada.” “No”. Sin embargo, al preguntar específicamente por el SOP menciona que sí lo tiene, pero que no considera que esté activo, ya que está en tratamiento. Además, al irse desarrollando la entrevista menciona que suele ser una persona que somatiza mucho y que tuvo trastornos alimenticios. Todo esto hace contraste con su negación de enfermedades importantes al inicio. Esta participante dice que el diagnóstico de SOP no le afectó, sino que se sintió aliviada de que el tratamiento iba a ayudar con sus problemas de acné, que no habían cedido con un tratamiento dermatológico. Sus síntomas eran el acné, cólicos fuertes, irregularidad en el ciclo y migrañas antes de la menstruación. Todos estos síntomas se presentaban desde la adolescencia y, desde que está en tratamiento para el SOP, han desaparecido. Dentro de todo este contexto, menciona que lo único que le causaba preocupación era el acné, ya que siempre ha sido muy cuidadosa con su piel, y que le hayan dicho que el tratamiento con anticonceptivos podría hacer que su útero se haga vago y dar dificultades para tener hijos. Sin embargo, el énfasis estuvo puesto en que ya “está hecha a la idea” de que algo así pudiera suceder y que en realidad el diagnóstico de SOP no le causó ningún malestar, sino que fue una ayuda. El diagnóstico fue hace tres años, y su síntoma del acné fue hace cinco.

Tabla No. 11
Participante 3B

Temas	Citas entrevista	Resumen/Análisis entrevista	Citas TAT	Resumen/Análisis TAT
Madre	"Entrega todo de ella para todo el mundo" "es un poco histérica" "eso odio" "yo no me quejo como ella" "a veces yo le veo como mi mamá, como esa figura materna de cuidado a la que puedo acudir, y otras veces le veo como a mi amiga" "entonces es mi amiga, me llevo muy bien o muy mal con ella y a veces es mi mamá. Cuando es mi mamá siempre me llevo bien con ella" "El tema con mi mamá, por lo que siempre nos hemos peleado, es porque yo tengo problemas alimenticios" "las dos nos entendemos, porque sentimos lo mismo" ser mamá porque: "verle y decir '¡ay que lindo se parece a mí!'"	Conflicto en la relación, discurso paradójico y contradictorio. Asegura no tener problemas con su madre, justo antes de mencionar sus conflictos en la relación, en la dinámica de su alimentación. En esta dinámica se revela una suerte de relación simbiótica o fusional, donde la madre controla o pretende controlar. Separa a su madre en dos tipos de relación: madre y amiga. No concibe conflictos con su "madre", sino cuando ella es "amiga". Menciona que piensa que tiene conflictos que trabajar con sus propias nociones de maternidad.	"asumo que es para que su nana, mmm sí, madre, lo que sea ella, como que no le moleste" " la niña, eso, que estaba sola y alguien vino a quitarle su espacio" "se sienten felices las dos, ósea como que hay una complicidad"	Proyecta una relación de complicidad y otra de una madre que invade el espacio de la hija. Le cuesta mucho expresar sentimientos negativos entre madre e hija aunque la lámina lo sugiera, lo que puede ser manifestación de represión. Además que, en general, la verbalización de afectos en sus relatos es escasa.
Padre	"Él es súper extrovertido, él es súper alegre, chistoso, así molesto" "también es muy complicado, muy autoritario" "él no muestra sentimientos"	Se siente más cómoda con su identificación con el rasgo del padre; de no mostrar sentimientos, ya que no es "histérica" como su madre, que sí lo hace. Menciona que tuvo conflictos con su padre en la adolescencia, pero actualmente no se reveló conflicto alguno.	El padre es excluido de sus relatos. Las historias se centran en madres e hijos pero nunca incluye a un padre; está omitido.
Pareja	"Nos amamos mucho, nos va muy bien" "El miedo al futuro, eso [...] no me voy a comprometer si sé que no va a funcionar bien como quiero que funcione" "No quiero repetir ese patrón, porque ellos se aman mucho, pero son muy fríos entre ellos" (sus padres). Tener pareja: "tener un sostén"	No se revela mayor conflicto en su relación de pareja, con la que se siente muy bien. Sin embargo, sus expectativas sobre cómo deben suceder las cosas y la incertidumbre de que no vayan a ocurrir así, le causa conflicto.	"Es una pareja que se ama mucho" "El vino enojado, digamos, él vino enojado con alguien de afuera, no sé quien, y quiere volver a enfrentarle, y ella le está tranquilizando"	Es en las que encuentra más fácil hablar de afectos, aunque también lo hace de manera concisa, y cuando son positivos. Cuando son conflictivos, no menciona afectos entre los personajes, más bien ignora u omite la relación entre ellos y describe como está cada uno.
Femineidad	"Soy súper correcta en las cosas que hago" "Yo tengo problemas con la femineidad" "No sé qué es ser mujer" " Son esos dos extremos, o eres, o la mujer es un ser sublime casi que si le tocas y ya se esfuma; o es súper fuerte" "lo mejor de ser mujer... lo mejor de ser mujer... no, no puedo contestar esa pregunta. Y lo peor de ser mujer, tampoco puedo responder esa pregunta" "Cuando les dicen a los niños 'los niños no lloran', y a nosotros el discurso es al revés: 'las mujeres no lloran'" "Verás del uno al diez, yo me considero dos de femenina [...] porque yo me siento súper torpe cuando soy femenina [...] ósea me siento súper incómoda; no por estar vestida así, ósea no por la falda como falda, sino [...] como que me siento disfrazada" "es como que salgo de mi cuerpo y muto, algo así" "¿Puedo no responder esa pregunta?" "es que no puedo, no se me ocurre nada"	Es la sección en la que más se muestra una dificultad grande para poner en palabras y simbolizar lo que se le pregunta, al punto en que no puede responder. Los significantes de fuerte y débil se juegan mucho en su noción de femineidad. Lo concibe como conceptos opuestos e inconciliables del ser femenina. Esto tiene relación con la crianza en su hogar, donde le han enseñado a ser fuerte, pero ella siente que le han quitado la posibilidad de ser algo más débil o dependiente, como ligado a lo femenino. Existe dualidad o paradoja con ambos significantes y su noción de ser mujer. Llama la atención que menciona que le hubiera gustado poder ser más vulnerable, pero califica de "histérica" a su madre porque es una mujer que se queja y muestra cómo se siente, en una familia donde las mujeres son "fuertes". No pudo responder a las preguntas sobre lo que le gusta o no de sí misma, pero sí cuando se limitó la pregunta a lo corporal. Esto tiene relación con toda la teoría revisada sobre somatización.	"Puede estar pensando en su bebé... Ajá" "Está afuera de su casa, y esta viéndoles a sus hijos jugar [...] tranquila y está en paz" "Ella está muerta, ajá" "No sería exactamente halago, porque halago es bonito. Cuando alguien te molesta y no entiendes ese momento y entiendes después de lo q paso"	En la lámina donde proyecta una mujer muerta, repite numerosas veces que está muerta. Un personaje muerto permite omitir decir qué piensa y qué siente. Proyección de maternidad en las láminas de femineidad. Se muestran como temas ligados, pero no explícitamente en su entrevista. La situación de que un hombre aborde a una mujer que le resulte atractiva es sentida como incómoda.

La participante 4B emplea gran parte del tiempo de entrevista hablando de cómo los problemas relacionados al SOP la han afectado intensamente. Sea cual sea la pregunta, su discurso tendió a retornar sobre este tema, el de la relación conflictiva con su madre o el de su propia maternidad. Fue diagnosticada a temprana edad, a sus 12 años. Sus síntomas no incluían acné ni hirsutismo sino irregularidad en el ciclo; dolores tan fuertes que se desmayaba, lo que era incluso incapacitante en su vida cotidiana; hemorragias (anemia derivada) y dolores de cabeza. Comenta que cuando tenía la menstruación, todos a su alrededor se enteraban, por sus síntomas. Refiere que actualmente sigue siendo así, pero no con tanta intensidad, porque siguió un tratamiento y porque ya ha aprendido a aliviar sus síntomas. Actualmente no está tomando medicación; comenta que no le gusta tomarla porque se olvida y no le agradan los efectos en su ánimo. Dice que a sus 16 años le dijeron que podría tener cáncer por un tumor de gran tamaño. La participante comenta que esto, y el hecho de que le hayan dicho que era infértil, le afectó muchísimo, al punto que no le daba mucha importancia a su vida o a lo que pudiera pasarle. Comenta que esto cambió cuando se quedó embarazada. Considera que su embarazo fue un milagro (por la infertilidad) y que dio otro sentido a su vida. Tiene una hija mujer, y asegura que desde siempre supo que tendría una hija mujer. Antes del embarazo, cuenta de un episodio sobre cuando su quiste grande se reventó por un golpe accidental que le dieron en el área del vientre. Lo que le afectó mucho de esto es que “todos”, incluyendo su papá, creían que esa hemorragia por la eliminación del tumor se debía a un aborto. Resultó evidente que todo este asunto en su historia es algo que la ha afectado.

Tabla No. 12
Participante 4B

Temas	Citas entrevista	Resumen/Análisis entrevista	Citas TAT	Resumen/Análisis TAT
Madre	"Nos peleamos a muerte" "nos íbamos de puñetes" "nos tratábamos súper mal" "con palabras me mataba. Antes me sabía decir que: 'no, mejor yo te hubiera abortado', entonces yo no le quería. Cuando yo me quedé embarazada [...] se hizo la que no sabía y casi me pega, incluso ellos decían 'aborta'" (sus padres). "Era yo sola. Yo en el fondo decía no, no soy una asesina, yo quiero tenerle a mi hija" "Ella es la otra mamá" (de su hija) "He luchado mucho por que respeten mi autoridad" "Por ese hecho de que ella, como no me quiere, es como que yo intento hacer más cosas para ella y así, pero ella no valora" "yo quiero ser mejor que ella para mi hija"	Cargada de afectos negativos, dolor, ira, bronca y resentimientos. Queja de que no la amó y de que eso es lo que más le ha afectado en su vida. Le gusta ser madre, rechazando completamente llegar a parecerse a la suya en cualquier sentido. Relación muy conflictiva.	"le quiere bastante, es muy afectiva" "me acuerdo que una vez estaba desmayada pero sentía todo lo que pasaba a mi alrededor, ósea mi mami lloraba porque me había golpeado la cabeza" "no sé si, ósea, si pueda sentir la preocupación de su madre ¿no? Ella también está desconcertada de lo que está pasando"	Proyectando un desmayo como los suyos, siente la preocupación de su madre, planteándose la posibilidad de una función de sus desmayos: sentir que su madre sí la ama. Por otra parte, proyecta relaciones maternas satisfactorias, tal vez como expectativa.
Padre	"muy sobreprotectores" "las pastillas me cambian... pero cuando soy yo, soy totalmente diferente. Puede pasar cualquier cosa que yo soy tranquila y se cómo manejar la situación con calma, como mi papi"	Habla más de su mamá, pero menciona a su padre como su "primer amor" de chiquita. A pesar de decir que puede ser poco amoroso o serio, prevalece el afecto positivo. Tiene identificaciones positivas con su padre, no así con su madre.	"Creo que él es el papá de ellas, del bebé"	Sólo es una mención, sin afectos u otros temas relacionados.
Pareja	"No quiero sentirme amarrada, atada, porque es lo que siento en mi casa; todo me controlan, no puedo ni siquiera tomar mis propias decisiones y era lo mismo con el NN (papá de su hija, 7 años de relación)" "él me mató mucho la autoestima, era lo mismo que hacía mi mami, ósea, me bajaba la autoestima" "Quería salir corriendo de esa relación, como quería salir corriendo de mi casa"	Conflicto al percibir que, como su mamá, su pareja no la trataba bien, además de la queja sobre el control asfixiante. Falta de confianza, conflictos, y miedo a que una relación así se repita.	"Podría tener una relación más madura, ósea le va a ir bien" "Yo creo que ella le está rogando a él [risas] y a él no le importa, se ve que es mujeriego [risas] [...] Y ella como que está esperanzada ¿no? ¡No sé por qué las mujeres somos así!" "Dos viejitos [...] si uno de los dos se muriera, cuando se aman mucho, el otro se moriría al instante del dolor, eso"	Proyecta sus expectativas de una relación estable, madura y armónica en la que ambos están satisfechos. Y proyecta también su experiencia de aguantar demasiado a un hombre que le hace daño, porque no puede desaferrarse. Se refiere a esto como algo que hacen las mujeres en general.
Femineidad	"Ser fuerte. Porque la mujer en sí tiene que pasar por más cosas que el hombre. Y no es tanto como fuerza física, sino emocional" "lo peor es la menstruación (risas)" "ósea más delicada, respetarse más internamente, su cuerpo y alma" "yo soy media machona [...] ósea sí me considero femenina, pero también, no se me caen las manos por hacer algo de hombres ¿me entiendes? [...] yo tengo mi hermano mayor y mis primos y es como que, me siento a veces un pipí más entre ellos, porque me llevo más con hombres que con mujeres [...] pero qué tan femenina me considero, no sé cómo decir eso, (risas)" (Pregunta si debe dar un porcentaje y bromea diciendo "80 80" o "50 50") "Mi mami hacía que me corten chiquitito y ¡parecía hombre!"	Tiene una noción "conceptual" positiva frente a la femineidad, pero en su concreto vivir se siente "machona". Por tanto, hay ambigüedad frente a la femineidad; lo pone en duda y no da una respuesta clara. Esto también se juega con la aceptación de sí misma, ya que dice que tiene baja autoestima. Paradojas: dice que las mujeres pueden hacer cosas de hombres sin que pase nada, pero luego se dice machona porque hace cosas de hombres; o llama la atención que no incluye la maternidad en sus nociones de femineidad, cuando es algo que le enorgullece y tema central en su discurso.	"Ella le veo así como que más intelectual y más, como que tiene otra proyección" "A ella se le ve que es una chica muy inteligente, que toma decisiones, ósea que es muy decidida" "Ella es muy bonita, de hecho puede conseguir gente que le valore mejor, pero a veces nosotras nos aferramos mucho al corazón ¿no?" "Parece hombre, ya empecé a dudar, no tiene aretes [...] viéndole así parece hombre, y así, mujer"	Proyecta una mujer que aguanta maltratos de un hombre. Y otra veces una mujer decidida que puede decir que no y buscar su propio bienestar. Se podría decir que proyecta afectos tanto de su experiencia como lo que quisiera implementar o ser. Habla de que las mujeres sufren por amor como generalidad. También hay duda proyectada en no saber si un personaje es hombre o mujer.

Por último, la participante 5B no menciona el SOP cuando se le pregunta por enfermedades, pero sí cuando se le pregunta específicamente. Parecería que se debe a que su historia alrededor del SOP no ha sido significativa para ella de alguna manera especial, ni fuente de conflictos, por lo que tal vez no lo considera como enfermedad, palabra asociada con mayor sufrimiento. Fue diagnosticada hace tres años y medio. Su síntoma era el dolor menstrual fuerte durante la adolescencia y un dolor especialmente intenso en la zona pélvica que la llevó a consultar al médico. Le dijeron que tenía quistes en el ovario derecho y que suele ser una condición que se controla, pero no se cura. Siguió tratamiento con anticonceptivos y sus síntomas cesaron. También menciona un ligero exceso de vello que se redujo con el tratamiento. Para ella fue bueno enterarse del SOP y saber cómo manejarlo y nada le resultó especialmente conflictivo.

Tabla No. 13
Participante 5B

Temas	Citas entrevista	Resumen/Análisis entrevista	Citas TAT	Resumen/Análisis TAT
Madre	"mi mamá es una mujer muy luchadora" "siempre ha estado ahí con nosotros, nos ha apoyado, ha sido una consejera, una amiga" "siempre está así como al apuro" "como estresada, y a veces yo también soy así" "nos llevamos muy bien, existe confianza, hablamos sobre muchas cosas, también me ha tenido que mandar al diablo cuando lo ha tenido que hacer, cuando estaba actuando mal, y me llevo muy bien" [Tener hijos]: "porque, no sé pues, le debo dejar mis conocimientos, lo que yo he vivido [...] no sé, me parece algo increíble de la vida que puedas formar un ser humano dentro de tu propio cuerpo"	Buena relación. No se presenta conflicto. Reconocimiento de aspectos negativos, pero prima mucho más el afecto positivo, la buena relación y las identificaciones con las que se siente conforme. Quiere ser madre en el futuro, hay buenos afectos hacia esto. Pero no hacia tenerlos en el presente, por exigencias sociales.	"probablemente ella se ponga en los zapatos de ella y sienta el dolor que está sufriendo la niña, por eso trata de evadir su mente con cuentos" "si es que quiere tener al niño o quiere abortar"	Proyecta una imagen protectora que cuida y tiene cariño y ternura hacia hijos. Pero también proyecta una madre que abortará a su hijo. Esto puede denotar conflicto que no coincide con su noción consciente de ser madre expresada en la entrevista, como algo que desea.
Padre	"Bueno mi papá, el tiempo que estuvo con nosotros [había fallecido hace 4 meses], también fue un buen padre, no vivió con nosotros, pero siempre estuvo ahí, siempre estuvo pendiente [...] siempre fue un buen padre" "de mi papá, a veces tenía mal carácter yo también"	Buena relación de aprecio, cariño y buenas identificaciones. Reconoce ciertos aspectos negativos, pero prima lo positivo. Su reciente fallecimiento todavía la tenía muy triste.	"está viendo al infinito, así como que traumanda" "la man se va a morir inexplicablemente y ya con la muerte se acaba todo" "va a aceptar lo que tenga que pasar, porque la señora se va a morir algún rato"	No hay personajes que sean padres en los relatos, pero la temática de la muerte y/o el sufrimiento por ello se repitió en las láminas.

<p>Pareja</p>	<p>(Su relación) "es linda, me encanta estar con él, es una persona muy responsable. Me gusta cómo es, no como cuando te hartas de una relación porque hay cosas malas, pero igual sigues por no poder dejarle. No, ósea aquí es porque [...] le quiero mucho así, y me gusta, me gusta estar con él" (otra relación anterior): "es que el man era un idiota pues, entonces yo también me volví idiota" (Tener pareja): "porque yo creo que es importante que puedas encontrar una persona con la que puedas compartir tus cosas, que realmente estés lista y dispuesta, con la intención de formar un hogar"</p>	<p>Buenas nociones de pareja en general, pero cierta desconfianza ante los hombres entre líneas, por ejemplo cuando dice con humor "son unas bestias". Tiene esa desconfianza, aunque actualmente se sienta bien en la relación actual. Reconoce ciertos aspectos difíciles, pero por ahora priman las buenas nociones con respecto al tener pareja y a lo que espera con eso.</p>	<p>"la man se va a hartar y le va a terminar dejando [...] estaban en una relación, ahorita le está pidiendo alguna explicación de por qué está raro y por qué está actuando de esa manera y esta man se va a terminar emputando y le va a dejar solo" "se están imaginando que podrían estar juntos, y podrían estar felices, pero no lo están" "el man es un maldito desgraciado y es un tío cualquiera y le violó a la pobre chica y le dejó ahí botada y muerta, y se está queriendo arrepentir y dice 'por qué lo hice por qué actué así'"</p>	<p>Proyecta problemas o conflictos de pareja, incluyendo su actual conflicto de no estar junto a alguien con quien quisiera y disfruta estar. En lo sexual se proyecta imágenes de hombres agresores contra la mujer. También se proyecta un hombre que ama a una mujer y la defiende. Están las dos versiones de hombres en relación con una mujer.</p>
<p>Femineidad</p>	<p>"ser mujer es como tener la capacidad de demostrar cuanto vales a pesar de todo lo que está en tu contra" "Está todo en tu contra, así" "No sé, siento que es un mundo que está hecho más para hombres, [...] porque siempre es: que las mujeres no pueden manejar, [...] que si se acaba una relación la que sufre es la mujer, que la que tiene que cargar el guagua es la mujer" "¡Toda la vida, Dios mío! ¡De aquí toda la vida hasta que cumpla 50 o 60! ¡Todos los meses! Ósea que te venga una vez al año, bueno ¡ya! No todos los meses, es una grosería" "A veces me despierto con ganas de ser femenina y otras veces no, porque quiero salir hecha una facha [...] pero yo sé que eso no es lo más importante de ser femenina, el arreglarte ¿no? Pero sí expresa mucho de la femineidad de una mujer" "Y cuando salgo a tomar, se va toda la femineidad al diablo. Hasta ahí llega. Ahí sí parezco, no sé, ruso" "Sentirte fuerte es ser mujer, pero al mismo tiempo ser vulnerable" "No sé, yo diría, ¿qué tan femenina me veo? Ósea más allá del físico, claro. Yo creo que no sé. Yo creo que en un punto medio, así. Bien pude haber sido hombre también [risas]"</p>	<p>Muestra conflicto en esta temática, por las risas, los nervios, las dudas, las paradojas, y la queja explícita de los aspectos negativos de la mujer y la femineidad. De igual manera, su concepto de femineidad se dividió en físico y no físico, y en cuestión de vulnerable y fuerte. Dio más énfasis a la expresión física de la femineidad y esto coincide con una falta de aceptación de su cuerpo físico, del que tenía muchas más quejas que conformidades.</p>	<p>"ósea cuando la mujer se siente perdida y no sabe qué hacer y qué rumbo tomar [...] creo que está pensativa porque la man está embarazada [...] por eso está pensando si es que quiere tener al niño o quiere abortar [...] yo creo que no le va a tener al hijo. Tiene cara de hombre también, pero también tiene cara de mujer" "la man tiene miedo, ósea tiene miedo de lo que le va a proponer este viejo desgraciado [...] y siente así como vergüenza de sí misma y asombro de lo que está haciendo (dama de compañía) y el man simplemente en su mente enferma se quiere aprovechar de esta man y no le importa cómo se sienta ella, sino como se quiere sentir el"</p>	<p>Se proyectan mujeres agredidas sexualmente. También mujeres que son amadas de buena manera o que saben poner límites para estar bien. Se proyecta una mujer perdida, que no sabe qué hacer y desea abortar, temas que no encuentran su correlato en la entrevista. También está la duda proyectada en el no saber si cierto personaje es hombre o mujer.</p>

En el apartado de “Discusión” se detallan las diferencias más evidentes entre los discursos del grupo A y B. Sin embargo, nótese que éste grupo tiende a dar más énfasis en su discurso y afectos a los elementos considerados negativos por ellas, en cada tema tratado.

3.3.3 Síntesis de resultados

Por último, se presentará una tabla que pretende resumir y definir la presencia o ausencia de conflicto en determinadas temáticas, por cada participante. Dicha tabla permite una comparación más precisa y sencilla entre ambos grupos de mujeres. Está dividida según las dos fuentes de información: entrevista y TAT. Se registra con una X los temas en los que el discurso o el afecto percibido desde las participantes denotaron conflicto. Se debe entender por “conflicto” emociones de rechazo y/o dolor frente a la temática, teniendo éstas mayor énfasis, intensidad o predominancia frente a emociones agradables hacia la misma temática. Estas emociones en conflicto son indicadas por el análisis del discurso verbal de las participantes, junto con el análisis de los afectos transmitidos de forma no verbal o no intencional (gestos, tonos, pausas, silencios, omisiones, etc.). Se han marcado con una X aquellas áreas donde el conflicto resultó evidente. Si no quedaba clara la presencia o ausencia de conflicto, no se marcó la X.

Tabla No. 14
Resumen, Presencia de Conflicto

Entrevista					TAT				
Participante/ Temas	Madre/Maternidad	Padre	Pareja	Femineidad	Participante/ Temas	Madre/Maternidad	Padre	Pareja	Femineidad
1A					1A				
2A					2A				
3A					3A				
4A					4A				
5A		X			5A				
1B		X	X	X	1B			X	
2B	X		X	X	2B			X	
3B	X			X	3B				
4B	X		X	X	4B				X
5B				X	5B	X		X	X

3.4 Discusión

De manera general, es evidente que hay conflicto que se expresa de manera más frecuente en las participantes diagnosticadas con SOP que en las que no, enfocado en las diferentes temáticas elegidas para la hipótesis de esta investigación (madre/maternidad, pareja y femineidad). Separando los temas, aquel sobre la femineidad específicamente muestra mayor diferencia entre los grupos, siguiéndoles los temas sobre la pareja y la madre o maternidad. No queda claro si la expresión de conflicto tiene relación alguna con el tiempo de entrevista y TAT, pero cabe notar que hubo dos casos del grupo B en los que el tiempo total que tomó la entrevista y el TAT fue significativamente mayor que en los demás casos (1B y 4B). Ver Tabla No. 3.

El hecho de que las participantes consideren al SOP como enfermedad y lo mencionen en la primera pregunta, frente a las que ignoran considerarlo, hasta que se pasa a la pregunta específica sobre ello; no se encontró relacionado con los conflictos expresados en las temáticas. Sin embargo, se puede hipotetizar que aquellas que mencionaron al SOP dentro de sus enfermedades, consideran al síndrome de diferente manera que las que no. Quizás el significarlo como “enfermedad” tenga connotaciones más negativas asociadas; o quizás se trate de que aquellas que así lo consideran, están más conscientes de lo que su cuerpo “dice” frente a las que tienden a ignorarlo.

Otra observación interesante es que la mayoría de las participantes del grupo B (SOP): 3B, 2B y 5B; tendieron a incluir calificativos como “responsable”, “estresada”, “correcta”, “hago bien las cosas”, etc., como parte importante de la descripción y concepción de sí mismas. No fue así con las otras participantes del grupo B ni del grupo A, quienes tendieron a dar una descripción de sí mismas enfocadas en características diferentes (dirigidas más a lo social o emocional que a la “tarea”). Por otro lado, también hubo una tendencia de las participantes del grupo B a hablar en términos dualistas (blanco-negro, todo-nada); mientras que el discurso de las del grupo A tendía a integrar sus respuestas hacia consideraciones más equilibradas o menos polares. Para otras investigaciones, sería interesante plantear la posibilidad de que esto se deba a diferencias de personalidad entre cada grupo y preguntarse a qué se deben. ¿Tendría esto relación con la femineidad?

Tomando en cuenta que el tema de la femineidad es el que da una diferencia más notoria entre los grupos, se profundizará sobre éste. En el desarrollo de la investigación y el análisis de datos, existió una pregunta específica que marcó diferencia entre ambos grupos: ¿Qué tan femenina se considera? ¿Por qué? Las participantes del grupo B tienden a considerarse a sí mismas poco femeninas, dudar más al respecto y/o asociar calificativos “masculinizantes” a sí mismas o a su forma de ser. Muchas de ellas dijeron no sentirse cómodas con el rol o papel que entienden por “femenino”. Así como cada una entiende la femineidad y lo masculino, no se sienten del todo “en la piel” cuando interpretan o están dentro de lo que ellas consideran femenino. En varios casos se presenta un conflicto entre los significantes fuerte/débil asociados a masculino/femenino. Al hablar sobre este punto, las participantes del grupo B tendían a tener un discurso confuso al respecto, ya que perciben lo masculino ligado a fortaleza y lo femenino a debilidad, pero al confrontarse con esta idea directamente, la niegan; volviendo su discurso algo confuso o paradójico.

De esta manera se produce el contraste con el grupo A, quienes respondían que se sentían bastante femeninas. La diferencia radica en quiénes ponen en cuestión o cuestionan su femineidad y por qué; y quiénes no. Las del grupo A incluso tendían a nombrar gustos, tareas o características de sí mismas que la cultura podría asociar con lo masculino (ej.: jugar fútbol, hacer trabajos físicos, etc.), pero aclarando que eso no las hacía sentirse menos femeninas y que consideran que hay cierto equilibrio o complementariedad entre los sexos. Las del grupo B se referían a similares características, pero se les “concedía” el poder de cuestionar su femineidad. Además, algunas participantes del grupo A verbalizaron o dieron a entender que no se consideran en competencia con el sexo masculino. Mientras que algunas del grupo B daban a entender cierta competencia, o ésta se leía en la confusión para asignar los calificativos de fuerte y débil a cada sexo.

Se trata de un asunto extremadamente subjetivo, particular y de *posicionamiento* frente a su propia femineidad; sin importar su apariencia física objetivamente o los hechos objetivos de su vida. Para aclarar este punto con un ejemplo: una de las participantes del grupo B que se veía muy bien arreglada, con falda, tacos, peinado, etc. decía sentirse disfrazada al vestirse así “femenina”. No contemplaba la posibilidad de que arreglada o no, podría ser igual de femenina, según como ella se sienta y considere. La femineidad no tenía que cursar necesariamente por el

vestuario o accesorios, pero en su red de significados sí. Por otra parte, una participante del grupo A se veía algo simple en su vestimenta al ser entrevistada, y en su discurso destacó lo mucho que le gusta estar siempre bien arreglada, maquillada, sentirse bonita, etc. Parecería que ese “gusto” de sentirse femenina es más interno que externo, es una posición, más que un hecho necesariamente observable bajo los estándares sociales.

Y en este punto se llega a otro tema relacionado, que es la aceptación de sí mismas. Es interesante escuchar a las participantes y notar que la consideración de sí mismas como femeninas también se relacionaba con qué tanto aceptaban su ser en general. En las participantes del grupo B hubo cierta tendencia a que la disconformidad con su ser predomine sobre la conformidad, ya sea en términos de personalidad o corporal. Las autocríticas o quejas daban cuenta de ello. Por ejemplo, una de ellas (1B) no lograba amarse a sí misma con errores, sino que buscaba cierto ideal de perfección para gustarse a sí misma. Otra, (5B), dio una lista bastante numerosa de sus disconformidades con su físico, mientras que nombró sólo un par de elementos que sí le gustaban. Esta misma participante concebía a la femineidad más relacionada con la apariencia física de una mujer, aunque después consideró otros elementos. El grupo A mostró cierta tendencia a sentirse más conformes “en su pellejo”.

Cabe decir unas palabras respecto del nivel de consciencia de un problema o conflicto, y de la capacidad de las participantes para poner en palabras su realidad psíquica referida a dichos conflictos. Resultó interesante, por ejemplo, que la participante 3B no pudo verbalizar respuestas para algunas preguntas sobre la femineidad, a pesar de insistir en que dijera lo que se le ocurriera, que no habría respuestas correctas. (“No puedo responder esa pregunta”). De igual forma, es notorio que el discurso de las participantes de este grupo se volvía algo paradójico o confuso al tratar ciertos temas. Y en algunas estuvo presente el elemento de la negación o falta de reconocimiento de su visión subjetiva sobre la femineidad, por no considerarla adecuada, posiblemente. Por ejemplo, la participante 1B estaba hablando sobre lo que considera femenino y masculino relacionado a los significantes fuerte y débil, y cuando pareció evidente que en su mundo subjetivo ella asocia fortaleza con masculinidad y debilidad con femineidad, sintió la necesidad de negar explícitamente esa idea, y buscar la manera de decir eso, sin decirlo, por lo que el discurso se tornó un poco confuso. Sin embargo, esto no sucedió en todos los casos. Por ejemplo, la participante 2B reconoció abiertamente que ella asocia fortaleza con masculinidad.

Fue capaz de verbalizar sus significantes sin negarlos, pero pareció ser que luego se cuestionaba al respecto. Estos ejemplos sirven para mostrar cómo algunos conflictos o redes de significados respecto a la femineidad permanecen poco claros para algunas participantes, siendo esta dificultad para reconocerlos o incluso verbalizarlos, un factor importante en la teoría de la somatización como posible lenguaje primitivo de lo inconsciente. No se debe confundir esto con la duda general sobre la pregunta ante la sexuación, que nos cuestiona a todos como sujetos. Incluso hubo dudas o preguntas en el discurso de algunas de las participantes del grupo A, no se trata de eso. Aquí se enfatiza sobre la capacidad de reconocer conscientemente el propio mundo subjetivo y la capacidad o incapacidad de ponerlo en palabras.

Volviendo un poco a la teoría revisada en los primeros capítulos, cabe decir que el análisis de estos casos tiende a fortalecer la visión no tan radical de las posturas contemporáneas o actuales expuestas. Si el SOP fuera un fenómeno psicósomático “puro” no tendría por qué haber relación con algún tipo específico de conflicto, ya que esto sería señal de que se oculta algún sentido o de que existe, al menos, la posibilidad de hallarlo. Parecería, más bien, que la relación entre el SOP y la presencia de conflictos frente a la propia femineidad, apunta a que existe algún tipo de sentido susceptible de encontrar, tal vez de momento no hallado por estar en un nivel pre-verbal, arcaico, pre-simbólico y/o pre-lenguajero (¿una conexión de sentido no realizada aún?); como lo exponen algunos autores (McDougall, Ulnik y otros). De esto también da cuenta la menor capacidad de las participantes de verbalizar con claridad sus ideas frente a los cuestionamientos sobre su femineidad; y de que casi ninguna relaciona el SOP directamente con ese hecho.

Estos resultados también dan cuenta y apoyan investigaciones o postulados como los de Rojas & Rojas (2012), McDougall (1998) o Chiozza (2008); en cuanto a la determinación que tiene el tipo de órgano afectado con los posibles conflictos no apalabrados. Por tanto, no sería azaroso que la afectación de los ovarios y el sistema reproductor femenino se relacione con conflictos frente a la femineidad, sin dejar de considerar que “la femineidad” tendrá sus diferentes maneras de relacionarse con una red de significantes particular en cada sujeto.

Para finalizar, cabe preguntarse por la influencia de un determinado posicionamiento subjetivo sobre el cuerpo e incluso los genes (o quizás a través de ellos). Recordando lo explicado sobre epigenética en el capítulo 2, es interesante preguntarse si la posición subjetiva en la que se ubica un sujeto (o en la que lo ubican desde antes de nacer y en sus primeros años), puede incidir

directa o indirectamente en el ambiente intracelular que determina una *lectura* genética específica y no otra. Dicha ubicación subjetiva, ¿podría formar parte de aquellas variables ambientales que afectan la lectura genética desde la concepción y durante la vida?

Conclusiones

1. Dentro del campo psicoanalítico existen dos conceptos importantes que ayudan a dar lectura a los fenómenos del cuerpo en general. El *síntoma conversivo*, que al ser síntoma es una formación del inconsciente, susceptible de comunicar un sentido o conflicto inconsciente para el sujeto. Tiene relación con la estructura neurótica y se trata de un síntoma que es símbolo. Afecto inconsciente, que se traslada de lo anímico a lo corporal. En cambio, el *fenómeno psicósomático* es un hecho del cuerpo real, no del imaginario, que no es símbolo, ni tiene relación con ningún otro significante. Fenómeno del cuerpo biológico que no es susceptible de lectura simbólica, siendo trazo único, y recordando el funcionamiento arcaico de la psicosis (limitado al fenómeno psicósomático del que se trate, no como estructura del sujeto).

Existen varios autores que proponen otras lecturas desde esos dos conceptos “opuestos”. Mc Dougall, Ulnik y otros elaboran conceptos como la histeria arcaica o los diferentes niveles de simbolización, que dan lugar a una gama de posibilidades como intermedias entre los dos conceptos “puros” en cuestión. Se enfatiza sobre la realidad y experiencia clínica con cada sujeto que presenta cualquier cuestión en su cuerpo. Se trata de un sujeto que como tal, puede decir algo sobre lo que pasa en su cuerpo, y que al hacerlo, habla de un cuerpo que es a la vez real, imaginario y simbólico, en su discurso. Se plantea la posibilidad de que los fenómenos del cuerpo se puedan situar en niveles anteriores (arcaicos) de simbolización, previa a la lenguajera, pero susceptibles de simbolizarse de esa manera.

2. El SOP (Síndrome de Ovario Poliquístico) es un conjunto de condiciones metabólicas que se traducen en diferentes fenotipos según cada mujer que lo presente. Existen ciertos

criterios médicos para su diagnóstico: hiperandrogenismo, alteraciones en la ovulación, y relación con condiciones como la obesidad o resistencia a la insulina. Los síntomas más frecuentes pueden ser: dolores pélvicos, irregularidad en los ciclos, acné, hirsutismo, etc. Según cada caso, la presencia o intensidad de los síntomas varían, pero existen investigaciones sobre la afectación psicológica que los síntomas tienen para las mujeres que los presentan, por ejemplo; inseguridad, baja autoestima, cambio de los estilos de vida, ansiedad, etc. Al ser un trastorno metabólico, dentro de la ciencia médica no se ha determinado una causa específica, sino un conjunto de posibilidades: desbalances hormonales (LH elevado), disfunción hepática, factores ambientales y genética. Una posible etiología de estas causas reside en la noción de epigenética, que enfatiza que, más relevante que los genes que se heredan, son las condiciones que determinan las diferentes lecturas de esos genes. Es decir, heredar ciertos genes relacionados al SOP no querría decir que se expresen necesariamente, eso depende de la lectura genética que expresa o silencia el gen. Dicha lectura depende a su vez, en resumen, de las condiciones ambientales a las que está expuesta una persona, en especial durante la gestación y los primeros años de la infancia. Las condiciones no son sólo médicas (alimentación, presencia o ausencia de toxinas, etc.), las cuestiones psicológicas como el clima emocional y los vínculos con la madre, también tienen influencia en el ambiente celular corporal y en la lectura de genes. Por ende, si cada vez se busca mayor profundidad y se pregunta sobre las causas de las causas, se llega a un punto donde lo material y emocional se entremezclan.

Dentro de los conceptos revisados, el SOP ocupa un lugar en el continuo entre síntoma conversivo y fenómeno psicósomático, un lugar más cercano al extremo del fenómeno psicósomático que al del síntoma conversivo, sin que esto deje de lado la posibilidad de una apropiación subjetiva de lo que sucede en su cuerpo. La revisión teórica de otras investigaciones al respecto dejan entrever que el SOP puede estar relacionado con alteraciones del esquema corporal sexual, entramándose con la creatividad, la fecundidad real y simbólica, las identificaciones con ambos padres y qué tan fecundo se considera a cada padre; la posición subjetiva frente a la femineidad que incide en el lugar que el

sujeto ocupa al plantearse cuestiones de la maternidad, el hacer pareja o el significado de ser mujer, etc. Todas estas nociones pueden permanecer inconscientes.

Basándose en dichas investigaciones, se planteó la hipótesis de esta disertación: El SOP, como trastorno psicosomático, se relaciona con conflictos no apalabrados en la historia de vida de la mujer frente a las nociones de: ser pareja, ser madre y/o ser mujer. Los resultados del estudio indicaron ciertas diferencias entre el grupo de mujeres sin SOP y las que sí presentaban el diagnóstico. Se entendió como “conflicto” o “conflicto no apalabrado” indicadores en el discurso de las mujeres y/o en su lenguaje no verbal que indiquen afectos negativos de dolor o rechazo predominantes en las tres temáticas elegidas. El grupo de mujeres con SOP presentó mayor frecuencia de conflicto en el área de la femineidad, siguiéndoles las áreas de maternidad y pareja. La pregunta en la que las diferencias entre ambos grupos fue más notoria fue: ¿Qué tan femenina se considera? ¿Por qué? Pregunta clave que apunta al posicionamiento de cada mujer frente a su propia femineidad. Por tanto, éste fue el punto específico de diferenciación entre ambos grupos. No sería posible, sin embargo, afirmar que el SOP es causa de conflictos con la femineidad, ni que el SOP sea consecuencia de dichos conflictos. Como hemos revisado a través de este trabajo, no interesa la pregunta por causa o consecuencia en temporalidad lineal, lo que interesa es que existe relación, y que el funcionamiento psíquico consciente e inconsciente (de temporalidad diferente) está involucrado. En cuanto a la historia o hechos de vida de cada participante, éstos fueron particulares en cada caso, sin embargo, no se profundizó o sistematizó la información al respecto, debido a que se priorizó la identificación de la ubicación subjetiva de las participantes frente a su femineidad. Pero, se puede afirmar que la historia de vida a ello relacionado es única en cada caso, y se podría realizar otra investigación que profundice sobre ello, con preguntas del estilo ¿qué cree que vivió usted para pensar así sobre su femineidad? Aunque se prevé que el abordaje puede resultar complejo, ya que existió cierta dificultad al hablar sobre este tema para las participantes. Quizás, sería la primera vez que se hayan planteado a sí mismas ese tipo de preguntas. Habría que evaluar qué tan factible resultaría realizar una investigación de ese tipo.

Recomendaciones

1. En base a todo lo dicho, se hará una serie de recomendaciones. Por ejemplo, la repetitiva e importante recomendación de que se considere la subjetividad como sujetos en el tratamiento de enfermedades corporales. Para esto hay varias posibilidades, desde el trato y participación que un médico permita y exija de sus pacientes (es diferente situarse en una posición de todo-saber y todo-poder sobre el paciente a situarse como aquel que, en la escucha de cada situación particular, fomenta cierta actitud de responsabilidad en el paciente sobre lo que vive) hasta el trabajo conjunto de profesionales médicos y psicólogos (psicoanalistas u otros) para los casos atendidos. En el caso del SOP, el trabajo conjunto de un tratamiento médico y uno psicológico que trabaje el SOP en cuanto cuestionamiento de la propia femineidad sería muy interesante.

Otra recomendación es profundizar con investigaciones más específicas sobre este tema, a nivel teórico y práctico en conjunta retroalimentación. Sería interesante que, poco a poco, se pueda desmitificar el tema de la psicósomática y la comunidad en general haga consciencia del nivel de su implicación subjetiva en sus enfermedades. La profundización teórica sobre los conceptos intermedios entre síntoma conversivo y fenómeno psicósomático también es de interés, considerando que ambos conceptos siguen siendo tema polémico o de discusión en algunos campos.

2. Esta disertación tiene la limitación de que la cantidad y amplitud de la información recolectada convirtió la investigación en una de tipo exploratoria. El análisis de aspectos menos amplios, más específicos y con métodos o indicadores más rigurosos sería recomendable. Por ejemplo, elegir un solo tema (y no tres) y relacionarlo con el SOP. O elegir ahora temas específicos sobre la femineidad y contrastarlos entre poblaciones con y sin SOP (por ejemplo, femineidad y posiciones subjetivas, femineidad en lo corporal, femineidad en rasgos de personalidad, femineidad y aceptación de sí misma, etc.) O plantearse indicadores más específicos para contrastar la información obtenida, enfocándose en un solo aspecto del discurso: sea tono, tiempo, duda, tiempos de silencio,

etc. La dificultad siempre estará en intentar “medir” realidades subjetivas, más aún si incluimos elementos inconscientes como fundamentales para la hipótesis.

Otro tema interesante derivado de esta investigación para próximas investigaciones es la profundización o relación entre personalidad y el SOP u otras condiciones. Así también, esta disertación dio oportunidad de preguntarse sobre los casos en los que, de una familia particular, una hija presentaba SOP y la otra no. Es decir, se puede analizar qué variables intervienen o diferencian a las hermanas que, bajo el mismo techo y con los mismos padres, presentan diferencias en la presencia de SOP y profundizar si ello se traduce en ubicaciones subjetivas diferentes frente a la femineidad o frente a cada padre, o tal vez, en diferencias de personalidad.

La cuestión de si determinado posicionamiento subjetivo influye en la lectura de ciertos genes para el desarrollo del SOP, también es un tema interesante relacionado (y que puede levantar muchos debates y críticas, por la relación entre conceptos que provienen de campos teóricos diferentes. Sin embargo, la Psicología requiere de ese tipo de relaciones).

Por último, al principio de este trabajo se menciona que la incidencia del SOP ha aumentado en los últimos tiempos. A la luz de los resultados de esta investigación, se podría plantear la hipótesis de que existen ciertos discursos o mandatos sociales que antes no existían y que ahora fomentan que las mujeres cuestionen su propia femineidad más que antes. Sería interesante investigar sobre cuáles serían dichos discursos sociales y probar o refutar dicha influencia en la posición subjetiva de las mujeres frente a su femineidad.

Bibliografía

- Acién, P., Chelea, I., & Acién, M. (2011, Mayo). *Aspectos psicossomáticos en las mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico*. Recuperado Febrero 28, 2015, de sego.es:
http://www.sego.es/Content/pdf/CONGRESO_SEVILLA_2011/PONENCIAS/17-25--ACIEN_ALVAREZ_PEDRO_Maquetaci%C3%B3n%201.pdf
- Aguirre M., A., Benvenuto C., G., & Urrutia S., M. T. (2005). *Calidad de Vida en Mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico*. Recuperado Febrero 28, 2015, de scielo.cl:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000200009
- Bedregal, P., Shand, B., Santos, M. J., & Ventura-Juncá, P. (2010). Aportes de la epigenética en la comprensión del desarrollo del ser humano. *Revista médica de Chile, 138*(3).
Recuperado Julio 15, 2015, de
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300018
- Chiozza, L. A. (2008). *¿Por qué enfermamos?: La historia que se oculta en el cuerpo*. Buenos Aires: Libros del Zorzal. Recuperado Julio 20, 2015, de
<http://www.funchiozza.com/downloads/obrascompletas/pdf/tomo14.pdf>
- De la Jara Díaz, J. F., & Ortega González, C. (2011). Síndrome de ovario poliquístico. *Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción, IV*(2), 57-68. Recuperado Julio 14, 2015, de
<http://www.medigraphic.com/pdfs/reproduccion/mr-2011/mr112b.pdf>
- Dolto, F. (1997). *La Imagen Inconsciente del Cuerpo*. Paidós.
- Freud, S. ([1905-1901]/2011). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En S. Freud, *Obras Completas. Vol. 7* (pp. 1-107). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1888-93/2006). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. En S. Freud, *Obras Completas. Vol. I* (pp. 191-210). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1893/2012). II Historiales Clínicos (Breuer y Freud) [5. Señorita Elisabeth von R.-Freud]. En S. Freud, *Obras Completas. Volumen 2* (pp. 151-194). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1894/2010). Las neuropsicosis de defensa. En S. Freud, *Obras Completas. Vol. 3* (pp. 41-68). Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Freud, S. (1914/2012). Recordar, repetir y reelaborar. En S. Freud, *Obras Completas Vol. 12* (pp. 145-157). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1916-17/2009). 17 conferencia. El sentido de los síntomas. En S. Freud, *Obras Completas. Vol 16* (pp. 235-249). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1916-17/2009). 23 conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. En S. Freud, *Obras Completas. Vol. 16* (pp. 326-343). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Lacan, J. (1975/2001). Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. En J. Lacan, *Intervenciones y Textos 2* (pp. 115-144). Buenos Aires: Manantial .
- Macagno, B. C. (2003, Noviembre). Fertilizaciones, filiaciones y otras demandas. *Tatuajes. Revista de Psicopatología*(6), 4-5. Recuperado Julio 5, 2015, de <http://www.psicomundo.com/tatuajes/pdf/tatuajes6.pdf>
- Manzotti, A. (2003, Noviembre). Malestar del cuerpo en la cultura. *Tatuajes. Revista de Psicopatología*(6), 6-8. Recuperado Julio 5, 2015, de <http://www.psicomundo.com/tatuajes/pdf/tatuajes6.pdf>
- Marty, P. (1992). *La psicopatología del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- McDougall, J. (1998). *Las Mil y Una Caras de Eros*. Buenos Aires: Paidós.
- Mercola, J. (2015, Enero 10). *Crear Este Mito Podría Darle Cáncer*. Recuperado Julio 15, 2015, de articulos.mercola.com: <http://articulos.mercola.com/sitios/articulos/archivo/2015/01/10/la-epigenetica-vs-el-determinismo.aspx>
- Merino, P., Schulin-Zeuthen, C., & Codner, E. (2009). *Diagnóstico del Síndrome de Ovario Poliquístico: nuevos fenotipos, nuevas incógnitas*. Recuperado Febrero 28, 2015, de [scielo.cl](http://www.scielo.cl): http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000800012&script=sci_arttext&lng=en
- Otero, J., & Rodado, J. (2004, Marzo 5). *El enfoque psicoanalítico de la patología psicopatológica*. Recuperado Marzo 23, 2015, de Aperturas psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000282&a=El-enfoque-psicoanalitico-de-la-patologia-psicopatologica>
- Pérez C., J., Méndez R., M. J., Fuhrer F., J., Marquez N., J., Cumsille, M. A., & Fuhrer C., J. (2003). SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO.PRESENTACION CLINICA, BIOQUIMICA Y ULTRASONOGRAFICA. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68(6). Recuperado Julio 14, 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600003

- Redacción Onmeda. (2012, Marzo 19). *Síndrome del ovario poliquístico (SOP): causas*. Recuperado Julio 14, 2015, de onmeda.es: http://www.onmeda.es/enfermedades/SOP_sindrome_del_ovario_poliquistico-causas-2712-3.html
- Rodríguez, R. I. (2009). *El trastorno somático y su relación con la historia del paciente*. Quito: PUCE.
- Rojas, M. d., & Rojas, B. G. (2012, Febrero). *Revista Otra Escena*. Recuperado Febrero 28, 2015, de psicoanalisiscr.com: http://www.psicoanalisiscr.com/revista/ediciones/revista_otras_escena_vol1_09.pdf
- Romero, J., & Del Bono, J. (2004). Recuperación de la Función Reproductiva, en Pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico(SOP), Luego del Tratamiento con Fármacos Insulino-Sensibilizadores. *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo*, 41(4), 195-205. Recuperado Julio 14, 2015, de <http://www.raem.org.ar/numeros/2004-vol41/numero-04/4romero.pdf>
- Saceda Corralo, D. (s.f.). *Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)*. Recuperado Julio 14, 2015, de webconsultas.com: <http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/sindrome-de-ovario-poliquistico-sop/sindrome-de-ovario-poliquistico-sop-8435>
- Sandoval, I. (2005, Febrero 5). *El síntoma conversivo y el fenómeno psicossomático. Algunas distinciones desde la teoría psicoanalítica*. Recuperado Febrero 12, 2015, de A.L.I.: http://a-l-i.org/freud/Champs_specialises/Langues_etrangeres/Espagnol/El_sintoma_conversivo_y_el_fenomeno_psicosomatico
- Santillán, M. L. (2012, Noviembre 5). *Aumenta la incidencia del Síndrome de Ovario Poliquístico en mujeres jóvenes*. Recuperado Febrero 28, 2015, de ciencia.unam.mx/: http://ciencia.unam.mx/leer/121/Aumenta_la_incidencia_del_Sindrome_de_Ovario_Poliquistico_en_mujeres_jovenes
- Szuster, M. (2005, Diciembre). La femineidad como escritura. *Tatuajes. Revista de Psicossomática*(7), 20-22. Recuperado Julio 5, 2015, de <http://www.psicomundo.com/tatuajes/pdf/tatuajes7.pdf>
- Ulnik, J. (2011). *El psicoanálisis y la piel*. Buenos Aires: Paidós.
- Vigil, P., Del Río V., M. J., & Cortés, M. E. (s.f.). Síndrome del ovario poliquístico. Recuperado Julio 14, 2015, de <http://www.teenstar.cl/articulos/18.pdf>
- Villarroel, A. C., Echiburú, B., Riesco, V., Maliqueo, M., Cárcamo, M., Hitschfeld, C., . . . Sir-Petermann, T. (2007). Síndrome de ovario poliquístico (SOP) y embarazo: Experiencia

clínica. *Revista Médica de Chile*, 135(12). Recuperado Julio 14, 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007001200005&script=sci_arttext&tlng=e

Weissberg, K. (2005, Diciembre). El cuerpo del psicoanálisis: una introducción. *Tatuajes. Revista de Psicopatología*(7), 23-30. Recuperado Julio 5, 2015, de <http://www.psicomundo.com/tatuajes/pdf/tatuajes7.pdf>

Yanes Quesada, M. A., Yanes Quesada, M., Calderín Bouza, R., & Cruz Hernández, J. (2008). Síndrome de insulinoresistencia, una amenaza para la salud. *Revista Cubana de Endocrinología*, XIX(3). Recuperado Julio 14, 2015, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532008000300006&script=sci_arttext

Anexos

1. Entrevista Semiestructurada
2. Consentimiento Informado

Entrevista Semiestructurada

Ciudad de nacimiento:

Edad:

Ocupación:

Enfermedades importantes:

Diagnóstico de SOP realizado por el médico: Sí No

¿Cuándo? ¿Qué la llevó a consultar al médico?

¿Fue difícil dar con el diagnóstico? Si dice sí: ¿cómo se sintió en ese proceso?

¿Cree que recibir el diagnóstico de SOP es algo que le afecta o le ha afectado, y cómo?

¿Cree que sus síntomas han sido siempre iguales? ¿O qué cambios ha notado en el tiempo?

[Cierre y cambio de tema]

¿Cómo se describiría a sí misma?

¿Cómo describiría a cada uno de sus padres?

¿En qué cree que se diferencia y se asemeja con sus padres? y ¿qué tan conforme está con ello?

¿Vive con su madre? Sí No - Si no, hace cuánto y por qué.

¿Cómo describiría la relación que tiene con su madre? ¿Cómo ha sido en el pasado y cómo es ahora?

¿Cuáles serían las tres virtudes que más aprecia de su madre y cuáles serían los tres defectos que más le molestan de ella?

¿Cómo cree que su madre ha influenciado en su vida?

¿Es usted madre? Sí No ¿Cómo se siente al respecto?

¿Le gustaría ser madre en el futuro? ¿Por qué?

¿Tiene pareja actualmente? Si dice no: ¿Cómo se siente con eso?

Si dice no tener pareja pero anhelar una: ¿cuáles cree que son los motivos por los que no tiene pareja a pesar de anhelarlo?

¿Cómo se siente en su relación de pareja?

¿Qué es lo que más aprecia de su relación de pareja y qué es lo que más le molesta o preocupa?

¿Cómo han sido para usted sus relaciones de pareja a lo largo de su vida? Por ejemplo, ¿cree que haya algo que se repita en las distintas parejas con las que ha estado?

¿Cómo cree que influyó la relación de sus padres (como referente) en su manera de hacer pareja?

(¿Qué la motiva a tener pareja versus el permanecer sola?) O ¿Qué la motiva a no tener pareja, si expresa que ése es su deseo o decisión)?

¿Qué es o qué significa para usted ser mujer?

¿Qué cree que es lo mejor y lo peor de ser mujer?

¿Qué significa para usted el “ser femenina”?

¿Qué tan femenina se considera? ¿Por qué?

¿Qué es lo que más le gusta de usted misma y qué es lo que menos le gusta y quisiera cambiar?

Cierre, y ojo con los puntos sensibles.

Consentimiento Informado

El presente es un consentimiento que da fe de su participación voluntaria en esta investigación, la cual pretende ampliar el conocimiento sobre los factores psicológicos que pueden estar asociados al Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP). Esta investigación será presentada como disertación de la estudiante Karla Balarezo con CC 1721359246, para obtener su título de grado de Psicología Clínica en la PUCE. Su participación tiene como objetivo recolectar información anónima acerca de usted, su estado de salud, y otros aspectos de su vida, en especial, afectiva y relacional. El proceso consiste en responder a una entrevista semiestructurada y a participar en la aplicación de nueve láminas de un test llamado TAT. Ambas actividades tienen una duración aproximada de una hora o hasta una hora y media. La calidad de información que usted provea es importante para los fines de esta investigación. Por favor, sea honesta y abierta al responder las preguntas y al realizar el test. La información será registrada en grabación de audio y mediante algunos apuntes realizados por la estudiante. Estos registros serán manejados de manera confidencial.

Recuerde que se conservará el anonimato de la información recolectada. Es decir, no se pondrá en descubierto su identidad. Se utilizarán números, no nombres, para designar a las participantes y los datos específicos que puedan dar pistas de su identidad serán omitidos o modificados, sin alterar el contenido que sirva a los fines de esta investigación. Cabe decir que su participación es totalmente voluntaria: tiene la opción de colaborar con esta investigación y también la opción de negarse a hacerlo o de retirarse en medio de ella si así lo desea. Su colaboración informada es importante, por lo que si tiene alguna duda adicional, contáctese al 0995888730 con la estudiante Karla Balarezo quien puede ampliar la información de ser el caso. Puede conocer los resultados de esta investigación cuando haya finalizado y sea publicada.

Yo, _____ con CI _____, declaro que acepto participar en esta investigación de manera voluntaria y he obtenido información de calidad que me permita tomar esta decisión con libertad.

En Quito, ____ del mes _____ del 2015.

Firma autorizante

Firma de la estudiante