

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
INSTITUT UNIVERSITARI D'ESTUDIS DE LES DONES
MÁSTER EN GÉNERO Y POLÍTICAS DE IGUALDAD

Trabajo Final de Máster

Sobrediagnóstico Emocional en Mujeres

**Producciones Narrativas sobre la experiencia de mujeres que han vivido
sobrediagnósticos en salud emocional**

Autora:

Virginia Mora Roda

Directoras:

Amparo Bonilla Campos

Clara Arbiol González

Valencia. Octubre 2020



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

IUE *d* INSTITUT UNIVERSITARI
D'ESTUDIS DE LES DONES

Índice

Introducción	1
1. Abordaje Epistemológico.....	4
1.1. Epistemología.....	4
1.2. Pregunta de investigación y objetivos.....	8
2. Abordaje Teórico	10
2.1. El malestar de las mujeres: violencia simbólica y malestar emocional	11
2.2. Institucionalización del conocimiento de la salud como disciplina masculina: la usurpación de los saberes tradicionales de las mujeres y la ascensión de los expertos	15
2.3. Positivismo de la salud mental y neoliberalismo: de la objetividad de la ciencia a otros marcos actuales para la comprensión de lo emocional	18
2.4. Androcentrismo sanitario: del modelo masculino de la ciencia a los dualismos clásicos “cuerpo-mente” y “emoción-razón”	21
3. Abordaje Metodológico	39
3.1. Propuesta metodológica: Producciones Narrativas	39
3.2. Narrativas	46
4. Discusión y conclusiones	81
4.1. Discusión.....	81
4.2. Conclusiones	97
Bibliografía	102

Introducción

Las estructuras afectivas, al configurar los modos de entender y encarnar los afectos, social e individualmente, son cambiantes a lo largo del tiempo y de los espacios. Estos cambios vienen determinados por los contextos históricos, políticos y culturales. Partiendo de unas coordenadas situadas en un tiempo actual y en un espacio geográfico y político occidental, acudimos a la comprensión de los afectos desde un modelo patológico, que recurre a la medicalización para la neutralización de los mismos. Las lógicas que soportan este modelo devienen de una institucionalización de la sanidad basada en fundamentos positivistas y androcéntricos, que se han fortalecido más recientemente con el sistema político y económico capitalista neoliberal. Desde éste se produce un esfuerzo por despolitizar el malestar y responder al mismo con productos de mercado de la industria farmacéutica, que tienen un efecto rápido e individualizador.

Todo lo anterior confluye con la conceptualización que, desde una sociedad patriarcal, se tiene de las mujeres como individuos especialmente ligados a lo emocional. O, más concretamente, a la inestabilidad emocional. Con ello, la patologización de los afectos cobra fuerza en las mujeres. Así pues, observamos cómo determinados sesgos de género operan desde la institución sanitaria generando que el personal sanitario acuda más a estas explicaciones para asignar diagnósticos emocionales sobre cualquier molestia, dolor o malestar. De esta forma, podemos hablar de que las mujeres son especialmente *sobrediagnosticadas* en lo emocional, quedando los dolores que las llevaron a consulta sin explicación, sin diagnóstico y sin solución. Esto nos conduce a un modelo social y sanitario que perpetua la creencia de que las mujeres tienen, de manera natural y biológica, una tendencia al “desequilibrio” emocional. Con estas presunciones y las malas prácticas que de ellas se generan, la institución sanitaria condena a las mujeres a vivir con dolor.

Partiendo de estas premisas, mi interés en este trabajo es estudiar cómo las mujeres encarnan y reflexionan sobre experiencias sufridas por este *sobrediagnóstico* de lo emocional, con el objetivo de comprenderlo en mayor profundidad desde distintas posiciones parciales y situadas que den cuenta de ello. Para llevar a cabo esta investigación bebo de la epistemología feminista de los Conocimientos Situados de Haraway (1991/1995), que comprende el conocimiento como fruto de la conexión de múltiples posiciones alrededor de un fenómeno, pudiendo llegar así a una objetividad parcial y situada. Por otro lado, parto también de la perspectiva narrativa como base para construir el conocimiento, de forma que las comprensiones situadas de este

fenómeno vienen en forma de relato. Considero que las narrativas tienen un fuerte potencial político para situar estas comprensiones y contribuir al conocimiento. La forma en la que hemos llevado a cabo las narraciones parte de la propuesta metodológica de Balasch y Montenegro-Martínez (2003) de las Producciones Narrativas. Desde esta propuesta metodológica, participantes e investigadora construimos narrativas a través de conversaciones sobre el fenómeno, donde tiene especial relevancia la experiencia de las participantes, así como sus interpretaciones y la intencionalidad de éstas a la hora de expresar sus vivencias. Las conversaciones son textualizadas por mí en primera instancia y corregidas posteriormente por ambas partes. Con ello, las Producciones Narrativas tienen forma de relatos co-escritos, donde la autoría de los mismos queda deslocalizada de una única subjetividad.

Como exponía, el presente trabajo de investigación hunde sus raíces en la epistemología feminista de los Conocimientos Situados (Haraway, 1991/1995), a partir de la cual trato de abordar la cuestión del *sobrediagnóstico* de lo emocional en mujeres. Desde esta perspectiva, mi posición como investigadora y la parcialidad de mi mirada son cuestiones clave para entender el conocimiento en términos de objetividad encarnada. Dado que la pregunta de investigación parte de mí, considero necesario exponer el proceso que me ha llevado a encontrarme con ella, dando cuenta de la relevancia y pertinencia de la misma. Estas cuestiones las trato en el punto 1.1. (epistemología).

A las mujeres con las que trabajo en esta investigación se les ha asumido diagnósticos emocionales y/o “síntomas afectivos”¹. Sin embargo, los signos, malestares o dolores que las llevaron a consulta no han sido bien explicados por los mismos, lo que ha conducido a que se hayan demorado otros diagnósticos o a que todavía no se haya encontrado la explicación de tales dolencias. Todo lo anterior supone una falta de esfuerzo terapéutico y diagnóstico que se da desde un sistema sanitario positivista y patriarcal. La violencia que de ello se genera impacta directamente con las vidas de estas tres mujeres. Mi pregunta es, ¿de qué manera?, ¿qué le supone a una mujer pasar por este proceso de falta de atención, mal-diagnóstico y sobremedicalización? A partir de estas preguntas se generan unos objetivos más específicos de cuestiones que creo pertinente conocer sobre estas experiencias. El desarrollo de la pregunta

¹ Al hablar de “síntomas afectivos” hago referencia a los afectos que son considerados como síntomas de los denominados “trastornos emocionales” en los manuales diagnósticos.

de investigación y de los objetivos se encuentra en el punto 1.2. (pregunta de investigación y objetivos).

Antes de pasar al abordaje metodológico, dedico unas páginas a desarrollar un marco teórico que da cuenta del escenario al que asistimos al hablar de violencias hacia las mujeres en el terreno de la institución sanitaria. En este punto trato de recoger explicaciones desde las cuestiones más amplias (institucionalización del conocimiento de la salud, y positivismo y androcentrismo de la ciencia) hacia cuestiones más específicas (cómo interactúan las estructuras afectivas con la salud de las mujeres). Las lecturas que utilizo para construir este apartado vienen, con carácter general, de la crítica feminista, en especial, hacia la institución sanitaria. Este apartado teórico se halla en el punto 2 (abordaje teórico).

Por último, desarrollaré el abordaje metodológico, para lo cual hago uso de la propuesta metodológica de las Producciones Narrativas (Balasch y Montenegro-Martínez, 2003). Para llevarla a cabo considero que uno de los papeles más importantes que asumo es crear las condiciones necesarias para que las conversaciones sobre el tema en cuestión se produzcan de forma recíproca. Es pues, de esta interacción, de donde surgirán las pautas para construir los relatos. La teoría y el proceso en los que resulta esta perspectiva metodológica se encuentran explicados en el punto 3.1 (propuesta metodológica). También en éste presento a las tres participantes de la investigación: Salomé, Vanessa y Lorena, tres mujeres que han vivido en primera persona la violencia del *sobrediagnóstico* emocional.

El fin de la metodología es la co-producción de relatos con las participantes de la investigación. De esta manera, el resultado consiste en tres narrativas o co-relatos. Los co-relatos son las propias producciones narrativas, que parten de las conversaciones que llevo a cabo con las tres participantes, a partir de las cuales redacto un primer relato que es revisado y corregido por ellas. De nuevo el relato vuelve a mis manos, llevándose a cabo este proceso tantas veces como fuese necesario. De esta forma, los relatos son una construcción conjunta que, aunque sean desarrollados por mí en primera instancia, tratan de salvaguardar la voz de las participantes. Éstos forman parte del punto 3.2. (narrativas).

Para finalizar este trabajo de investigación, reúno los puntos clave que de la misma considero que han surgido, desarrollando algunas conclusiones con la intención de sintetizar la relación entre las intenciones y los resultados del trabajo. Esto se encuentra en el punto 4 (discusión y conclusiones).

1. Abordaje Epistemológico

1.1. Epistemología

La perspectiva epistemológica que voy a utilizar para la investigación es la de los Conocimientos Situados de Donna Haraway (1991/1995). Esta perspectiva surge de la búsqueda de la autora por encontrar formas de generar conocimiento desde una perspectiva feminista. Para Schöngut-Grollmus (2015), las investigaciones feministas se distinguen de otras investigaciones no-feministas en que las primeras parten de la premisa de que «la naturaleza de la realidad en la sociedad occidental es desigual y jerárquica» (p. 112). Partiendo de la base de que «el género opera como una categoría primaria en la organización social» (Ibid., p. 128), autoras feministas como Haraway han trabajado por hallar caminos y alcanzar formas de hacer investigación feminista, con el objeto de dar cuenta de «las relaciones entre masculinidad, poder y autoridad en el contexto de la producción de conocimiento» (Ibid., p. 112). Para Gandarias-Goikoetxea (2014), la investigación feminista se caracteriza «por la transformación social de las opresiones de las mujeres» (p. 132).

La elección de la epistemología tiene que ver con cómo entiendo como investigadora la forma de producir conocimiento y qué es en sí mismo el conocimiento. De esta forma, entiendo el conocimiento como una herramienta práctica, ética y política que se genera siempre desde una posición concreta. Haraway establece la metáfora de la mirada para explicar esta manera particular de comprender el conocimiento.

La metáfora de la mirada hace una crítica a las teorías epistemológicas realistas, en un extremo, y a las relativistas, en el otro. Para la autora, la producción de conocimiento desde el positivismo, es decir, desde el modelo clásico de la ciencia, que glorifica la objetividad y la neutralidad, no contempla la mirada de la persona que está investigando y se entiende que el conocimiento es objetivo cuando se observa desde ningún lugar. De forma diferente, pero con puntos en común, encontramos el relativismo. Aunque la autora reconoce la naturaleza constructivista del conocimiento, para ésta tampoco esta epistemología reconoce la agencia, la intención y la responsabilidad de la persona que investiga. Así, el constructivismo tiende al relativismo en tanto que desresponsabiliza y vuelve a negar la mirada de la persona investigadora, entendiendo que el conocimiento es más verdadero cuanto menos singular y más plural es, cuando se puede observar desde todos lados.

Siguiendo la metáfora, la autora considera que las miradas que parten de estas epistemologías quieren reconocerse desde ningún lugar o desde todos. En los estudios que se derivan de ellas se oculta así a las personas que hay detrás de los mismos, con la intención de que esto suponga un antifaz de objetividad que enmascare cualquier ápice de subjetividad. Al mismo tiempo, estos conocimientos pretenden erigirse como una verdad absoluta y generalizada, como si la supuesta persona que ha producido un conocimiento fuera una especie de ser omnipresente.

Haraway expone que el conocimiento no parte ni del todo ni de la nada, sino que es construido por personas concretas que investigan o desarrollan un tema en cuestión. Sin embargo, la autora entiende que no podemos establecer un construcciónismo puro, ya que la realidad sí existe, solo que la forma en la que accedemos a la misma está sesgada por cada una de nosotras². Lo que propone Haraway es pues hablar de una mirada parcial y posicionada. Es decir, que el conocimiento siempre se genera desde una persona (o un conjunto de personas) que “mira” la realidad, que la percibe de una forma determinada y desde una posición concreta. Así, Haraway considera que no debemos negar la realidad, pero sí hablar de una objetividad encarnada. De esta manera, un conocimiento es válido porque tiene fundamentación y está bien construido y sostenido, pero también porque explica quién, cómo y por qué se ha llegado a ese mismo conocimiento. Estando presente la investigadora, su posición y su mirada, el conocimiento parte de un lugar concreto. Este lugar es parcial en tanto que no explica “la realidad” sino que da a conocer una visión de una parte de la misma, que puede estar bien sostenida según se dé cuenta del proceso de construcción del conocimiento. Esta parcialidad es una de las premisas clave de la epistemología de los Conocimientos Situados, en tanto que explica la limitación del conocimiento surgido y, por ende, la ilimitación de la contribución que queda por hacer.

Una de las principales posturas que tomo es la de no verme como un ente omnipresente, es decir, que entiendo que el conocimiento que genere con mi investigación parte, en primer lugar, de mi mirada como investigadora. Esto es, que en el momento en el que soy yo la que se propone tratar el tema en cuestión y la que decide cómo y con quién va a llevar a cabo la

² En términos generales, utilizo el genérico femenino para referirme al conjunto de la población, a las personas. Esta elección la tomo con el objetivo de tratar el lenguaje de forma que visibilice a las mujeres, tratando de alejarme así del androcentrismo que lo caracteriza.

investigación, estoy configurando una visión particular tanto de la investigación como del tema, que parte de mí. Por otro lado, reconociendo la imposibilidad de mi imparcialidad y neutralidad ante la investigación, me expongo a las miradas particulares y situadas de las mujeres que trabajarán conmigo en la investigación, de manera que mi visión de la situación no sea estática sino moldeable y abierta a entenderla desde otras posiciones. Así pues, de la misma manera, las participantes de la investigación también son sujetos situados, que tienen diferentes posiciones de enunciación. Las posiciones de las participantes son igualmente relevantes y es la atención a estos lugares de situación, de experiencia y de interpretación, una de las cuestiones clave de esta investigación.

Es necesario pues, en este punto, que explique qué son para mí las posiciones y dónde me encuentro yo en este entramado. Las posiciones explican que las personas generamos un determinado conocimiento por estar donde estamos, tanto social, como histórica o políticamente. Así pues, tanto nuestras posiciones sociales, como el momento histórico que vivimos o la forma que tenemos de entender el mundo social en el que nos encontramos, son cuestiones que nos sitúan, que nos atraviesan, y que, en definitiva, sirven de prisma para ver y comprender la realidad. De esta manera, tanto yo como investigadora, como las mujeres que participan en la investigación somos seres situados con prismas diversos.

Es, por tanto, un acto de responsabilidad ante la investigación, ante el conocimiento y ante las personas que trabajan conmigo, que explique mi posición particular. Lo primero que debo exponer es que tengo una visión occidentalizada de la realidad, lo que supone que a lo largo del trabajo voy a desarrollar diversas cuestiones desde esta mirada sesgada. También las participantes parten desde esta visión occidentalizada en tanto todas nosotras hemos nacido y vivimos en el norte político del planeta. Por otro lado, las cuatro personas que formamos parte de esta investigación somos mujeres blancas, que partimos del privilegio de haber sido entendidas como personas no racializadas, con todo lo que ello conlleva en la sociedad en general y en el contexto de la sanidad en particular. Por último, cabe añadir que también somos privilegiadas en tanto todas nosotras hemos tenido acceso a una formación superior y tenemos una determinada visión feminista del mundo que nos rodea.

En lo que respecta a la investigación que realizo, voy a tratar un tema (el *sobrediagnóstico* de lo emocional) que no he vivido en primera persona. Así, las personas con las que trabajo han vivido experiencias y tienen visiones al respecto que yo no encarno. También me parece importante reconocer que la relación que se produce entre investigadora-participantes es casi

inevitablemente jerárquica. De esta forma, al ser yo la que inicia y finaliza esta investigación y toma las decisiones de la misma, tengo un poder determinado. Además, al encontrarse esta investigación dentro de un marco académico específico, se me presupone como poseedora de un saber experto o superior, de manera que vuelvo a ser colocada en esta situación de poder. Aunque me ha resultado imposible deshacerme de esta relación asimétrica en lo que a la investigación respecta, he decidido partir de la propuesta metodológica de las Producciones Narrativas con la intención de que la voz de las participantes esté lo más presente posible.

Pese a no haber pasado nunca por la situación concreta que se trata en esta investigación, estoy interseccionada con el tema, razón por la que me encuentro aquí. Hace unos años estudié la carrera de psicología y, con una cierta perspectiva de género, problematizaba la prevalencia de determinados diagnósticos psiquiátricos en las mujeres. Sin embargo, nunca se trató en la universidad el porqué de esos datos, más allá de exponer que eran cuestiones bio-psicosociales. Desde hace unos años y, sobre todo, con los estudios que realicé sobre género, trato de ser observadora en aquellos momentos donde siento que me están violentando o están violentando a otra mujer por el hecho de serlo. Así pues, la sanidad ha sido un ámbito donde reiteradamente he visto esta violencia. En mi caso concreto se ha tratado generalmente de una cuestión de paternalismo, donde he experimentado cómo, bajo el paraguas de la objetividad de la ciencia y el poder que ello otorga a la persona profesional de la salud, se han invisibilizado mis malestares y acallado mi voz. Sin embargo, como decía, yo no he sido (*sobre*)diagnosticada de malestares emocionales. Específico esta cuestión porque es en este ámbito donde, a través de las experiencias de amigas y compañeras, he podido observar cómo estas violencias se multiplican. Las mujeres que participan y trabajan conmigo en esta investigación han vivido en primera persona esta cuestión: que la institución de la salud las haya violentado en lo que respecta a (*sobre*)diagnósticos relacionados con la salud emocional.

Por último, he de reconocer que el hecho de generar este conocimiento no es una cuestión inocente ni inocua. Escoger este tema es deliberadamente una crítica a las opresiones del sistema heteropatriarcal que sufrimos las mujeres. En concreto, de la institución de la salud y de la salud mental, y a los nuevos marcos de neoliberalismo y psicologización que interseccionan con lo anterior dibujando un terreno mucho más frágil e inestable para nuestra salud. Así pues, mi intención con esta investigación es la de contribuir al espacio ya configurado de la crítica feminista en la salud y en la salud mental, pudiendo servir, junto a mis

compañeras en la investigación, para problematizar cuestiones que se relacionan con el *sobrediagnóstico* de lo emocional.

1.2. Pregunta de investigación y objetivos

Pregunta de investigación

Si bien las violencias que las mujeres sufrimos en relación a la institución de la salud son amplias, he observado con frecuencia una en concreto que me resulta muy problemática. Ésta es, el *sobrediagnóstico* de lo emocional. Es decir, cómo profesionales de la salud, en muchas ocasiones en Atención Primaria, designan diagnósticos emocionales a las mujeres de manera apresurada, no basada si quiera en criterios diagnósticos y, aparentemente, sin ser conscientes de lo que acarrea un diagnóstico de la salud mental y su posible medicalización. Es por ello que yo me hago justamente esta pregunta, qué le supone a una mujer un diagnóstico de este tipo, cómo afecta a las mujeres el *sobrediagnóstico* de lo emocional.

Hago uso de la palabra “sobrediagnóstico” refiriéndome a un caso concreto de diagnóstico que se reproduce en el seno de la institución sanitaria. Si bien algunos trabajos (Gérvás y Pérez-Fernández, 2014) establecen que, desde el campo de la medicina, el término “sobrediagnóstico” se utiliza para denominar aquellos diagnósticos certeros pero innecesarios, yo lo voy a utilizar de forma distinta. El hecho de que lo utilice de otra manera no es más que un recurso práctico para abordar esta cuestión. Por ello, explicaré a continuación cómo entiendo dicha palabra.

El sobrediagnóstico³ al que aquí me refiero es tanto un diagnóstico por exceso, como un diagnóstico por defecto. Por exceso en tanto que se diagnostica por encima de la “realidad”. Es decir, que se realizan más diagnósticos de los que realmente cumplen con los propios criterios. Además, las mujeres tienen en la actualidad muchos más “diagnósticos emocionales” respecto a los varones y, por supuesto, respecto a cualquier otra época. Por otro lado, entiendo el sobrediagnóstico como defecto en tanto que se produce por una falta⁴: una falta de atención, de tiempo, de importancia, de credibilidad o de interés. Esto se traduce en que se desarrolle

³ Hasta ahora había utilizado la cursiva para dar cuenta de la ambigüedad del término. A partir de este momento dejaré de utilizarla, ya que se expone en el párrafo la precisión con la que utilizo el mismo.

⁴ En la literatura sobre género y salud, esto puede traducirse en lo que se ha llamado “falta de esfuerzo diagnóstico” (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 20014; Ruiz-Cantero et ál., 2020).

escasos o nulos diagnósticos diferenciales (comparación de los síntomas con los de otros posibles diagnósticos) y, por supuesto, en que se lleven a cabo pocas o ninguna explicación ambiental o social.

El hecho de que haya elegido tratar el sobrediagnóstico de lo emocional, y no otro, se debe a que éste es el caso que he visto producirse con más frecuencia. Asimismo, la emoción es una cuestión que siempre se ha visto y entendido como problemática en las mujeres; una cuestión que deviene de los viejos dualismos (razón-emoción) y que perdura de manera patriarcal en la sociedad. Por otro lado, las nuevas lógicas neoliberales de mercado se han retroalimentado con el auge de la psicología para configurar lo emocional como una cuestión clave en la salud/enfermedad y como un hecho fácilmente sanado por psicofármacos.

Todo ello configura unas nuevas lógicas de enfermedad emocional y salubridad química que interaccionan con el género y contribuyen a construir y a materializar la salud de las mujeres más vulnerable.

Objetivos

Los objetivos que me planteo de cara a la investigación surgen de esta pregunta de investigación. Así pues, el objetivo principal de la misma es conocer la experiencia de las mujeres con sobrediagnósticos emocionales. Los objetivos específicos que de éste ramifican suponen conocer los siguientes aspectos de estas experiencias:

- Qué conlleva recibir (y aceptar si así fuera) un diagnóstico emocional cuando el motivo de la consulta se refiere a un dolor o una molestia física;
- Qué sesgos y faltas (en referencia a las faltas cometidas por profesionales de la salud) se experimentan desde esta posición; y
- Qué efectos para la salud (tanto físicos como psíquicos y/o emocionales) supone dicho sobrediagnóstico.

2. Abordaje Teórico

El hecho de que las mujeres sean diagnosticadas apresurada y *científicamente*⁵ de los llamados “trastornos emocionales”, tales como la ansiedad y la depresión, o de “síntomas afectivos” como el estrés y, a la suma, en muchos de los casos sean medicalizadas por ello, resulta una violencia que se ejerce desde la institución sanitaria. Las violencias que se reproducen con facilidad en la consulta *del médico* se deben a una larga historia de constitución de la ciencia como disciplina masculina. Como explica Cabruja-Ubach (2007, p. 163-164), esta «razón masculina de la ciencia» ha operado «con el dominio del otro, en concreto de la mujer», bajo dos máximas: «el (...) positivismo y el (...) sistema patriarcal». De esta forma, la institución de la salud se ha encorsetado en un marco de, por una parte, objetivismo y saber universal; y por la otra, de androcentrismo y opresión hacia las mujeres.

En lo que respecta al sobrediagnóstico de lo emocional, operan violencias desde viejas explicaciones sobre lo que es la mujer y el puesto que ocupa en la escala evolutiva. Las asociaciones entre mujer y emoción (vs. hombre y razón), y todas las que anteceden y devienen a estos dualismos clásicos, aunque anticuadas e incompletas, dan un marco de entendimiento concreto por el que, en la práctica actual de la medicina y, dentro de ésta, en particular de la psiquiatría, siguen ocurriendo violencias como dicho sobrediagnóstico.

Para abordar todas las cuestiones que de estas premisas se generan, comenzaré desarrollando un marco histórico y explicativo de la institucionalización de las prácticas y del conocimiento de la salud (punto 2.2.), para pasar seguidamente a desarrollar las máximas anteriormente nombradas sobre las que se sostienen las violencias de la salud: el positivismo y el androcentrismo (punto 2.3. y punto 2.4.). Previo a esto, plantearé algunas cuestiones que me parecen imprescindibles antes de comenzar dicha estructura. Estas cuestiones previas tienen que ver con lo que se conoce como el malestar de las mujeres (punto 2.1.).

⁵ Utilizo este término haciendo referencia a los diagnósticos que ni siquiera se basan en los propios criterios que la ciencia (la medicina y la psicología, en este caso) han estipulado para ellos.

2.1. El malestar de las mujeres: violencia simbólica y malestar emocional

Pese a que en este trabajo de investigación me centro en el sobrediagnóstico de lo emocional, es decir, en aquellos casos donde los malestares emocionales se patologizan y medicalizan, creo que no debemos perder de vista la prevalencia de éstos en las mujeres.

Desde el momento en el que las personas nos reconocemos como “cuerpos sexuados”⁶ (Fausto-Sterling, 2006) asumimos una estructura que delimita el sistema sexo-genérico, configurando dos *arquetipos* de identidad y roles. De esta manera, asumimos los ideales de feminidad y masculinidad que se adjudican a unos cuerpos u otros y donde lo masculino tiene poder sobre lo femenino. La integración de esta estructura en los propios cuerpos es lo que Bourdieu (1998/2000) llama “violencia simbólica”. La violencia simbólica es causa y consecuencia de que las personas interioricemos unas formas concretas de sentir y pensar, encarnando la violencia que, en el caso del género, somete a las mujeres y empodera a los hombres. Esta violencia es prácticamente invisible, ya que se ejerce «a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento» (Ibid., p. 12). La “dominación masculina” (Ibid.) que de este sistema simbólico se genera es en sí una explicación de las diferencias en el “padecimiento mental” (Ordorika-Sacristán, 2009) de mujeres y hombres.

El ideal de feminidad en el que somos socializadas las mujeres comprende determinadas máximas y roles que, además de ser inalcanzables, suponen riesgos para la salud emocional. Para entender mejor este ideal, es preciso remontarnos a su (re)configuración en lo que se conoce como el patriarcado moderno. Antes de la Revolución Industrial, las familias medievales -siendo patriarcales- se organizaban en el seno del hogar: mujeres y hombres, con

⁶ Hago uso del término “cuerpos-sexuados” -que da nombre a la obra de Fausto-Sterling que se cita- con el objetivo de mostrar el “sexo biológico” como una construcción, en tanto que se trata de una interpretación que socialmente hacemos de los cuerpos en base a los órganos reproductores y a los cromosomas sexuales. Esta forma dualista de entender los cuerpos como mujeres y hombres no explica, a mi entender, la realidad, que es mucho más diversa y compleja. Pese a tener estas concepciones, con carácter general hago uso de la categoría “mujer” y de la categoría “hombre” de manera dualista y refiriéndome en algunos casos a personas cisgénero. También hago uso de la terminología “aparato reproductor” y “órganos reproductivos masculino y femenino” atendiendo a esta forma dualista y cisgénero de entender la realidad. Soy consciente de que con este uso del lenguaje estoy perpetuando algunas lógicas dualistas y opresoras para determinados colectivos -como las personas trans o las personas intersexuales- pero, debido a las limitaciones del trabajo, he tenido que tomar la decisión de hacer este uso del lenguaje.

determinada división de tareas y total asimetría de poder, realizaban sus trabajos en un mismo entorno, siendo todos éstos considerados importantes y necesarios para el desarrollo y mantenimiento de la vida (Burin, 2010). Pero, como explica Pateman en su obra de *El contrato sexual* (1988/2019), con la llegada de la industrialización y del derecho político se conformaron dos esferas diferenciadas: la esfera pública y la esfera privada. Éste es el momento del contrato social, hito de la libertad; el momento en el que los varones (blancos) se igualan ante la ley, poseyendo la capacidad de negociar contractualmente. Los contratos podían firmarlos individuos de pleno derecho, lo cual no incluía a las mujeres, que se entendía que carecían de manera natural de los atributos y las capacidades propias de los llamados individuos. Sin embargo, con la llegada del contrato social, Pateman explica que se configura una nueva forma de entender el matrimonio, al ser éste un nuevo contrato con una particularidad muy concreta: era el único contrato firmado por mujeres. Como explica Amorós (1994), se daba bajo estas condiciones un contrato entre “pactantes” y “pactadas”.

Esta parte de la historia del contrato social, que cuenta la otra mitad que no suele explicarse (la del contrato sexual), viene a configurar las dos esferas antes mencionadas: la pública, ocupada por los hombres; y la privada, ocupada por las mujeres. Con esta división queda totalmente restringido el espacio de las mujeres, tanto física, como práctica e intelectualmente. Las mujeres serán privadas de lo público y se les otorgará lo doméstico como un *trabajo* natural, que les pertenece por sus capacidades y limitaciones. De esta forma, el trabajo que realizan las mujeres deja de verse como un trabajo, pese a que el mismo sea imprescindible para el mantenimiento de la vida y, por ende, para que pudiese producirse el trabajo masculino fuera del hogar. Así pues, se les arrebata la dignidad y el reconocimiento de un trabajo que sí tenían en el antiguo patriarcado de la familia medieval. Ésta es, en palabras de Pateman, la historia del contrato sexual, por el cual los hombres incorporaron al derecho su posesión sobre el cuerpo de las mujeres.

La esfera privada, a la cual quedan relegadas las mujeres, se configura como un espacio de la “indiscernibilidad”, de las idénticas; las mujeres no poseen la individuación que están reconociéndose los hombres en el espacio público (Amorós, 1994). Este espacio privado, que en realidad es estrictamente doméstico⁷, asigna a las mujeres unos roles más rígidos: el rol de

⁷ Con generalidad, utilizo los términos “espacio privado” y “espacio doméstico” indistintamente. Los utilizo para referirme a la parte común que comparten: el espacio del hogar. Sin embargo, cabe añadir que considero que para las mujeres el espacio privado en este momento era “estrictamente doméstico”, es decir, que no era una zona

esposa, el rol de madre y el rol de ama de casa. Estos roles se caracterizan por una expectativa de servilismo, altruismo, contención emocional e inhibición de la agresividad (Burin, 1990). Además, suelen conllevar tareas repetitivas y rutinarias, de máximo esfuerzo y dedicación, siendo también trabajos invisibles que solo se perciben «cuando se (...) realiza mal o de forma insuficiente» (Burin, 2010, p. 15). Estos trabajos pueden llevar a la autodesvalorización, la culpa o la represión de impulsos y de ira que, como explica Linardelli (2015), «se imponen socialmente como rasgos típicos de la subjetividad femenina e implican mayor vulnerabilidad frente a la depresión» (p. 210).

El malestar de las mujeres que parte de un agotamiento en estos márgenes impuestos con responsabilidades altísimas y sin valor concedido, las ha llevado -y las lleva- a tener peor salud emocional. Betty Friedan denomina este malestar como “el problema que no tiene nombre” en su obra *La mística de la felicidad* (1963/2016), donde evidencia cómo, en un contexto de supuesta comodidad económica y familiar, las mujeres blancas de clase media experimentaban la desidia de complacer las expectativas de ser el “ángel del hogar” que la sociedad esperaba de ellas. De hecho, el siglo pasado se llegó a establecer una enfermedad femenina conocida como “el síndrome del ama de casa”, que profesionales de la época consideraban como un problema de salud pública (Ehrenreich y English, 1989/2010). Como respuesta a esta opresión surgieron algunos de los movimientos situados en la segunda ola del feminismo occidental⁸, donde se hizo especialmente popular el lema de “lo personal es político”, acuñado por Kate Millett en su tesis doctoral que posteriormente publicó con el título de *Política sexual* (1970/1995). Este lema venía a politizar un malestar que se escondía detrás de cuatro paredes, destapando la opresión que las mujeres vivían en el espacio doméstico.

Aunque desde entonces hasta ahora los espacios se han reconfigurado, los roles conyugal, maternal y doméstico los siguen desarrollando en mayor medida las mujeres. Así, en la actualidad nos encontramos con que el matrimonio es un factor protector para la salud mental de los hombres, mientras que supone un factor de riesgo para las mujeres (Benedicto, 2018). También se ha visto que el número de menores bajo tutela influye en la vulnerabilidad del

de descanso y comodidad (como sí para los hombres), sino que resultaba, en definitiva, un lugar de trabajo, del trabajo doméstico.

⁸ Hablo del "feminismo occidental" porque es en este contexto geográfico y político donde se produjeron lo que comúnmente se denominan las "olas del feminismo".

malestar psíquico de las mujeres, siendo el hecho de tener tres o más infantes a su cargo de mayor riesgo (Burin, 2010). Asimismo, se ha observado que las mujeres casadas utilizan más medicación que las solteras, y que a más menores bajo tutela más posibilidad de consumir psicofármacos (Romo y Meneses, 2015). El hecho de que las mujeres hayan ocupado el espacio público, al no haber ido acompañado de un reparto de las tareas del espacio doméstico, supone dobles y triples jornadas, con el estrés físico y emocional que una carga de trabajo excesiva implica. Por otro lado, los empleos más feminizados suelen ser de cuidados, empleos que también se relacionan con “diagnósticos” y “síntomas” emocionales, especialmente con la depresión, la ansiedad, la tristeza y el agotamiento (Martínez-Benlloch, 2003; Zapata, 2017).

Por otro lado, la desigualdad y la discriminación que se genera de la dominación masculina se materializa en condiciones de vida adversas para las mujeres, como lo es: un mayor aislamiento, falta de recursos materiales y simbólicos, un estatus inferior, infravaloración, indefensión, menores posibilidades de tomar decisiones consideradas importantes y de expresar los intereses y emociones. Además, las mujeres tienen peores condiciones socioeconómicas: tienen más posibilidades de vivir bajo el umbral de la pobreza, de estar en el paro o de realizar migraciones. A todo ello se le suman experiencias de violencia física, psíquica y sexual, entre otras. Todo lo anterior se traduce en una mayor vulnerabilidad y predisposición al sufrimiento emocional, como lo son las categorías diagnósticas a las que llamamos depresión y ansiedad (Martínez-Benlloch, 2003; Ordorika-Sacristán, 2009; Burin, 2010; Ortega-Ruiz, 2011; Valls-Llobet, 2013; Linardelli, 2015; Benedicto, 2018). Otros diagnósticos como la anorexia y la bulimia, y la mayor prevalencia de éstos en las mujeres, puede asociarse a un ideal de feminidad del culto al cuerpo (Vindhaya, 2002; Ordorika-Sacristán, 2009). Con todo ello, algunas autoras afirman que las mujeres acuden más a los servicios sanitarios por malestares depresivos y de ansiedad (Romo y Meneses, 2015), y estos servicios las conducen a una «medicalización con ansiolíticos y antidepresivos desde la primera visita asistencial» (Valls-Llobet, 2013, p. 37).

Así pues, vemos cómo el ideal de feminidad que se configura lleva a «producir formas de subjetividad susceptibles a ciertos padecimientos mentales» (Linardelli, 2015, p. 210), que Burin (1990) denomina como “subjetividades femeninas vulnerables”. En definitiva, lo que esto explica es que el ideal de feminidad en el que somos socializadas las mujeres constituye estructuras de comportamiento, pensamiento y afecto que ponen en riesgo nuestra salud emocional.

El malestar emocional ha acompañado a las mujeres en toda la historia patriarcal de la sociedad. Pese, y junto a ello, también presenciamos una serie de estigmas y opresiones que rodean a la mujer en un halo de *locura*. La institucionalización de las prácticas y los conocimientos sobre la salud y el sanar ha contribuido, no solo a silenciar y a perpetuar dicho malestar, sino que ha hecho de él un enigma patológico con el que culpabilizar a las mujeres de sus dolencias. Esta forma patriarcal de entender la salud de las mujeres desde la que se enuncia la institución sanitaria tiene que ver con la forma en la que ésta se ha erigido como una disciplina masculina, usurpando los conocimientos sobre la salud y el sanar que las mujeres desarrollaron a lo largo de la historia.

2.2. Institucionalización del conocimiento de la salud como disciplina masculina: la usurpación de los saberes tradicionales de las mujeres y la ascensión de los expertos

La institucionalización de la medicina y la psicología explica una oposición de la sabiduría tradicional de las mujeres a un ascenso de «los expertos médicos, psicólogos y ginecólogos» (Cabruja-Ubach, 2017, p. 6), que eran «hombres, blancos, occidentales y de una élite» (Id.). Antes de que la medicina fuera una actividad reglada, las mujeres se ocupaban de las tareas de sanar y curar. Conocían las hierbas, las precauciones para los riesgos del embarazo y «las canciones para calmar a un niño con fiebre» (Ehrenreich y English, 1989/2010, p. 32). Las mujeres adquirían estos conocimientos de la experiencia de sus madres y abuelas.

Con la llegada de la ciencia, los nuevos expertos científicos «reclamaron todo el mundo observable» (Ibid., pp. 42-58) y, pese a que la ciencia irrumpió como disciplina contrahegemónica a los mandatos eclesiásticos, pronto «firmó la paz con el orden social» (Id.). Así pues, la ciencia llegó atacando a la autoridad para pasar a convertirse en la nueva autoridad. Sin embargo, la ciencia no apareció como un «triunfo inevitable de la razón sobre el error» (Id.), ya que las primeras teorías de los expertos sobre el sanar eran «acentíficas» (Id.), mientras que «el saber tradicional de las mujeres se basaba en siglos de observación y experiencia» (Id.).

Uno de los actos más brutales de la usurpación de los saberes tradicionales de las mujeres se vio representado en las cañas de brujas que se dieron en Europa. Muchas de estas mujeres, que eran tachadas de brujas y asesinadas por ello, ejercían un derecho a sanar que les estaba siendo arrebatado. Entre los crímenes que se les asignaba estaba el «suministrar métodos anticonceptivos, realizar abortos [o] facilitar drogas que aliviaran los dolores del parto» (Ibid.,

pp. 53-64). Es decir, que en este momento «el hecho de que una mujer practicara curaciones era en sí mismo un crimen» (Id.). Las mujeres de la época poseían una multitud de remedios, como «analgésicos, digestivos y anti-inflamatorios» (Id.). El libro *Liber Simplicis Medicinae*, escrito por Hildegard de Bingen, enumeraba «propiedades curativas de 213 variedades de plantas y 55 árboles, además de docenas de derivados minerales y animales» (Id.). Las llamadas brujas fueron las que ampliaron el conocimiento sobre «los huesos y músculos, las hierbas y drogas» (Id.), en un momento donde los médicos seguían basándose en la astrología. En el siglo XIV, la persecución contra las sanadoras había alcanzado casi toda Europa. Ésta sentó un antecedente para la persecución de las mismas en Norteamérica en el siglo XIX que, aunque no se caracterizó por prácticas de tortura explícitas como la caza de brujas, buscó la dignificación de una profesión médica reglada por medio de represiones y calumnias.

Podemos hablar de que la institucionalización de la medicina «se ubica a finales del siglo XVIII en Europa y a principios del siglo XIX en América» (Linardelli, 2015, p. 202). Para Foucault (1990), es a partir del siglo XVIII cuando se amplían las instituciones de la salud, y el comportamiento y el cuerpo humano «se incorporan en una red de medicalización cada vez más densa y amplia» (p. 121). De nuevo, la Revolución Industrial empezó a desplazar los espacios y las competencias de las mujeres. Con este desplazamiento de lo productivo a las fábricas, también la capacidad de sanar fue usurpada a las mujeres con la intención de capitalizarla. Como explican Ehrenreich y English (1989/2010), «los tónicos caseros de hierbas serían sustituidos por productos químicos de compañías farmacéuticas multinacionales, y las comadronas serían reemplazadas por cirujanos» (p. 36).

Una de las principales problemáticas que les surgía a los hombres que querían erigirse como expertos y profesionales de la salud era la cuestión de la exclusividad. Para que actividades como el curar y el sanar fueran “revalorizadas” debían ejercerse solamente por estos expertos. Esto no solo arrebataba a las mujeres la capacidad de sanar, sino que convertía esta sabiduría en un conocimiento inalcanzable para la mayoría de la población. Así, las autoras antes mencionadas afirman que:

Mientras que la sanadora lega trabajaba dentro de una red de intercambio de conocimientos y apoyo mutuo, el hombre profesional atesoraba su saber como una especie de posesión que debía ponerse a disposición de clientes acomodados o venderse en el mercado como un artículo más. Su objetivo no era difundir el oficio de sanar, sino concentrarlo en un grupo elitista. (Ibid., p. 59)

El hecho de que la medicina empezara a salir al mercado suponía un riesgo todavía mayor que la usurpación del conocimiento: para que una actividad sea mercantilizada tiene que ser cuantificable. Esto conllevaba que los nuevos expertos debían establecer actos concretos y de gran efecto (violentos para el cuerpo) para que su trabajo pudiera reconocerse y remunerarse. Este hecho resignificaba lo que hasta el momento se había entendido por sanar, ya que las mujeres curanderas, sanadoras o comadronas actuaban en una red vecinal en la que dedicaban un tiempo extendido y personalizado a sus vecinas con dolores, malestares o procesos biológicos naturales. El cambio de paradigma de entender el sanar como cuidado a entenderlo como una mercancía cuantificable es una imposibilidad, ya que «*sanar* no puede ser algo diferenciado ni tangible; incluye demasiados detalles de amabilidad y de aliento, demasiados datos acumulados sobre el miedo y la entereza de cada paciente» (Ibid., p. 73).

A lo largo del siglo XIX se fue regularizando la profesión médica, lo que conllevaba conceder títulos a hombres formados por otros hombres y no dárselos a mujeres formadas por otras mujeres. Con la concesión de títulos se imponían nuevas multas y penas de cárcel para cualquier persona que ejerciese la profesión de manera “irregular”. En 1847 estos médicos regulares se unieron para formar la Asociación Médica Americana, que no admitió mujeres hasta 1915. En esta nueva era de la medicalización de la salud, las teorías de las brujas poseídas ya no eran la excusa, sino que se argumentaba que las mujeres eran demasiado delicadas, frágiles y vulnerables para una profesión con tantas vísceras. El peso de estas teorías, que reinaron la ascensión de los expertos hasta que se les permitió a las mujeres entrar en la medicina reglada, era una contradicción ridícula. Como explican Ehrenreich y English (1989/2010):

Hasta la más protegida dama victoriana -por no hablar de la madre de clase obrera que luchaba para sacar adelante a su familia en un piso alquilado de una o dos habitaciones- sabía algo de ‘sangre y lodo’. Una mujer se enfrenta necesariamente a la sangre más a menudo que un hombre (...). Las madres saben mucho más de lodo y malos olores, aunque estén arropadas por criados, que los hombres de negocios o los profesores. (p. 99)

La regularización de la medicina científica tuvo que contar con la ayuda de «tiburones convertidos en filántropos» (Ibid., pp. 122-144), como Rockefeller y Carnegie, que contribuyeron a cerrar las escuelas irregulares (subvencionando únicamente las escuelas más ricas), donde estudiaban principalmente personas de clase baja, mujeres y personas racializadas. Con el cierre de estas escuelas, «la medicina fue siendo cada vez más propiedad

de una élite blanca, masculina y abrumadoramente aristocrática» (Id.). El único lugar donde seguían actuando las mujeres en el ámbito sanitario de forma “regular” a principios del siglo XX era ejerciendo como comadronas. Las comadronas eran la «última cuestión» (Id.) que «quedaba por despejar» (Id.) para que las mujeres desaparecieran de la medicina. Para ello se llevó a cabo una campaña de desprestigio hacia ellas, donde se las tachaba de ignorantes e incompetentes. Entre 1900 y 1930 se erradicaron a las comadronas, pese a que los médicos eran menos competentes que ellas en este trabajo. De esta forma, «las mujeres perdieron su última función autónoma como sanadoras» (Id.).

Los expertos no solo usurparon la capacidad de sanar que se producía entre las mujeres, sino que, a lo largo del siglo XX, también empezaron a establecer la científicidad de todos los espacios que se habían asignado a la mujer. Así, comenzó la “ciencia doméstica” y el “experto de la educación de los hijos”. Estas nuevas ciencias sobre lo que había sido atribuido a las mujeres no llegaron para preguntar a éstas por sus conocimientos, ni para dar un valor nunca reconocido a estos trabajos, sino que, por el contrario, supuso un dispositivo de control sobre las mujeres y sobre cómo eran responsables de los gérmenes y de los comportamientos *negativos* de las criaturas. Estos dispositivos ya no eran ejercidos solamente por la medicina, sino que habían sido promovidos sobre todo por una nueva ciencia que venía a hacerse experta sobre la “cuestión femenina”: la psicología.

Todo este proceso de institucionalización de la salud viene a contar cómo el sanar se fue convirtiendo en una cuestión científica y masculina, lo que ha conducido y contribuido a que en la actualidad el conocimiento sobre la salud sea un saber experto difícilmente accesible que confiere a las personas profesionales de la salud de una actitud paternalista sobre las *pacientes*. Pese a que en la actualidad las mujeres formen parte de la institución sanitaria, los valores que predominan en la misma siguen bebiendo de estos imperativos positivistas y patriarcales.

2.3. Positivismo de la salud mental y neoliberalismo: de la objetividad de la ciencia a otros marcos actuales para la comprensión de lo emocional

La medicina en general, y la psiquiatría en particular, y la psicología, como ciencias, se han instituido en valores que se ven indispensables para su legitimidad, éstos son, la neutralidad y la universalidad (Gómez, 2012). Así pues, los hallazgos y las prácticas que de estas disciplinas se han ido sucediendo se han entendido como una verdad incuestionable y generalizable. Sin embargo, como explica Haraway (1978), la ciencia no nos permite ver el mundo tal como es,

sino que refleja una realidad sesgada y mermada por nuestras intenciones y conceptos previos. La ciencia, como explica la autora, escinde la naturaleza de la cultura y le otorga a la primera un carácter inevitable. Lo que está haciendo al distinguir estos dos conceptos es eliminar el carácter político de todo aquello que surge de su práctica, al no reconocer cómo la cultura opera sobre las formas de comprender y construir la naturaleza. Retomando los términos de biopolítica y biopoder de Foucault, que explican cómo los estados actúan sobre los cuerpos, Valls-Llobet (2013, p. 35) añade a esta ecuación cómo los «descubrimientos científicos» también configuran los cuerpos, especialmente en lo que respecta a la «ingeniería genética» y a «los fármacos».

En el caso de las ciencias de la salud mental, y concretamente de la psicología, el positivismo se convierte todavía más en un oxímoron. En la medida en que la psicología se instituye como saber sobre la subjetividad (Cea-Madrid y López-Pismante, 2014), pudiera parecer que la “objetividad” de la misma es una contradicción, en tanto que reconoce el carácter subjetivo de la experiencia y la práctica humana. Sin embargo, esta joven ciencia se ha esforzado en erigirse como neutra y objetiva como todas las demás. Pero, otorgarle el carácter de ciencia objetiva a la psicología en concreto, supone establecer como neutras prácticas sobre la subjetividad. Es por ello que el ejercicio de la psicología resulta un perfecto aliado para el control social (Vindhaya, 2002; Cabruja-Ubach, 2007; González-Sanjuán, 2011).

Tras esta apariencia de ciencia neutral, la psicología ha promovido -y promueve- valores como el individualismo, la supremacía masculina o la conformidad política, reforzando la ideología (neo)liberal (Vindhaya, 2002). El caso del individualismo es el más reconocible de las prácticas de la psicología, ya que, bajo este paradigma científico se asumen los malestares y las “desviaciones” del comportamiento normativo como problemas y patologías que surgen de la propia individualidad. Si bien se reconoce una causalidad bio-psico-social de los malestares, la psicología y la psiquiatría acaban por perpetuar un reduccionismo biológico de los mismos. Este hecho no solo reproduce el *statu quo*, sino que también responsabiliza y culpabiliza a las personas de sus propios malestares (*Ibid.*). Así, las ciencias de la salud mental despolitizan los malestares y dificultan la conformación de un tejido comunitario y asociativo que problematice en términos sociales los propios malestares emocionales. De la misma manera se «despolitiza la subordinación sociocultural de las mujeres» (Roselló-Peñaloza et ál., 2019, p. 11).

Desde finales del siglo XX y principios del XXI, el neoliberalismo toma fuerza, lo que supone el predominio del mercado en la mayoría de los aspectos cotidianos. Con ello, la industria farmacéutica se acopla al nuevo modelo de salud mental donde ambas son retroalimentadas (Linardelli, 2015; Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2018). Este nuevo modelo, caracterizado por la farmacología, ha ido respondiendo a los conflictos y necesidades que se han ido produciendo en el seno de un sistema capitalista neoliberal. Así, el neoliberalismo, que «produce inevitablemente desigualdad y pobreza» (Cea-Madrid y López-Pismante, 2014, p. 163), se ha interesado en construir subjetividades basadas en el mismo modelo de mercado. Estas subjetividades tienen que ver con la autoproducción, la incesante construcción de identidad y el emprendimiento de una misma; es decir, una perpetua ocupación de la propia persona consigo misma. Resulta un complejo entramado que las subjetividades que se promueven desde el neoliberalismo consistan en aquellas que se construyen a sí mismas, subjetividades que construyen constantemente subjetividad. Con ello, casi es un oxímoron hablar de que es el neoliberalismo el que promueve construir subjetividades de determinada manera, en tanto que somos las propias personas las que nos ocupamos a tiempo completo en ello (Peran, 2016). De esta manera, se hace mucho más difícil establecer el origen, que acaba por constituirse como producto original de la individualidad. El imperativo de construir incesantemente subjetividad que reina sobre las personas que vivimos en países donde gobiernan las lógicas neoliberales, supone una «explotación extrema de nuestras posibilidades productivas» (Ibid., pp. 48-52), que conduce a una fatiga y a un «estado de nervios» (Id.) que resultan en graves sufrimientos emocionales para las personas.

No podemos hablar de la prevalencia generalizada de los conocidos “trastornos emocionales” sin comprender los conflictos subjetivos impulsados por el modelo socio-económico imperante. Con los psicofármacos y las explicaciones simplistas del desequilibrio químico, la institución de la salud mental ha soportado los malestares emocionales derivados de los imperativos neoliberales dándoles una explicación cómoda para ambos. Así pues, el positivismo de la ciencia sirve como camuflaje para sostener los malestares que devienen de las vidas aceleradas y precarias producidas por modelos políticos y económicos contrarios a la salud. García-Dauder y Guzmán-Martínez (2019) explican que, «desde un paradigma neoliberal, podemos pasar de politizar la salud (la salud es política) a sanitarizar –y con ello psicologizar e individualizar– lo político» (p. 76).

Con todo lo anterior pretendo visibilizar cómo las lógicas positivistas y neoliberales que nos gobiernan en la actualidad contribuyen a empeorar nuestra salud emocional. Y, en especial, hacer hincapié en que la institución sanitaria -sobre todo las “ciencias psi”-, en sintonía con la industria farmacéutica, reproducen dicho malestar acallándolo con fármacos y culpabilizando a las propias personas de encarnarlo, haciendo de éstas la responsabilidad de acabar con el mismo. Por otro lado, la supuesta objetividad que impregna todo lo venidero de la ciencia y del sistema sanitario ha promovido la idea de que los valores de los mismos son neutros, escondiendo las opresiones que se reproducen en su seno. Entre ellas se incluye la opresión hacia las mujeres. El hecho de que el sistema en el que convivimos sea patriarcal supone, entre muchas otras cosas, que las instituciones se hayan configurado desde una visión androcéntrica, donde el hombre ha sido la mirada y lo mirado para explicar la realidad. Éste, por supuesto, es el caso también de la institución sanitaria.

2.4. Androcentrismo sanitario: del modelo masculino de la ciencia a los dualismos clásicos “cuerpo-mente” y “emoción-razón”

Hablar de que la institución de la salud es androcéntrica supone alumbrar el hecho de que se sostiene sobre un «modelo masculino-universal» (García-Dauder y Guzmán-Martínez, 2019, p. 61). Este modelo no solo significa que *el científico* se vea como un hombre, blanco y occidental; sino que implica que el objeto de la misma ciencia es también un varón (blanco y occidental). Así pues, nos encontramos con que las investigaciones que se desprenden desde la salud se dirigen principalmente a hombres (González-Sanjuán, 2011; Tasa-Vinyals et ál, 2015; Aránguez-Sánchez, 2018; Benedicto, 2018; García-Dauder y Guzmán-Martínez, 2019).

Antes de los años noventa, los estudios estaban exclusivamente contemplando el modelo masculino como sujeto universal, pese a que el movimiento feminista de los años sesenta ya reivindicase su descontento con la atención sanitaria que recibían las mujeres (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004). Y aunque la sanidad ha incorporado cierta perspectiva de género, Aránguez-Sánchez (2018) afirma que la situación no ha mejorado mucho, ya que «los ensayos clínicos solo incluyen un 24,6% de mujeres y solo se ha realizado un análisis específico de género en un 14% de los ensayos» (pp. 241-242). Este hecho supone una total inadecuación en la «atención, accesibilidad y distribución de los recursos a las necesidades de las mujeres» (Benedicto, 2018, p. 611). Algunas autoras (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004) denominan como “falta de esfuerzo terapéutico” a la desigualdad que se produce respecto a las siguientes situaciones:

el acceso a los hospitales de ambos sexos para igual necesidad, la comparación de los tiempos de demora y de espera desde los primeros síntomas hasta la atención sanitaria, los tipos de estrategias terapéuticas y el consumo y el gasto de medicamentos por sexos. (p. 120)

Un ejemplo de ello se visibiliza en el hecho de que los hombres hacen mayor uso de los hospitales y servicios especializados, mientras que las mujeres hacen mayor uso de la Atención Primaria (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004; Tasa-Vinyals et ál., 2015). Desde la Organización Mundial de la Salud se reconoce desde hace tres décadas que la atención sanitaria contribuye a las desigualdades de género en lo que a la salud concierne (González-Sanjuán, 2011).

Cuando hablamos de androcentrismo generalmente hablamos de sesgos. Teniendo siempre presente que el androcentrismo es una cuestión estructural y totalmente transversal, hablar de sesgos específicos de género ayuda a contemplar mejor determinados escenarios. La palabra “sesgo”, según Tasa-Vinyals et ál. (2015) «hace referencia a la existencia de error sistemático -por contraposición al error aleatorio-» (p. 16), que se da tanto en la investigación como en la práctica clínica. Estas autoras hablan de dos tipos principales de sesgo en este contexto: el primer mecanismo de sesgo, donde se asume igualdad entre hombres y mujeres cuando existen diferencias; y el segundo mecanismo de sesgo, donde se asumen diferencias cuando en realidad no existen. A continuación, hago uso de esta terminología para desarrollar algunos de estos sesgos androcéntricos.

Primer mecanismo de sesgo: asimilación al varón. Cuerpo sexuado masculino y masculinidad como norma

El primer mecanismo de sesgo hace referencia al hecho de asimilar las formas de enfermar y de sanar de las mujeres a las de los hombres. Si la cuestión es comprender las diferencias que se dan entre ambas dos categorías sexo-genéricas en estos aspectos, y observamos que el objeto de la ciencia es mayoritariamente el varón, nos encontramos con que estas diferencias no son percibidas ni atendidas.

Según Aránguez-Sánchez (2018), las “enfermedades de las mujeres” y otros aspectos diferenciadores de la salud en términos sexo-genéricos no se estudiaron hasta los años ochenta. Y cuando este estudio empezó a llevarse a cabo, las personas profesionales de la salud entendieron que las diferencias en los cuerpos sexuados femeninos (respecto a los masculinos) eran una cuestión a eliminar. Erradicar hormonalmente procesos como la menstruación o la

menopausia en caso de complicaciones se pensó (y se piensa) como la solución. A pesar de que hace cuatro décadas que comenzaron los estudios específicos de la salud de las mujeres, éstos solo se centraron en la salud reproductiva, que consideraban que era la única diferenciación en las formas de enfermar de las mujeres. Aun así, estos estudios eran y son muy limitados, además de que se realizan desde la visión del cuerpo sexuado masculino como la norma (Vindhaya, 2002; Martínez-Benlloch, 2003). Es en los noventa cuando se denuncian estos hechos y se empieza a ahondar un poco más en las enfermedades de prevalencia femenina (Aránguez-Sánchez, 2018). Pero, desde luego, todavía hay muchas faltas en todo ello.

No solo contar con mujeres en los ensayos es de gran importancia, sino que en los mismos es vital que haya una perspectiva de género para tener en cuenta la complejidad de la dimensión de la salud en lo que respecta al sexo-género. Por ejemplo, el parámetro de “calidad de vida” ha sido asimilado a la “esperanza de vida”, asumiendo que por ello las mujeres tenían una mejor calidad de vida, mientras que estudios posteriores han analizado que, pese a que las mujeres viven de promedio más que los hombres, estos años se viven peor (Valls-Llobet, 2010; Benedicto, 2018). Además, indicadores como éste u otros como “salud percibida” o morbilidad son mucho menos usados que otros como la fertilidad o la mortalidad, siendo que las mujeres puntúan peor en los primeros que en los segundos (Benedicto, 2018).

Pese a que la salud reproductiva de las mujeres es en lo que más se ha hecho hincapié desde la medicina como parámetro diferenciador de la salud de los hombres, sigue existiendo un desconocimiento altísimo de procesos biológicos como la menstruación o el embarazo, y de cómo interactúan con determinadas enfermedades o medicamentos (Sen, et ál., 2005; Aránguez-Sánchez, 2018). Además, en lo que respecta a las enfermedades propias del sistema reproductor femenino, como por ejemplo la endometriosis, observamos algunos estudios donde se demuestra la baja inversión que se realiza para su investigación en comparación con otras enfermedades de similares prevalencias (Aránguez-Sánchez, 2018). Esto supone menor presupuesto para investigación y especialistas, y menos formación en Atención Primaria. Es en esta enfermedad precisamente donde la autora anteriormente citadas afirma que se da una especial insensibilidad al género, encontrando violencias como afirmar que las mujeres (que la padecen) acuden al centro «para entretenerte» (Ibid., p. 250), y se las tacha de «débiles, quejicas o histéricas». Al ser ésta una enfermedad de dolor crónico relacionado con la menstruación, «aumenta (...) las posibilidades de que la mujer sea considerada hipocondriaca y exagerada, ya que la sociedad ha normalizado la idea de que la menstruación duele» (Ibid.,

p. 244). El ejemplo de la endometriosis viene a destapar una realidad donde «las quejas de dolor extremo por parte de las mujeres dan lugar a un largo periplo médico de ocho años de duración antes de obtener un diagnóstico consultando a cuatro o cinco especialistas y pasando por salud mental» (Id.).

Si respecto a la salud reproductiva de las mujeres observamos el panorama anterior, las cosas no mejoran cuando analizamos enfermedades que se presentan en ambos cuerpos sexuados, pero que muestran diferente curso en ellos. Uno de los ejemplos más destacados es el de las patologías cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad entre las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2018); pese a ello, reciben diagnósticos más tardíos y, cuando los reciben, se les realiza tratamientos más superficiales y menos efectivos que a los hombres (Tasa-Vinyals et ál., 2015). Las autoras Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado (2004) documentan cómo en el caso del infarto agudo de miocardio, en distintas ubicaciones de la geografía española se ha informado que ingresaban menos mujeres en los hospitales por esta afección, sufriendo mayores complicaciones y letalidad. También vemos que la prevalencia de los diagnósticos de «síntomas y signos inespecíficos o mal definidos» (González-Sanjuán, 2011, p. 32) es mayor en las mujeres, dejando en evidencia el modelo masculino del androcentrismo sanitario.

La falta de interés, recursos y formación en esta “morbilidad diferencial” entre mujeres y hombres fomenta lo que Valls-Llobet (2005) denomina «la cultura del sufrimiento» (p. 6) que obliga, bajo un sistema heteropatriarcal, a las mujeres a «vivir con molestias y con dolor» (Id.).

Segundo mecanismo de sesgo: dualismos y esencialismos biológicos. La eterna enferma y el desequilibrio emocional

El segundo mecanismo de sesgo es aquel en el que se asumen diferencias naturales entre mujeres y hombres cuando no las hay. De esta forma, al asumir de manera distinta a mujeres y hombres, se llega a diagnósticos distintos entre ambos (Hernández-González et ál., 2019). Para tratar este mecanismo de sesgo me gustaría hablar de los dualismos clásicos. El motivo para hablar de los dualismos se sustenta sobre cómo éstos han dividido, desde el pensamiento occidental, las conceptualizaciones identitarias de ser mujer y hombre, generando diferencias simbólicas que contribuyen a este mecanismo de sesgo.

Los dualismos clásicos hacen referencia a una serie de pares que, aunque no nacen en la Modernidad, se asientan y crecen con ésta (Herrero, 2013). Para Haraway (1984) es en esta época cuando crece la obsesión por delimitar qué es “*el hombre*”, para lo que se hizo especial uso de una visión dicotómica. Plumwood (1993) hace una lista de estos dualismos en su obra *Feminism and the Mastery of Nature*, entre los que se encuentran: «cultura-naturaleza», «masculino-femenino», «mente-cuerpo», «razón-emoción», «civilizado-primitivo», «producción-reproducción», «público-privado», «sujeto-objeto» o «sí mismx-otrx»⁹ (p. 43).

Estos dualismos, o pares de conceptos, se han establecido como opuestos, de manera que se asumen independientes, sin que entre ellos pueda haber mayor relación que una exclusión, una ausencia de lo otro. Para explicar mejor cómo funcionan los dualismos voy a coger de referencia el par emoción-razón. En este caso, se asume de manera errónea que la emoción y la razón son dos cosas distintas y opuestas; la razón queda libre de emoción y viceversa. Además, los “pares opuestos” se han expuesto como jerárquicos, de forma que en cada par hay un concepto que se entiende como superior y otro como inferior (Haraway, 1991/1995; Herrero, 2013). En el ejemplo concreto, la razón se ha considerado como el extremo superior y la emoción como el inferior.

Entre los diferentes pares se produce lo que Amorós (1985) denomina “encabalgamientos”, una relación indirecta que asocia simbólicamente los extremos de los pares entre sí. Es decir, que todos los conceptos asociados al extremo inferior se vinculan entre ellos. De igual forma, los extremos superiores también se relacionan. De esta manera, por ejemplo, la emoción irá ligada a la naturaleza, a lo primitivo y a la reproducción (conceptos inferiores), mientras que la razón se asocia a la cultura, a lo civilizado o a la producción (conceptos superiores).

El feminismo ha hecho especial hincapié en cómo los dualismos se conectan con el sistema sexo-género, quedando el hombre «próximo a la cultura, la mente y la razón» (Herrero, 2013, p. 284), y la mujer «ligada a la naturaleza y el cuerpo, y “sometida” a sus propias emociones» (Id.). Al asignar al varón los conceptos superiores se entiende que éste ha sido capaz de alcanzarlos habiendo dominado previamente los inferiores. Es decir, habrá hallado la razón tras haber dominado la emoción. Por otro lado, que la mujer haya sido entendida en los extremos

⁹ Traducción propia. Texto original: «culture-nature», «male-female», «mind-body», «reason-emotion», «civilized-primitive», «production-reproduction», «public-private», «subject-object», «self-other».

inferiores significa que ésta no ha sido capaz de dominarlos. Así, aunque la mujer se asocie a conceptos como “cuerpo” o “emoción”, no se la entiende como agente de los mismos. De esta manera, aunque pensemos a la mujer como emocional (vs. hombre racional), no la concebimos con control emocional sino al contrario.

El ecofeminismo ha tratado especialmente estos dualismos, evidenciando las explicaciones que se han dado para llegar a relacionar la naturaleza con la mujer y la cultura con el hombre. Esta corriente de pensamiento nace en los años setenta y se preocupa por estudiar las relaciones entre el ecologismo y el feminismo (Herrero, 2013). Así, autoras ecofeministas como la anteriormente citada exponen el vínculo entre someter a la naturaleza y someter a las mujeres. El avance científico de la Modernidad permitió observar la naturaleza como algo «simple y previsible» (*Ibid.*, p. 286), de manera que controlar la naturaleza, estar por encima de ella, no solo era algo que se veía posible, sino también deseable. Era la forma de trascender lo animal, de «aproximarse a Dios» (*Id.*) y de alejarse de lo primitivo, de lo emocional. El cuerpo sexuado femenino era visto como una parte extraña de la naturaleza que tenía que ser explorada y explotada. Bajo estas lógicas, se entendía que la mujer era más primitiva que el hombre, ya que «su carácter afectivo y generoso» se alejaba de la razón, y se consideraba en sí mismo «una prueba de esa inferioridad» (Ehrenreich y English, 1989/2010, p. 45). Según explican estas últimas autoras, en la década de los sesenta del siglo XIX, los naturalistas señalaron el lugar de la mujer en la escala evolutiva, esto es, junto a las personas negras. Así exponían que: «el negro adulto comparte, respecto a sus facultades intelectuales, la naturaleza del niño, la mujer y el blanco senil» (citado en *Ibid.*, p. 167). Así pues, las personas negras, las mujeres, las personas ancianas y las menores estaban en un mismo puesto evolutivo que, por supuesto, se encontraba por debajo del hombre adulto blanco. Como se observa en esto, otros dualismos forman parte de estos “encabalgamientos”: negro-blanco, adulto-anciano o menor-mayor; y muchos otros que no puedo, por pertinencia, aquí mencionar.

A pesar de que estos dualismos son anteriores a la Modernidad, y que no permanecen estáticos ni en el tiempo ni en el espacio, Plumwood (1993) explica que estos antiguos conceptos siguen manteniéndose en nuestro imaginario, de manera que la cultura los acumula «como un almacén de armas que pueden aprovecharse, refinarse y reutilizarse» (citada en Fausto-Sterling, 2006, p. 38), de forma que «las viejas opresiones almacenadas como dualismos facilitan y abren camino a otras nuevas» (*Id.*).

A continuación, me centraré en dos dualismos que creo especialmente pertinentes para abordar el segundo mecanismo de sesgo en lo que respecta al androcentrismo de la institución sanitaria: cuerpo-mente y emoción-razón.

Cuerpo-mente. Útero, ovarios y hormonas. Psicopatologización de las mujeres.

El pensamiento dualista occidental escinde la mente del cuerpo, escisión que, según documenta Olson (1998), aparece en la cultura griega con la escritura (citado en Herrero, 2013). Desde este momento, pensadores como Descartes o Platón ayudaron a entender el alma como esencia de lo humano y el cuerpo como accidental, “cárcel de la razón”. Así, el cuerpo pasa a entenderse como simple y mecánico, objeto material de lo verdaderamente importante: la mente (Herrero, 2013; Guzmán-Martínez y Aguirre-Calleja, 2018). Pese a la distancia temporal que nos separa de estos autores, en la actualidad se mantienen muchas de estas lógicas. Con ello, el continuo auge del capitalismo neoliberal fomenta la idea de mercantilizar los cuerpos al extender esta máxima de trascender los «límites físicos» (Herrero, 2013, p. 288).

Tras la separación mente-cuerpo, el hombre ha sido asociado al “extremo superior”, la mente, y la mujer al “extremo inferior”, el cuerpo. Siguiendo la lógica antes expuesta sobre los dualismos, la mujer se ha entendido como dominada por su propio cuerpo, razón por la que tampoco ha podido alcanzar el dominio de lo mental. Así, la mujer se entiende como sometida a su cuerpo y, por ende, a su mente. La institucionalización de la salud ha contribuido a concebir una imagen del cuerpo de la mujer como innatamente enfermo, origen de todos sus “males”. Asistimos, de esta forma, a un modelo psicopatológico de salud, que entiende que la propia constitución del cuerpo sexuado femenino ocasiona una serie de enfermedades en las mujeres de índole psíquico y/o emocional. Así pues, las dolencias y los malestares de las mujeres son entendidos como, en primer lugar, psíquicos, y en segundo, patológicos. Para Burin (2010) este modelo se fundamenta en principios «biologistas, a-históricos, individualistas, a-sociales y esencialistas» (p. 5), requiere de lógicas dualistas en términos de salud-enfermedad, y «ubica a las mujeres dentro del universo sociosimbólico de las “locas”» (Ibid., p. 6).

Entender a la mujer como enfermiza parte de nuevo de comprender la salud desde el paradigma androcéntrico: si el hombre con cuerpo sexuado masculino es la norma, lo sano, todo lo que se aleje de ello va a ser visto como enfermo (Ordorika-Sacristán, 2009). La principal diferencia en los cuerpos sexuados, los órganos reproductores, van a ser el punto de mira para explicar cualquier malestar de las mujeres. Linardelli (2015) ubica en el Renacimiento la

consolidación de reducir a la mujer a sus órganos reproductivos. Es en el siglo XIX cuando llega una ciencia específica (dentro del sistema reglado de salud) para explorar este cuerpo extraño: la ginecología, que «dedujo que el cuerpo femenino era, no sólo primitivo, sino profundamente patológico» (Ehrenreich y English, 1989/2010, p. 46). Desde esta nueva ciencia, los órganos reproductores femeninos se entendían como detonante de “trastornos mentales” en la mujer, con lo que ésta era vista como una «eterna enferma» (Ortega-Ruiz, 2011, p. 216). Sin embargo, esta manera patológica de concebir a la mujer no era del todo una visión indeseada, ya que se promovía y se romantizaba la imagen de la mujer enferma. Así exponen las autoras Ehrenreich y English:

Desde la perspectiva romántica, la mujer enferma no estaba muy lejos de la mujer ideal. Se desarrolló una estética morbosa en la que se consideraba la enfermedad como fuente de belleza femenina, y la belleza -en el sentido de distinción- como fuente de enfermedad. Una y otra vez, los cuadros románticos del siglo XIX retratan a la bella inválida tendida sensualmente sobre almohadones, con los ojos trémulamente fijos en su marido o en su médico, o con la mirada ya perdida en el más allá. La literatura destinada a las lectoras femeninas se recreaba en el *pathos* romántico de la enfermedad y la muerte (...) Si se insiste en que la feminidad es una masculinidad negativa, la lógica conduce necesariamente a idealizar a la mujer moribunda y a fomentar una especie de necrofilia paternalista. En el siglo XIX esta tendencia se hizo manifiesta y el espíritu romántico mantuvo como ideal a la mujer *enferma*, la inválida que vivía al borde de la muerte. (1989/2010, pp. 154-156)

Estas teorías, que entendían a la mujer en un estado enfermo -natural y deseado-, continuaron a finales del XIX y principios del XX. Pese a que las mujeres eran concebidas desde la institución de la salud como “eternas enfermas”, contrariamente, la medicina necesitaba poder ejercer su profesión de curar. Por ello, se encargó de dar explicaciones concretas a esta enfermedad infinita, es decir, que tradujo en términos biológicos el puesto de la mujer en la escala evolutiva. Dichas explicaciones se focalizaron en un órgano específico, el útero, que para *los médicos* de la época era el «órgano dominante en el cuerpo femenino» (Ibid., p. 170). Con ello, fue necesario establecer un «síndrome específico» (Ibid., p. 192) que uniese todas estas premisas, éste fue la histeria.

Aunque la histeria tuvo un protagonismo álgido en estos momentos de regularización de la salud, esta relación entre “enfermedad de las mujeres” y “útero” no era novedosa. Para las autoras Guzmán-Martínez y Aguirre-Calleja (2018, pp. 128-132) «es en la filosofía presocrática donde se encuentran algunos de los antecedentes de la comprensión occidental sobre el cuerpo y la histeria». Las manifestaciones que posteriormente se atribuían a la histeria

se veían en este momento desde un pensamiento mágico y religioso, donde pitonisas y musas se comunicaban con los dioses por medio de trances en los que tenían convulsiones y delirios. En este momento todavía no se relacionaba el cuerpo femenino con la enfermedad. Es en «la tradición platónica del siglo V a. C.», donde se generan las lógicas mente-cuerpo que posibilitan la llegada de la figura del médico. Así, con la tradición hipocrática, se empiezan a asignar a las enfermedades causas materializadas en el cuerpo y se explica que «dentro del cuerpo femenino hay un órgano (...) histeron (en griego, útero) que, al moverse en los alrededores de dicho cuerpo, provoca síntomas y signos». Para algunas personas, lo relativo a la histeria en esta época era visto como «una enfermedad cualquiera provocada por la constitución propia del cuerpo femenino». Posteriormente, con la llegada de la Edad Media y el consecuente triunfo del cristianismo, se vuelve a entender el cuerpo de la mujer en términos mágico-religiosos. Sin embargo, en este momento sí se les asigna una connotación peyorativa a las manifestaciones asociadas a la histeria. Como explican las autoras, el paradigma cristiano era especialmente contradictorio con el cuerpo, pues se veía, al mismo tiempo, «glorificado y reprimido, enaltecido y rechazado». En Europa, las mujeres con “síntomas histéricos” también fueron tachadas de brujas y herejes, y perseguidas y asesinadas por ello, entendiendo que “los trances” eran manifestaciones del diablo. Ya en la época moderna se dan las revoluciones científicas y comienza de nuevo una forma de ver al cuerpo desde lógicas cuantitativas y matemáticas, como una máquina compuesta por piezas. Así, la histeria vuelve a ser entendida como un «descontrol interno de los órganos».

Desde el paradigma científico se empezaron a establecer diferentes relaciones entre el útero y la enfermedad para supeditar a las mujeres al espacio del hogar. La ginecología exponía que el cuerpo de las mujeres se veía en una tensión constante por la lucha que en él tenían el cerebro y el útero. De nuevo, la mente y el cuerpo tuvieron protagonismo en las explicaciones médicas de la inferioridad de las mujeres. El cerebro, representando la mente y la razón, lo productivo y masculino, luchaba contra el útero, que era la esencia del cuerpo femenino, el motor de la reproducción. Como explican Ehrenreich y English (1989/2010), «los médicos veían el cuerpo como un sistema económico en miniatura, en el que diversas partes (...) luchaban por unos recursos limitados» (p. 178). Estas teorías sirvieron para exponer que las mujeres “podían decidir” si asumir las limitaciones de su propio cuerpo y no inmiscuirse en el terreno de lo público y lo masculino; o, por el contrario, acceder a una educación superior y padecer constantemente esa lucha interna manifestada en malestares emocionales y en la atrofia del útero. De cualquier forma, en palabras de las anteriores autoras, «todo lo que esperaba a la

mujer cerebral era casi siempre la enfermedad, que en realidad era, por supuesto, lo que le esperaba precisamente si seguía siendo “buena”, o sea, uterina» (Ibid., p. 183).

También los ovarios fueron explicación del cuerpo innatamente enfermo de las mujeres. De esta manera, otras personas profesionales de la medicina otorgaban a éstos «cualquier anomalía, de la irritabilidad a la locura» (Ibid., p. 171). Las “enfermedades ováricas” eran causa de los “desequilibrios mentales” de las mujeres y viceversa. Así, la «intervención quirúrgica más corriente (...) era la ovariotomía» (Ibid., p. 175), es decir, la extirpación de los ovarios. Ya en el siglo XX, con el descubrimiento de las hormonas, los expertos de los cuerpos de las mujeres tuvieron la explicación que buscaban para conectar útero y cerebro (en concreto, útero e hipotálamo). Profesionales de la ginecología y de las ciencias de la salud mental se aferraron a esta explicación para seguir respondiendo, en términos biológicos, cómo la mujer era sometida por su propio cuerpo (Ehrenreich y English, 1989/2010; Roselló-Peña et ál., 2019).

Aunque a día de hoy no encontramos la histeria en los manuales diagnósticos, siguen existiendo categorías psiquiátricas que contemplan como síntomas patológicos representaciones de la feminidad o de la salida del rol femenino. Según exponen Ruiz-Somavilla y Jiménez-Lucena (2003), feministas y psiquiatras plantean que «el equivalente actual de la histeria es el trastorno límite de la personalidad» (p. 23). Este diagnóstico, con una gran prevalencia femenina, se aplica a «mujeres inestables, con problemas de relaciones interpersonales, de cambios de humor, que tratan de conciliar expectativas sociales conflictivas y contradictorias» (Id.). Según una investigación llevada a cabo por Mantilla (2015), las personas profesionales de la salud tienen discursos sobre el TLP que patologizan la feminidad, exponiendo de manera negativa comportamientos atribuidos histórica y socialmente a las mujeres. Otras autoras también consideran que el trastorno de personalidad histriónica (junto con el TLP), y otros como el trastorno disfórico premenstrual o la depresión posparto son herencia de la histeria como «categoría psicopatológica específica de lo femenino» (Roselló-Peña et ál., 2019, p. 7), que, en último término, psicopatologiza a las mujeres y las conduce a sobrediagnósticos de la salud mental (Linardelli, 2015; García-Dauder y Guzmán-Martínez, 2019; Roselló-Peña et ál., 2019). Al respecto, Hernández-González et ál. (2019) explican que «las mujeres acaban diagnosticadas de *histerias*, *neurosis*, *trastornos límite de la personalidad*, etc., mucho más que los varones, y bajo los efectos de dosis y combinaciones de psicofármacos aún mayores» (p. 37).

Esta «*violencia de la psicopatologización*» (Cabruja-Ubach, 2007, p. 160) que se ve a lo largo de la historia de las mujeres con la histeria, las hormonas y distintos diagnósticos, tiene el poder de asignar lo que es patológico y lo que no. De la misma forma que el cuerpo sano se ha atribuido al cuerpo sexuado masculino, la mente sana se ha asignado a los estereotipos de la masculinidad hegemónica (Cabruja-Ubach, 2007; Ordorika-Sacristán, 2009; García-Dauder y Guzmán-Martínez, 2019). Por contraposición a lo masculino, las conductas típicamente femeninas que se desprenden del ideal de feminidad son castigadas con diagnósticos psiquiátricos. Así, Ordorika-Sacristán (2009) afirma que la sobrerepresentación de las mujeres en psiquiatría es consecuencia [también] de sesgos androcéntricos. Como explica la autora, la concepción de las enfermedades mentales y sus propias descripciones varían en cada sociedad, variando así también la relación de las mujeres y los hombres con las mismas; y, con ello, afirma que «existe un sexismo institucionalizado en las definiciones sociales de los padecimientos mentales (...) que patologiza con mucha mayor facilidad el comportamiento de las mujeres que el de los varones» (Ibid., p. 656). De esta manera, parámetros como «independencia, autonomía y objetividad» (Ruiz-Somavilla y Jiménez-Lucena, 2003, p. 10) se han entendido como sanos, mientras que otros como «dependencia, sumisión y sentimentalismo» (Id.) se han asignado a la locura. Aránguez-Sánchez (2018) afirma que las personas profesionales de la salud «estiman con más frecuencia que [un problema de salud] se trata de un problema psicológico si la paciente es mujer» (p. 241), y añade que los diagnósticos de alta prevalencia femenina se corresponden con aquellos más estereotipados con la mujer. Bajo esta lógica, García-Dauder y Guzmán-Martínez (2019) exponen que «solo los hombres pueden ser mentalmente sanos» (p. 61). Por otro lado, Roselló-Peña et ál. (2019, p. 13) afirman que «lo femenino y no heterosexual» se ubican jerárquicamente en un posicionamiento inferior de lo psicológico respecto a lo «masculino y heterosexual». De esta forma, podríamos decir, más específicamente, que solo los hombres que representan la masculinidad hegemónica pueden enmarcarse en un modelo de salud mental, ya que, además de castigar con diagnósticos psiquiátricos lo no-masculino, la salida del rol estereotipado -tanto para las mujeres como para los hombres- ha collevado este castigo (Cabruja-Ubach, 2007). Esto supone para la mujer que, al adoptar roles femeninos del ideal de feminidad, está cayendo en conductas socialmente estipuladas como patológicas; pero si, por el contrario, se sale de ese ideal y adopta comportamientos masculinos, volverá a ser castigada.

Con todo ello, Valls-Llobet (2006) explica que «a la mujer que tiene un problema biológico se le dice que es psicológico y a la que tiene uno social, se le dice también que es psicológico

y no se indaga la verdadera causa de la enfermedad» (p. 64). Esta psicopatologización conlleva el uso de psicofármacos como herramienta, lo que supone una sobremedicalización de éstos en las mujeres. Según documenta Cabruja-Ubach (2017), a las mujeres se les prescribe psicofármacos en Atención Primaria dos terceras partes más que a los hombres. Ruiz-Cantero et ál. (2020) exponen que «los profesionales sanitarios atribuyen con frecuencia a la emocionalidad de las mujeres lo que son síntomas físicos, influyendo en la mayor prescripción de fármacos sintomáticos en ellas» (p. 110).

La sobremedicalización de psicofármacos no solo conlleva el retraso y el agravio de otro posible diagnóstico, sino que asiste al modelo psicológico y psiquiátrico mercantilista de lo que Burin (1990) llama “la tranquilidad recetada”. Valls-Llobet (2013) hace la siguiente reflexión sobre el exceso de recetas psicofarmacológicas y los diagnósticos emocionales:

(...) en muchos casos estos psicofármacos se administran sin que se conozca si la o el paciente presenta algún otro tipo de enfermedad, disfunción o carencia por lo que se hacen ineficaces para mejorar la depresión. La separación cuerpo y mente ha llegado a tal punto, que incluso los profesionales de la medicina y no digamos la población en general creen que una determinada pastilla puede servir para levantar la moral o relajar la ansiedad, independientemente de si su cuerpo padece algún trastorno o carencia, como si en realidad un determinado tipo de funcionamiento cerebral pudiera cambiar la conducta, las sensaciones o los sentimientos, en completa separación del funcionamiento del cuerpo. (p. 41)

Emoción-razón. Lógicas patriarcales y neoliberales en la patologización de los afectos. La impertinencia emocional y el milagro farmacéutico.

El dualismo emoción-razón actúa de forma similar al anterior. De hecho, la escisión “cuerpo” y “mente” tiene una relación especialmente estrecha con el mismo. La emoción se asigna al cuerpo, a lo primitivo; y la razón a la mente, a lo desarrollado. La emoción surge de lo carnal, y lo racional de lo mental. Según expone Herrero (2013), la superioridad de la razón (respecto a la emoción) es un rasgo esencial de una sociedad patriarcal. Subyugar lo emocional a lo racional no solo sirve de mecanismo para violentar a las mujeres, sino que devalúa los vínculos humanos y conduce a la sociedad a un modelo profundamente individualista.

Como ejemplo de esta correlación entre patriarcado, desconexión emoción-razón y su consecuente asignación a mujeres y hombres, Benedicto (2018) cuenta cómo ésta se reproduce en las religiones en lo que respecta a las historias contadas sobre la comunicación con las deidades. Los hombres místicos se relacionaban con la divinidad por medio de la conversación,

de la razón; mientras, esta relación se daba para las mujeres místicas de una manera corporal y emocional. La asociación que en este caso se muestra entre lo emocional, lo corporal y lo femenino se materializa, para la autora, con la histeria. Como ya he desarrollado en el apartado anterior, la histeria fue el motivo formal que se dio para asociarle a la mujer un cuerpo - especialmente- vulnerable, pero esta explicación no vino aislada de lo emocional; también los ciclos hormonales y los órganos reproductivos sirvieron de excusa para ver a la mujer como emocionalmente frágil.

De la misma forma que Burin (2010) presenta el modelo psicopatológico, la autora también nos muestra otro modelo explicativo para la salud mental de las mujeres: el “modelo emotivo sensible”. Este modelo entiende que las mujeres están sanas en tanto tienen un equilibrio emocional, y los conflictos son posibles siempre y cuando sean neutralizados. Para la autora, este equilibrio emocional se fundamenta en:

la acción de armonizar los problemas de la vida cotidiana que ponen en tensión las relaciones familiares y domésticas, así como en la actitud de cuidados (*caring*) y preservación de las necesidades emocionales de cada uno de los miembros de su familia. (p. 5)

La relación entre determinadas emociones y lo patológico tiene que ver, en parte, con la distinción que desde la institución de la salud y de la salud mental se ha dado sobre un “buen funcionamiento” y un “funcionamiento problemático”. Esta distinción viene expresada en términos de “desregulación emocional” (Roselló-Peñaloza et ál., 2019). En otras palabras, el comportamiento de las personas es adecuado (tiene un buen funcionamiento) en tanto sus estados emocionales están regulados y equilibrados. Para Mantilla (2015, p. 31) esta desregulación es entendida «como una condición biológica», que parte de «explicaciones neurocientíficas» y que la conduce «hacia respuestas farmacológicas».

Sin embargo, a la hora de establecer los criterios diagnósticos en salud mental, podemos ver cómo «muchos “síntomas” son indistinguibles *per se* de las reacciones normales de las personas a situaciones estresantes de la vida, por ejemplo una pérdida, una agresión o una enfermedad» (Hernández-González et ál., 2019, p. 34). Al respecto, el periodista Johann Hari, en una conversación con la psicóloga Joanne Caciatore, expone que «casi todas las personas en duelo encajan con los criterios clínicos establecidos para la depresión» (Hari, 2019, p. 66). Desde estas observaciones se apunta la controvertida comprensión que se hace de los diagnósticos emocionales en términos biológicos de desequilibrio o desregulación química.

Con esta forma de comprensión de lo emocional, la institución sanitaria se ha encargado de situar lo patológico próximo a la mujer, sirviendo de explicación para alimentar la imagen de la mujer emocionalmente débil.

Desde el pensamiento occidental, entendemos que el hombre es racional, interesado y competitivo, mientras que la mujer es intuitiva, tierna, sumisa y altruista (Ehrenreich y English, 1989/2010). Estos rasgos conducen a asignar distintas emociones como típicas dentro de los ideales de feminidad y masculinidad. De esta manera, pese a que las exigencias del patriarcado para los hombres implican la ausencia de la expresión emocional (Herrero, 2013), se le asumen emociones concretas como la rabia, la cólera o la agresión. Por otro lado, a las mujeres se les adjudica en mayor medida otras como la tristeza y la angustia. Estas asignaciones se entienden como naturalizadas, de manera que se creen con un sustento biológico que las apoya (Roselló-Peña et ál., 2019). A pesar de que se atribuyan distintas emociones a mujeres y hombres consideradas en la actualidad como “negativas”, “molestas” o “problemáticas”, éstas no son igualmente entendidas en el marco de la salud institucionalizada. Así, mientras que se identifica el llanto y la tristeza (emociones “femeninas”) como síntomas patológicos, no se entienden como tales otras expresiones emocionales como la irritabilidad y la indecisión (emociones “masculinas”). Es esto, para las autoras Romo y Meneses (2015), un motivo por el que se infradiagnóstica y se infraprescribe a los varones y se sobrediagnóstica y se sobre prescribe a las mujeres.

En relación a lo anterior, podemos observar que el modelo de feminidad guarda relación con síntomas emocionales teales como: «miedo, inseguridad, culpa, preocupación, baja autoestima, etc.» (Benedicto, 2018, p. 618), y la expresión de los mismos se relaciona con “trastornos emocionales”: «ansiedad, estrés postraumático, personalidad dependiente o histriónica y corporalizaciones de la angustia, como los trastornos psicosomáticos o de la conducta alimentaria» (Id.). El hecho de que las emociones -socialmente- “molestas” y “femeninas” (como las anteriormente citadas) sean comúnmente patologizadas no solo conlleva el sobrediagnóstico de lo emocional en mujeres, sino que tergiversa el significado mismo de lo emocional. Como explica la autora antes citada, «las emociones son el ruido del cuerpo» (Ibid., p. 616), y su misma presencia es signo de algo que va más allá de lo emocional. De esta manera, Ahmed (2010) señala que el mismo hecho de entender los sentimientos como buenos y malos supone invisibilizar, en muchos casos, estructuras de opresión y de injusticia. Un claro ejemplo

de este hecho de patologizar los afectos y apartar las opresiones lo podemos ver materializado en la propaganda del psicofármaco Serax:

El eslogan de los 70 "No la puedes liberar, pero sí hacerla menos ansiosa", del ansiolítico Serax, que mostraba a una mujer comiéndose las uñas ante la perspectiva de una cárcel doméstica con barrotes de fregonas y trapeadores, representaba perfectamente la solución ofrecida por la psiquiatría al malestar de las mujeres. (García-Dauder y Guzmán-Martínez, 2019, p. 67)

Entender las emociones “femeninas” como patológicas es una forma de acallar determinados afectos que molestan, especialmente, por venir del malestar de las mujeres. Para Benedicto (2018), la permisividad hacia la “emocionalidad” de las mujeres ha sido mayor cuando se ha tratado de cuestiones que perpetuaban su rol asignado: cuidar de los vínculos relacionales en el espacio privado. De esta manera, para la autora, es en el momento de la incorporación de las mujeres al mundo laboral cuando las emociones molestan a la “maquinaria capitalista” y surge una nueva forma de control social: la medicalización de las emociones (“femeninas”).

En la época actual, con el marco político neoliberal, los afectos han recobrado otros sentidos o magnificado algunos de los ya asumidos. Esto se debe a que las emociones no se entienden siempre de la misma forma y ni siquiera son experimentadas igual. Como expone Gioscia (2017), «los cambios económicos, políticos y sociales crean y transforman las condiciones materiales para el surgimiento de ciertas estructuras del sentir como respuestas afectivas que ejemplifican tiempos históricos compartidos» (p. 63). En el momento actual, pudiera parecer que las emociones son altamente valoradas, ya que generalmente son nombradas e incorporadas a modelos educativos y laborales con mayor intensidad que años atrás. Sin embargo, la lectura que de éstas se tiene no viene a entenderlas como ese “ruido del cuerpo” que responde a determinadas “estructuras del sentir” condicionadas por distintas realidades sociales, políticas y económicas. Por el contrario, la emoción llega a las escuelas, los empleos y a las conversaciones cotidianas en términos de “gestión” emocional, es decir, perpetuando las lógicas de buenos y malos afectos, y del equilibrio emocional como la neutralización de los “malos”. La supuesta relevancia de lo emocional queda reducida a una contención de los malos afectos. De esta forma, la razón sigue siendo socialmente superior a la emoción, y la individualidad se agiganta frente a los vínculos relacionales. Se produce así un cierto espejismo, donde los afectos aparecen ante nuestros ojos con una importancia falsa.

La necesidad de sucumbir a esta exaltación de la gestión emocional se refleja, como explica Peran (2016), de una cultura de la autoproducción. El marco neoliberal al que asistimos se caracteriza, como ya he mencionado anteriormente, entre otras, por reproducir sujetos auto-producidos. Así, el trabajo de las personas supone invertir en sí mismas y construir identidad. El modelo neoliberal se beneficia, en definitiva, de que las personas estén constantemente empleadas en ellas mismas. Que las personas se “gestionen” a sí mismas implica también que gestionen sus propias emociones bajo una máxima de positividad. Es decir, que son los propios individuos los que se ocupan de alcanzar esta positividad tratando de neutralizar todo lo que se aleje de la misma. Sin embargo, esta búsqueda socialmente impuesta de la felicidad nos aleja de la salud emocional y perpetúa el malestar al silenciar ese “ruido del cuerpo”.

Para el autor antes mencionado, «el sujeto de la autoproducción acaba por convertirse en el individuo más vulnerable» (Ibid., p. 45). Peran entiende que las patologías neuróticas obedecen en la actualidad «a la imposibilidad de sostener una vida obligada a rentabilizarnos constantemente» (Id.). Así, la fatiga que deviene de estas imposiciones capitalistas se lee en términos de desequilibrio emocional, es decir, como un déficit que se debe subsanar. Y, sobre todo en la época actual, cuanto más rápida, individualista y a-política sea la reparación, más beneficiosa es para la economía. Si la industria farmacológica viene creciendo exponencialmente los últimos siglos, con los psicofármacos su rentabilidad es máxima. Además, como explica Peran, «la gestión farmacológica de la fatiga es fundamental para mantener en activo la suficiente masa de fuerza de trabajo» (Ibid., p. 51), de manera que «el altísimo porcentaje de la población sometida a la ingesta cotidiana de píldoras se considera legítimamente reparador para el beneficio colectivo» (Id.). Presenciamos, bajo esta lectura del sujeto de la autoproducción, una especie de condena, donde las personas luchan por lograr objetivos que les conducen a tener afectos socialmente indeseados. La lucha contra estos afectos es, entre otras, lo que las condena a encarnarlos.

Con todo ello, asistimos en la actualidad a una sobre-patologización de los afectos. Y, pese a que encontramos marcos de entendimiento más presentes, no podemos dejar atrás otras viejas explicaciones como las que nacen de los dualismos clásicos. Estos pares vienen a perpetuar determinadas lógicas patriarcales que asumen a la mujer como emocionalmente desequilibrada. De esta manera, he tratado de exponer en este apartado la comprensión de los afectos desde viejas lógicas patriarcales que glorifican la razón (masculina) y la desvinculan de una emocionalidad irrelevante y molesta (femenina); hasta su relectura en nuevos marcos donde

los afectos son causa y consecuencia de una experiencia de vida precaria e indisposta. Desde ambas perspectivas, los afectos son impertinentes y su necesaria eliminación para el bienestar social llega de la mano de la institución de la salud, la institución de la salud mental, y muy en especial, de la psicofarmacología.

Habiendo abordado la cuestión de lo emocional, cabe ahora añadir algunas cuestiones relacionadas con el (sobre)diagnóstico. El diagnóstico se produce normalmente en consulta, por lo que hablar de la praxis de éste supone hablar de la misma atención y asistencia recibida. Valls-Llobet (2010) considera que el momento del diagnóstico es el momento en el que la persona profesional de la salud actúa con más prepotencia, «como si de antemano el profesional “ya supiera la verdad”» (p. 179). Al respecto, Romo y Meneses (2015, p. 116) explican que «cuando el paciente es una mujer se evidencia menos esfuerzos terapéuticos que cuando el paciente es un varón», quedando esto explícito en «la calidad de las historias clínicas y en el manejo de pruebas tecnológicamente más sofisticadas». Así también, se evidencia que el diagnóstico que las mujeres reciben se ha hecho muchas veces «más con suposiciones que con datos certeros, con diagnósticos más o menos probables (...), haciendo invisibles unos problemas y magnificando otros» (Valls-Llobet, 2010, p. 179). Con ello, esta última autora expone la siguiente reflexión sobre este preciso momento del diagnóstico:

Es el poder del momento del diagnóstico, el poder del momento que algunas personas han vivido como el momento de la sentencia, el que tiene un gran efecto sobre la mente y el cuerpo. Y este momento está a veces alejado de la verdad debido a los sesgos en la forma de investigar, y la docencia que han recibido los profesionales de la medicina y de la psiquiatría, los sesgos que han hecho a las mujeres invisibles para la ciencia, las han convertido en elementos inferiores en el campo de la investigación. (Id.)

De esta forma, Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado (2004) hablan de la falta de esfuerzo diagnóstico como un sesgo que se incluye en la falta de esfuerzo terapéutico en general, ya que las dificultades con las que se encuentran las mujeres para ser diagnosticadas influyen de manera evidente en el tratamiento posterior. Así formulan que:

El sesgo de género en el esfuerzo terapéutico se ve afectado por el sesgo de género en el esfuerzo diagnóstico, pues la probabilidad de que quien padece sea tratado es casi nula si por cualquier causa queda excluido del proceso diagnóstico, o disminuye si durante el proceso diagnóstico no se realizan las pruebas oportunas. Sin diagnóstico, como mucho se realizará un esfuerzo terapéutico sólo sintomático o una sobreprescripción de fármacos psicotropos. (Ibid., p. 120)

Ruiz-Cantero et ál. (2020) afirman que, debido a lo anterior, «las evidencias muestran sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico, como el retraso diagnóstico y los errores diagnósticos» (p. 110). De la misma manera, Linardelli (2015) sostiene que «los efectos más nocivos de tales sesgos van desde errores médicos hasta diagnósticos errados, subtratamientos, subregistros y medicalización» (p. 209).

Además de las consideraciones heredadas de los viejos dualismos aquí mencionados (mujer-cuerpo y mujer-emoción), interseccionan otras muchas que contribuyen a estas violencias, especialmente, las que entienden a la mujer como objeto (vs. sujeto) y como pasiva (vs. activa). De esta forma, Valls-Llobet (2013) afirma que «las mujeres están más cerca de ser consideradas objetos, que de ser consideradas personas (sujetos). (...) Sus actos, sus movimientos dependen de las miradas ajenas, de un espectador que las mire y las repase con la mirada» (p. 35). Estas miradas hacia las mujeres han reproducido su silenciamiento en la consulta y a lo largo de toda la historia de la institucionalización sanitaria (Cabruja-Ubach, 2007). Como expone Martínez-Benlloch (2003, pp. 258-259), la asunción de determinados diagnósticos en las mujeres, como los emocionales, sin haber sido «rigurosamente probados» conlleva, entre otras, «minimizar el valor de su palabra». Para la autora, esta «carencia de un espacio de escucha» supone «ejercer violencia institucional». Romo y Meneses (2015) señalan de igual forma, que:

en numerosas ocasiones, las mujeres no han llegado a tratamiento especializado, siendo “diagnosticadas” y prescritas con algún tipo de psicofármaco directamente desde la Atención Primaria sin utilizar el prescriptor (...) [del] sistema clasificadorio sino sus propios criterios diagnósticos o experiencia clínica. (p. 114)

La experiencia de las tres mujeres que participan en esta investigación ha pasado por estos momentos de diagnósticos errados que las han hecho vivir estas violencias por parte de la institución sanitaria. Entender cómo han vivido estos momentos es, bajo mi punto de vista, esencial para comprender la magnitud de la gravedad del problema y para politizar el malestar y el dolor de las mujeres en lo que respecta a estas violencias.

3. Abordaje Metodológico

3.1. Propuesta metodológica: Producciones Narrativas

La perspectiva metodológica que voy a utilizar para el desarrollo de la investigación es la de las Producciones Narrativas de Balasch y Montenegro-Martínez (2003). Ésta consiste en la co-escritura de relatos entre la investigadora y las participantes mediante la textualización de narrativas llevadas a cabo en una o varias sesiones donde ambas partes dialogan sobre el fenómeno a estudiar, valorando especialmente la experiencia y la perspectiva de las participantes sobre el mismo (Schöngut-Grollmus, 2015; Troncoso-Pérez et ál., 2017). Esta metodología surge de la propuesta de investigación feminista de los Conocimientos Situados de Haraway (1991/1995) y de la perspectiva narrativa, que viene siendo utilizada en investigación desde las últimas décadas, especialmente en el campo de las ciencias sociales (Schöngut-Grollmus, 2015).

Las Producciones Narrativas son a la vez metodología y método, en tanto son base teórica para la construcción de la investigación y, al mismo tiempo, confieren técnicas específicas para la recogida de datos (Schöngut-Grollmus y Pujal-Llombart, 2014; Schöngut-Grollmus y Pujol-Tarrés, 2015).

Justificación

Schöngut-Grollmus (2015) enfatiza la idea de que «una propuesta epistemológica adecuada debe tener coherencia entre sus supuestos epistemológicos, su propuesta metodológica y los métodos y técnicas escogidas para su práctica» (p. 116). De esta forma, la elección de las Producciones Narrativas para esta investigación se deriva de la estrecha relación que tienen, tanto con la epistemología de la que he partido, como del fenómeno que pretendo estudiar.

La relación que se establece entre la propuesta epistemológica y la metodológica elegidas, desde un marco amplio, radica en la oposición a las lógicas positivistas de la ciencia clásica. Desde éstas, las investigaciones han primado por encima de todo el método, reduciendo así lo epistemológico a lo metodológico. Como explica Schöngut-Grollmus (2015), este hecho «nos sitúa frente a una falsa creencia en la cual solo mejorando nuestros métodos y metodologías podremos conocer mejor» (p. 130). Para el autor, es en la epistemología, y no en la metodología, donde podemos encontrar el sesgo de género que impregna a las investigaciones

positivistas de su carácter androcéntrico. De esta manera, García-Fernández y Montenegro-Martínez (2014) exponen que es el rechazo a este androcentrismo el que ha llevado a las investigadoras feministas a poner el foco «en aspectos como los contextos de enunciación o los efectos de las investigaciones, así como en las condiciones en que el conocimiento es producido y legitimado» (p. 64), cuestiones que son prioritarias para los enfoques epistemológicos y metodológicos que guían esta investigación.

Desde un marco más concreto, y habiendo expuesto en el abordaje epistemológico cómo la propuesta de los Conocimientos Situados busca alejarse del carácter androcéntrico de los conocimientos positivistas y relativistas, podríamos establecer la relación con las Producciones Narrativas en dos premisas básicas: la parcialidad de la mirada y una posición responsable (Troncoso-Pérez et ál., 2017). Haraway (1991/1995) entiende que estos dos aspectos son necesarios para obtener conocimiento y, por tanto, para investigar. Para explicar la relevancia de los mismos, la autora establece la metáfora de la difracción. Para la autora, un conocimiento objetivo y, por tanto, parcial y situado, debe partir del fenómeno de la difracción. Estableciendo una metáfora con las interferencias entre la luz y los cuerpos, Haraway propone que la difracción es el único proceso posible para iluminar un cuerpo. A diferencia de lo refractario, que supone la devolución idéntica de la imagen, la difracción consiste en la desviación de un rayo de luz al tocar un cuerpo, lo que no devuelve una imagen idéntica, sino el efecto de ese rayo luminoso (Schöngut-Grollmus y Pujol-Tarrés, 2015). La autora lo expone con las siguientes palabras:

La difracción no produce un desplazamiento de «lo mismo», como sí hacen la reflexión y la refracción. La difracción es una cartografía de la interferencia, no de la réplica, el reflejo o la reproducción. Un modelo difractario no indica dónde aparecen las diferencias, sino dónde aparecen los *efectos* de la diferencia. (Haraway, 1999, p. 126)

Esta metáfora sirve para alumbrar la importancia que para la perspectiva de los Conocimientos Situados tiene la construcción del conocimiento como una acción conjunta de múltiples posiciones y miradas. De la misma forma, las Producciones Narrativas abogan por la producción de conocimiento mediante la conexión de diversas posiciones (Gandarias-Goikoetxea, 2014). Con ello, esta perspectiva metodológica no tiene la pretensión de representar la realidad, sino de ofrecer determinadas comprensiones alrededor de un fenómeno. Para Balasch y Montenegro-Martínez (2003), la difracción de los conocimientos supone «una apertura de los espacios de comprensión y producción de significados» (p. 44). Al respecto,

Biglia y Bonet-Martí (2009) establecen que «hay que apostar por una objetividad feminista que reconozca la parcialidad de las miradas de cada sujeto y reivindique la propia mirada situada como una de las posibles» (p. 4). Al otro lado del espejo nos encontraríamos con lo que Balasch y Montenegro-Martínez (2003) llaman “el efecto perverso de representación”, que supone tomar una voz como la del conjunto, entendiendo que una mirada específica del fenómeno a estudiar puede homogeneizar la visión de todo el colectivo, grupo o población. Así, consideran que la objetividad del conocimiento no viene en términos de representación sino de responsabilidad política. Así explican esto último en el trabajo anteriormente citado:

La asunción de la limitación de la propia mirada y la consecuente necesidad de establecer conexiones parciales con otras posiciones supone una decisión que remite a la responsabilidad política que como investigadoras asumimos con el objeto de estudio. Dicha responsabilidad se expresa en las articulaciones/conexiones con otras posiciones que modificaran la posición de partida. (p. 45)

Una de las características básicas de las Producciones Narrativas tiene que ver con el esfuerzo que desde éstas se hace por superar el individualismo (Biglia y Bonet-Martí, 2009). Esto atiende a varios aspectos propios de las Producciones Narrativas, que tienen que ver con: 1) el carácter dialógico de las narrativas, 2) su naturaleza como acción, y 3) su potencialidad política.

En primer lugar, el carácter dialógico de las narrativas hace alusión a cómo las narraciones surgen de una construcción conjunta, con lo que la autoría de las mismas queda localizada «en una red de relaciones interpeladas metodológicamente» (Balasch y Montenegro-Martínez, 2003, p. 47). La construcción de narrativas no consiste en «narrar las “historias de otras”», sino en «narrativizar el diálogo» (Biglia y Bonet-Martí, 2009, p. 6) producido en la articulación entre participantes e investigadora. Por otro lado, las narrativas no se entienden ni como producto del mundo interno de la participante, ni del discurso social, sino de «la posición que se construye en la conexión entre investigadora – participante y las múltiples voces que son convocadas para la producción del relato» (Balasch y Montenegro-Martínez, 2003, p. 46).

En segundo lugar, las narraciones son acciones en tanto que, como prácticas discursivas, su carácter no es estático, sino dinámico (*Ibid.*). Para Schöngut-Grollmus y Pujal-Llombart (2014), una narrativa supone la organización de la experiencia y la producción de significado, pero también, al acceder a esa experiencia, ésta cobra un sentido distinto por la forma en la que se articula y se interpreta desde un contexto concreto. De esta manera, las narrativas

«construyen, actualizan y mantienen la realidad» (Cabruja-Ubach et ál., 2000, p. 68). En palabras de Schöngut-Grollmus y Pujol-Tarrés (2015):

Comprender la narrativa como una forma de investigación que es al mismo tiempo una praxis, es trabajar bajo el supuesto de que tenemos acceso a un mundo previamente construido, pero que al mismo tiempo que hablamos o escribimos sobre éste contribuimos también a su constante transformación. (p. 6)

En último lugar, el potencial político de las narrativas deriva de lo anterior en la medida en que el carácter dialógico del lenguaje y su visión como acción pueden servir para transformar la realidad. La elección de una perspectiva narrativa desde la investigación feminista debiera ser una investigación social crítica, que para Schöngut-Grollmus (2015) supone ser «políticamente comprometida, socialmente transformadora y productora de conocimientos responsables» (p. 119). Aunque ni la investigación feminista implica tomar una perspectiva narrativa ni al contrario, ambas dos han irrumpido en las ciencias sociales demandando una revisión y discusión de la forma en la que se llevan a cabo las investigaciones (*Ibid.*). Gandarias-Goikoetxea (2014) afirma que «los procesos de investigación son campos donde lo *personal* y lo *político* se entremezclan, con potencial para transformar las relaciones de dominación y construir vínculos más igualitarios tanto en nuestra cotidianidad como en nuestras investigaciones» (p. 136). Su potencial político viene condicionado pues de que el resultado de la investigación sirva, o bien para mantener, o bien para transformar, las desigualdades y opresiones (Schöngut-Grollmus y Pujol-Tarrés, 2015).

Al mismo tiempo que la propuesta de las Producciones Narrativas se aleja del individualismo, también trata de dotar de agencia a las participantes de la investigación. Para Schöngut-Grollmus y Pujol-Tarrés (2015) «es necesario considerar enfoques y perspectivas no tradicionales en la investigación cualitativa que permitan producir alternativas a los enfoques epistemológicos realistas, en tanto estos suprinen la posibilidad de construir sujetos que logren significar su experiencia mediante el lenguaje» (p. 2). Las Producciones Narrativas buscan alcanzar una relación que se aleje de la conceptualización sujeto-objeto, para pasar a ser una relación sujeto-sujeto (Schöngut-Grollmus y Pujal-Llombart, 2014). De esta manera, esta propuesta metodológica no considera a las participantes como una fuente de datos, sino como «un sujeto experto en su propia experiencia, que es capaz de ser analítico y reflexivo» (*Ibid.*, p. 91). Es por ello que las participantes de la investigación participan de manera activa en la construcción de las narrativas, revisando, corrigiendo y añadiendo lo que consideran necesario para que el relato tenga la visión y la intencionalidad de las mismas. Por otro lado, las narrativas

se consideran un producto en sí mismo que no requiere de un análisis por parte de la investigadora. Como explican Balasch y Montenegro-Martínez (2003) «la interpretación se produce no por la igualdad entre la investigadora y el objeto investigado sino, al contrario, por la distancia entre ambos horizontes, cosa que genera la necesidad de un acto interpretativo» (p. 47). La interpretación de las narrativas conduciría así a establecer otro tipo de visión respecto a la investigación, donde la relación entre investigadora y participantes se aleja al tener la primera que analizar el discurso de las segundas. Como se ha comentado a lo largo de este apartado, la intencionalidad de estas narrativas no consiste en demostrar una realidad, sino más bien, en mostrar posiciones encarnadas que dan cuenta de una parte de esa realidad. Entender las narrativas como productos acabados con «legitimidad propia» (Gandarias-Goikoetxea, 2014, p. 136), las convierte en «puntos teóricos de partida» (Ibid., p. 132) para reflexionar sobre las mismas.

Sin embargo, aunque uno de los objetivos de las Producciones Narrativas sea establecer una relación de sujeto a sujeto en la investigación, éste es siempre casi un imposible. Como investigadora, al ser autora de un trabajo académico en un contexto académico se me reconoce un supuesto saber experto o superior, a la vez que parte del privilegio de tomar la mayor parte de las decisiones de la investigación. Por otro lado, Schöngut-Grollmus y Pujal-Llombart (2014) apuntan que, en las conversaciones, las intervenciones de la investigadora «pueden operar como un dispositivo reflexivo pero también direccionador» (p. 109). Es por esto, que no podemos hablar de que las Producciones Narrativas eliminen la relación de poder. Para Balasch y Montenegro-Martínez (2003) la cuestión radica en asumir poder, pero no dominación.

Procedimiento

El procedimiento que he seguido para la elaboración de las narrativas surge del proceso que Balasch y Montenegro-Martínez (2003) proponen para llevar a cabo las Producciones Narrativas. A continuación, doy cuenta del procedimiento concreto que he llevado.

En primer lugar, concerté con cada una de las tres participantes una sesión individual para conversar sobre el tema en cuestión. Previo a ello, realicé un guion en el que recogía los puntos de interés que quería que se diesen en la conversación en relación a los objetivos de la investigación. El guion me sirvió para organizar mis ideas a la hora de intervenir en la conversación, pero no lo utilicé en las sesiones.

El guion que realicé constaba de tres cuestiones generales, en las que planteé cuestiones más específicas que quería que se abordasen. La primera de ellas comprendía la experiencia en general con la atención sanitaria: tratamiento y atención recibidas, derivaciones a especialidades y el trato y la atención en éstas. La segunda se relacionaba con el momento del sobrediagnóstico de lo emocional, que incluía: el tipo de sobrediagnóstico recibido y el área de la atención sanitaria en la que se produjo, los criterios que siguieron las personas profesionales de la salud para tal diagnóstico, las faltas percibidas en consulta, explicaciones recibidas para dicho diagnóstico y la vivencia de la situación en consulta. En tercer y último lugar, contemplaba cuestiones relacionadas con las consecuencias derivadas del sobrediagnóstico, es decir, posterior al momento de la consulta: consecuencias a nivel emocional y psíquico, para la salud física, influencias del sobrediagnóstico en algún proceso vital, cambio de rutina o estilo de vida; apoyo recibido durante la búsqueda de otro diagnóstico; y el tiempo que pasó hasta recibir un nuevo diagnóstico, así como la forma en la que se dio y cómo se experiencia este momento en lo que respecta a rememorar todo el proceso desde el sobrediagnóstico.

En base a esto, en las sesiones mantuve una conversación con las participantes donde éstas expusieron su experiencia y su visión de su relación con el sistema sanitario, así como de las experiencias concretas del sobrediagnóstico de lo emocional que han vivido. Las tres conversaciones se dieron dentro de una vivienda: en el caso de Salomé, mantuvimos la conversación en su comedor; la de Vanessa fue en el salón de su casa; y la de Lorena se produjo en la terraza de mi domicilio. Con el consentimiento de las participantes, utilicé la grabadora en las sesiones para poder posteriormente transcribir la conversación. Aunque Balasch y Montenegro-Martínez (2003) no recomiendan específicamente la transcripción de la conversación, ya que ésta no se mantiene en el resultado de la investigación, tomé la decisión de transcribir las conversaciones con el objetivo de poder rememorar con mayor precisión y detalle todo lo dicho. A partir de estas transcripciones, realicé un relato en primera persona para cada una de las participantes, textualizando las conversaciones producidas. El proceso de textualización ha supuesto la organización de las conversaciones en relatos organizados y coherentes. En este proceso traté de respetar la voz de las participantes, así como las formas en las que expresaron lo tratado en la conversación. Una vez finalicé una primera versión de los relatos, se los entregué a cada una de las participantes para que éstas lo corrigiesen y añadiesen o quitasen lo que quisiesen, con la finalidad de que su experiencia, su interpretación y su intencionalidad estuvieran presentes de la manera más fielmente posible. Una vez tuvieron el relato corregido, me lo devolvieron. De nuevo, revisé el relato y se lo volví a presentar en

aquellos casos donde hubo cambios. El producto final son tres relatos co-escritos entre ambas partes, que dan cuenta de la experiencia y de la visión de las participantes sobre el sistema sanitario, así como de las formas en las que han encarnado estos procesos de sobrediagnóstico de lo emocional.

La decisión de presentar las narrativas de manera “discontinua” (Biglia y Bonet-Martí, 2009), es decir, de manera individual -en contraposición a una narrativa conjunta-, la he tomado por varias razones. En primer lugar, porque la experiencia de cada una de las participantes me parece suficientemente diferente y compleja como para tener un espacio propio que, considero, le dota de mayor relevancia e inteligibilidad. Por otro lado, aunque esta forma de presentar las narrativas puede individualizar las experiencias, también supone no homogeneizarlas (Id.), estando así presentes y localizadas las diversas voces.

Con el fin de relacionar las narrativas con los objetivos de la investigación y los textos teóricos que me han servido para explicar el fenómeno que se estudia, realicé en la última parte del trabajo una discusión. En este apartado no pretendo interpretar o analizar el discurso de las participantes, sino sacar a la luz algunos aspectos que me parecen relevantes para poder reflexionar sobre ellos.

Participantes

Las participantes de la investigación son tres conocidas y amigas mías de las cuales sabía que habían pasado por estas experiencias del sobrediagnóstico de lo emocional. De esta manera, las considero informantes clave para esta investigación. La primera sesión la tuve con Salomé; posteriormente me reuní con Vanessa; y en último lugar con Lorena. Éste es pues el orden en el que presentaré las narrativas. Los nombres de las participantes son nombres reales. A todas ellas les expliqué que podían aparecer con su nombre completo, solo con el nombre o con un pseudónimo. Las tres decidieron que querían aparecer con su nombre completo. A continuación, presentaré brevemente a las participantes antes de pasar a los relatos.

Salomé Castro Rodrigo nace hace treinta y un años en el Puerto de Sagunto. Es la mayor de dos hermanas. Estudió Bellas Artes en la Universidad Politécnica de Valencia y a día de hoy es una artista multidisciplinar. Actualmente reside en el pequeño municipio de Aras de los Olmos y trabaja en el equipo de gobierno del mismo.

Vanessa Afonso de la Virgen tiene treinta y ocho años y es autóctona de Alaquàs. Estudió la carrera de Filología Hispánica en la Universidad de Valencia, así como la licenciatura de Humanidades, y actualmente trabaja como docente en un instituto impartiendo clases de lengua castellana. Es la mayor de tres hermanos.

Lorena Castro Rodrigo tiene veinticuatro años y vive en el Puerto de Sagunto, donde nació. Es la menor de dos hermanas. Lorena es Técnica en Farmacia y en Imagen para el Diagnóstico. Está opositando para Técnica de Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear. Su vocación por el mundo sanitario viene dada por todas sus vivencias.

3.2. Narrativas

Las narrativas están organizadas en dos partes cada una. En la primera parte se sitúa la relación de las participantes con el sistema sanitario en general, así como de las experiencias específicas que han tenido en relación a su salud y al trato recibido por la sanidad. En la segunda parte encontramos las experiencias concretas del sobrediagnóstico de lo emocional, así como las formas en que éstas lo han encarnado y las reflexiones que hacen de todo lo anterior.

Salomé

Mi relación con la sanidad ha sido deficiente y dolorosa, y tengo una constante sensación de abandono. Solo te atienden bien, y entre comillas, cuando es una urgencia muy escandalosa. En caso contrario, se dedican a buscar parches y a lanzarle la pelota a otro. Es como “tienes un poco bajo el colesterol, pero no pasa nada”, “te sale tal, pero no pasa nada”. No pasa nada, pero tú nunca estás bien. Tienes un montón de síntomas, pero nadie sabe leer ese cuadro. Ni le interesa. Solamente se ciñen a su apartado y de aquella manera. Me ha ocurrido de manera general, en digestivo, endocrinología, ginecología, lo que quieras. Desde no darte ningún diagnóstico, hasta negarte un diagnóstico que ya te habían dado anteriormente. Muchas veces no se leen tu historial médico y, aun así, tú les recuerdas todo el historial que traes y te niegan diagnósticos que han firmado otros médicos. Al final es como, pues vale, tú ganas. Es complicado.

Relación con la salud y la sanidad.

«Al final siempre te sientes paranoica y sin ningún respaldo. El resumen es: me encuentro mal, me voy a seguir encontrado mal y nadie me va a hacer caso.»

Desde los diez años llevo quejándome del estómago, he tenido que ir muchas veces a urgencias por dolores, pero nunca me dieron un diagnóstico.

En 2009, con veinte años, empecé a tener mucho dolor de articulaciones y me da alergia al sol. Entonces el médico me dice que no saben lo que tengo y que me van a dejar el expediente abierto, pero que con los síntomas que me salía si me salía otro más lo catalogaban de lupus. En ese momento me voy al País Vasco a vivir y acabo de nuevo en urgencias por el estómago. Me dicen que tengo candidiasis y me dan medicación. Hasta entonces, yo con todos los médicos que me había encontrado me habían dicho que la candidiasis era solo vaginal, y allí descubro por un vecino que tenía candidiasis y otro chico que había fallecido por ello, que no es vaginal. A mí siempre me lo habían explicado como una ETS, cuando en realidad la candidiasis vaginal es un síntoma de que la tienes estomacal, que es donde más flora bacteriana hay. De esta manera, hay un sobrecrecimiento por alguna cuestión y sale por muchos sitios, y donde es visible, por ejemplo, es en la vagina. Y recientemente me he enterado de que existe una prueba para diagnosticar la cándida, porque me he tirado diez años con cándidas alternadas, medicándome, y nunca me han hecho la prueba. De la candidiasis me curé yendo a una terapeuta de medicina holística alternativa.

En 2018 fui a urgencias por el estómago y, por pesada, porque he sido muy pesada, me mandaron hacer una colonoscopia. Ya en quirófano, la médica que tenía que realizarme la prueba decidió aprovechar y hacerme una endoscopia. De rebote, una vez más, descubrí que tenía gastritis crónica. Pero el digestivo que me llevaba no le ha dado importancia a pesar de mi malestar y del diagnóstico. Me recetó unas pastillas y me decía que probase a quitarme el gluten. Pero ni seguimiento ni nada.

Con endocrinología empecé en 2007, con dieciocho años, a raíz de una analítica que me hacen donde me sale la TSH casi desaparecida. Me sale hipotiroidismo. En ese momento me

hacen una valoración por encima de los valores y me dan pastillas. Me dicen que puede ser transitorio y así fue, en dos años me desaparece. Pero en 2017 me pongo de repente muy enferma y me sale hipertiroidismo. La endocrina me empieza a dar medicación. Desde el principio me decía que los síntomas que tenía no tenían nada que ver con el hipertiroidismo.

Un día fui y le dije:

- Tengo muchas taquicardias y esto hay que mirarlo porque ayer me tiraba el agua por encima del tembleque que llevaba.
- Sí, hombre, pues no serás exagerada.
- Pues tómeme el pulso.
- Ah, pues sí que lo tienes movidito.

Y digo, ¿pero usted se cree que no tengo otra vida que venir a inventarme historias a su consulta? Y con ella todo así. Poco después me sale bocio. Se lo digo y me manda a hacerme una ecografía. Allí me dicen que cómo es que no me la han hecho antes habiendo tenido hipotiroidismo en 2007 porque, al tener un problema crónico de autoinmunidad, puede que vaya variando de una a otra. Al final me curé el hipertiroidismo yo sola, porque si fuera por la endocrina estaría con cuatro pastillas aún. Iba cambiándose la medicación según iba sintiendo cómo iba y cómo iban saliendo las analíticas, porque su solución era operarme, quitarme la tiroides.

A salud mental me derivaron a raíz del hipertiroidismo porque tuve muchos cambios hormonales. En aquella época sufrí un abuso sexual y me afectó muchísimo. Me pasé quince días llorando. Pasada esa quincena mi familia y la farmacéutica me recomendaron ir al médico. Así que fui y me encontré con una sustituta que me dio unas pastillas, antidepresivos. Me dijo “es que Salomé, no solo somos pensamiento, también somos química, y si tu química está desregularizada en este momento pues tendrás que tomarte las pastillas”. Y dejé de llorar. Pero a los dos meses o así me di cuenta de que estaba apática, que no tenía emociones. Lo más inmediato, el lloro, se cortó, pero me quedé inhibida de todo. Entonces fui a la médica de cabecera y le dije que no estaba bien y, como me tenían que cambiar la medicación, me derivaron a psiquiatría. Ahora sigo tomando Venlafaxina y Orfidal.

En el departamento de ginecología es donde peor lo he pasado porque, además, son momentos muy vulnerables. La primera vez que fui a ginecología tenía nueve años y fui porque

nací con sinequia, que es que los labios internos están adheridos. Imagínate, que yo jugaba con las muñecas a ir al ginecólogo.

En 2016, con veintisiete años, me hicieron una citología rutinaria y me salió positivo el virus del papiloma humano. Entonces me empezaron a hacer un seguimiento, porque si no evoluciona a más te tiras con eso toda tu vida ya haciéndote pruebas de revisión. En una de estas pruebas se dieron cuenta de que había evolucionado de un SL 1 a un CIN II, que es un grado más de lo que tenía. En ese momento me derivaron al hospital. Estuve bastante tiempo esperando a que me llamasen. Piensas: estarán desbordados. Pero no.

Poco antes de que me saliera positivo el VPH, me vieron un quiste ovárico, pero no medía lo suficiente como para operarlo. Durante la espera de que el hospital se hiciera cargo de mi CIN II tuve que ir a urgencias por un dolor muy fuerte. Era un miércoles. En ese momento me dicen que el quiste ha crecido y que era probable que fuese por eso. El viernes, retorciéndome de dolor y sin poder moverme, ven que tengo un derrame ovárico. Me ingresaron cuatro días en el hospital con calmantes.

Me vieron muchos ginecólogos, auxiliares, aprendices... El ingreso incluyó un fin de semana, y esos días reducen la atención a las urgencias máximas, yo estaba estable y parece que ese derrame no se podía intervenir. Después de cuatro días ingresada y de que me hubieran escudriñado la vagina unas cuantas manos y ojos, yo no sabía que pasaba, no tenía un diagnóstico, porque parece ser que a cada uno le parecía una cosa. Solo con que me hubieran comunicado su desconcierto yo hubiera sido feliz y me hubiera quedado tranquila. No pido que lo sepan todo, ni lo puedan solucionar todo. Solo quiero saber qué me pasa.

Al final, nuevamente me salvó el azar. Coincidía que una compañera de teatro que trabajaba en el Clínico me preguntó cómo estaba, si seguía ingresada. Yo le conté que no sabía nada todavía y llamó al departamento para hablar con el jefe y pedirle, como favor, que me explicasen qué me pasaba. Entonces el jefe del departamento vino muy amablemente y me dijo:

- Bueno, cuéntame, ¿quéquieres saber?
- Pues ¿qué tengo, que me pasa?
- ¿Y todos esos medicamentos?

- Mira yo te voy a contar toda mi historia, todo lo que me tomo, de dónde vengo, hacia dónde voy... Estoy esperando para que me llaméis para llevarme esto porque ya ha pasado a un CIN II.
- Uy, pues no he visto nada de eso. Así que nada, ahora retomaremos tu historial y te llamaremos para hacerte el seguimiento.

Tiempo después, a través de la sexóloga de Planificación, a la cual acudía para que me ayudara a afrontar cómo decirles a mis parejas sexuales el diagnóstico del papiloma, y por fortuna que ella se estaba poniendo al día con el historial para ver todo lo que me había pasado desde que no nos veíamos, descubrí que la solicitud para que el hospital llevara mi CIN II había sido denegada por falta de datos. Y no, no habían avisado a nadie, ni a mí, ni al ginecólogo que me remitió. Denegada directamente. Y vuelta a empezar.

Respecto al derrame, tuve que hacer reposo absoluto mucho tiempo porque el peligro era que el ovario reventara y, por tanto, lo perdiera.

Ese derrame, que tardó unos cuantos meses en diluirse, en reabsorberse, se ha convertido en otro quiste endometriósico pequeño. O eso dicen. Porque meses después de esto, voy a hacerme la revisión y le pregunto al ginecólogo:

- Bueno, ¿cómo llevo lo del derrame?, ¿se ha reabsorbido ya?
- Tú no tienes ningún derrame, tú lo que tienes son unos quistes.
- Ya, pero estuve ingresada porque...
- Que no, que no, que tú lo que tienes son dos quistes endometriósicos.

Y yo, bueno, pues tú ganas, ¿quéquieres que te diga? Éste mismo me volvió a llevar con la conización que me hacen al año siguiente. En 2019 me tienen que operar de una lesión precancerosa del cuello del útero y me tienen que hacer una prueba específica para concertar determinadas cosas para la operación. Vuelvo a consulta y me dice:

- ¿Qué haces aquí?
- Vengo a hacerme la biopsia.
- ¿Y eso por qué?
- Pues porque me voy a hacer una conización.
- Es que tú no tienes que hacer eso, tú tienes una SL 1.

Y, claro, le digo “es que vas por el 2016 en el historial médico, han pasado tres años”. O sea, si no te lo has leído pues te sientas, te lo lees conmigo delante si hace falta, me vas preguntando, pero no me niegues lo que tengo. Y cuando me hizo las pruebas le dije que escribiera el resultado en el informe, porque cuando consigues los informes, te encuentras (como en todos los que pertenecen a este señor) que, en el apartado de diagnóstico, bueno, en cualquier apartado, solo hay puntos suspensivos. Le dije “eso pasa, que yo llego aquí la próxima consulta y no tienes ni idea de por qué estoy aquí”. Y lo escribió.

Cuando en planificación detectaron el papiloma, me dijeron que la única opción era ponerme la vacuna, que no estaba demostrado ni que ayudara a curar, ni que no. La vacuna como medicación. Me dicen que me ponga la que quiera y me recomiendan dos. Al estar desempleada me entraba una por la seguridad social, la pedí y me la puse.

Tres años después de la detección del papiloma, en la consulta del hospital, es cuando pido los resultados de la reciente prueba donde se especifica las cepas de VPH que tengo. Entonces me doy cuenta de que depende cuáles son tus cepas te tienes que poner una vacuna u otra. Y resulta que la vacuna que había elegido no cubría ninguna de las que yo tenía. ¿Cómo es posible que me hayáis mandado como medicación que me ponga la vacuna si no sabéis qué cepas tengo? Pido explicaciones. Resulta que ahora sólo era para prevenirme de otras cepas graves, por si acaso. Nada que ver con lo que me dijeron al principio.

El ginecólogo que me atendió ese día trataba de escucharme y responderme a todo, pero a veces sus respuestas tampoco son tranquilizadoras. Me recetó unas cánulas, pero diciéndome: “te voy a dar unas cánulas, no hacen mucho, pero pótelas a ver”. Y me acaba diciendo: “ves, Margarita” -que era la enfermera, no sé cómo se llamaba-, “Margarita sale por la noche de fiesta a las discotecas y no se preocupa de que tiene el papiloma, no se obsesiona, tú también puedes hacer vida normal”. Y, claro, yo flipando, de decir, y tú qué sabes si yo puedo hacer o no vida normal. Pero es que luego me toca aquí en Lliria con la de planificación y me dice:

- Pues nada, te veo dentro de un año.
- ¿Perdón? Me estás diciendo que sigo teniendo dos cepas graves, que en un año he pasado a un CIN II, ¿y me vas a dar cita para un año?
- Bueno, si te quedas más tranquila te doy para seis meses.
- Hombre, por supuesto. Además, ¿en serio no hay nada que me podáis dar?

Y mira así por la mesa y dice:

- Mira pues sí, te voy a recetar estos sobres. ¿Te has puesto la vacuna?
- Sí.
- Ah, pues esto lo tacho que no es así.

Eran los sobres de Hupavir, que es el tratamiento que me tomo a día de hoy. Me cuesta veinte euros una caja de veinte sobres y me lo tengo que tomar seis meses. Pero claro, cuando he empezado este año con el médico privado integrativo, me ha dicho que teniendo la gastritis crónica en el intestino no puedo absorberlo. Y que, una gastritis antró como la mía, sin seguimiento, es una cosa seria que podría haberme ocasionado una úlcera en el estómago.

Todo de la misma manera. Entonces tienes que ir tú persiguiéndolos y estudiar antes de ir a la consulta para saber todo lo que les tienes que decir. Para que luego encima te digan “no seas paranoica, no quieras tener nada.” No, es que me encuentro mal siempre y prefiero que eso tenga un nombre y un tratamiento, a seguir sufriendo “sin tener nada”.

Actualmente tengo dolor en la zona, pero me dicen que los quistes que llevo son pequeños y que no entran en el protocolo para la operación. Me dicen que no es posible que me estén dando ese dolor, que será otra cosa.

Hace un par de años, en 2018, antes de la conización, me diagnostican dispaurenia. Acudo al médico de cabecera porque tengo dolor sobre todo cuando hay penetración, así que me derivan a salud sexual y reproductiva, y de ahí a la sexóloga que es con la que trabajo este tema. En ese momento me cambio de centro a Llíria, así que me tienen que ver primero en el centro de especialidades para hacer una valoración por ser nueva usuaria. Ahí me hacen una citología. La ginecóloga me trató superbién, aunque salí llorando igualmente. Y me dice:

- Lo siento mucho si te he hecho daño.
- No, si casi lloro de alegría, porque nadie me ha tratado con tanto cuidado, respeto e intención. Me ha dolido, pero no como cuando no me tienen en cuenta. ¿No me puedo quedar contigo?
- No, es que la conización te la tienen que llevar en el hospital.

Así que vuelvo al mes siguiente a la ginecóloga que me tocaba y me dice:

- Pasa al cuartito y ves desnudándote.

- Hace un mes que me hicieron la citología en el centro de especialidades, otra no por favor.
- Hay que hacerte otra te pongas como te pongas, que la otra no nos sirve, falta un parámetro.
- Pues por favor, ponme un espéculo virginal que me duele mucho, hazlo con cuidado.

Pero es todo muy frío y no tienen en cuenta el dolor. A muchos ginecólogos todavía les cuesta entender lo emocional. Que por un lado se exceden en decir “esto es todo emocional”, pero esa misma cara de la moneda les hace pensar que no es importante. O sea, me han dado respuestas como “te duele porque te empeñas en que te duela”, que fue lo que me lo dijo ese día la enfermera. Y le dije llorando a mares: mira, a mí me da igual lo que penséis, pero dolerme, me duele. Da igual que sea mental, sea como sea me está doliendo, ¿no? Y es muy fuerte que ginecólogos, que están en el mismo departamento que la sexóloga que lo trabaja, no lo tengan en cuenta.

Al final siempre te sientes paranoica y sin ningún respaldo. El resumen es: me encuentro mal, me voy a seguir encontrado mal y nadie me va a hacer caso.

Ahora en el confinamiento no sé qué detonante hubo que empecé a ir a un médico privado integrativo y, bueno, pues empiezan a mirar todo lo que está mal en las analíticas y que nadie le ha hecho caso. Entonces ahora vamos a abordar primero el tema digestivo por la reabsorción del intestino, porque habiendo autoinmunidad por la tiroides y por los quistes endometriósicos, que es tema de hormonas también, puede que esté relacionado con la mala absorción del intestino.

En toda esta experiencia con el sistema sanitario hubo un momento en el que me apoyé en la bebida, en otro me apoyé en la medicina holística alternativa y luego ya, pero esto muy reciente, en 2017, en mi psicólogo. En ginecología es donde el apoyo ha sido más complicado.

Experiencias del sobrediagnóstico emocional.

«*Siento que me ven como si tuviera una predisposición a la hipocondría»*

Estas experiencias las he tenido sobre todo en dos episodios en los que fui a urgencias por dolor en el pecho. Desde hace un año, por las noches, me da un dolor en el pecho. La primera vez me asusté mucho y pensé que era un infarto. Y siempre quiero que me pase de día, porque si me pasa de día puedo asociarlo a un momento de estrés, a que estoy teniendo un conflicto o lo que sea, pero siempre que me ha pasado ha sido de noche estando tranquila. Hace dos años que llevo un tratamiento de Sumial por las taquicardias que tenía por el hipertiroidismo, que es una medicación para el corazón. Y nunca me han hecho una valoración del corazón.

La primera vez que me dio fui a urgencias en Sagunto. En esta primera experiencia sí que me hicieron algunas pruebas y no fue tan evidente el diagnóstico, fue más una sugerencia: “pues a lo mejor es estrés”. Fue llevado de otra manera.

La segunda vez que tengo una experiencia similar me vuelve a ocurrir lo mismo y acudo aquí a Titaguas. El médico que me tocó fue directo: “ah, tú tomas Venlafaxina y Orfidal, esto es un ataque de ansiedad”. También me dijo “es que a tu edad no puedes tener nada del corazón”. No me hizo ninguna prueba, no me preguntó nada. Entonces insistí en que lo escribiera en el historial, porque si luego tuviese algo distinto, ¿a quién le pedimos explicaciones? Lo que sentía en ese momento era miedo, porque estaba asustada, y sigo asustada por esos dolores. Pero, ¿qué haces?, ¿pones querellas? Ya he perdido la mitad de mi vida en ir al médico para nada, no me voy a pasar la otra mitad en redactar incidencias.

Me pasa muchas veces que cuando ven que estoy tomando medicación de psiquiatría es como “ah, bueno, si ya vienes...”. Siento que me ven como si tuviera una predisposición a la hipocondría o algo así. Al final la sensación que te queda es de: estoy viniendo a marear, estoy haciéndole perder el tiempo a este señor y me tengo que ir a mi casa sin más.

Cuando me atendieron esta última vez por el dolor del pecho y el médico me dijo que era un ataque de ansiedad, pues sí que hay una parte de ti que piensa que podría ser verdad. Pero de igual forma, yo no estoy tranquila. Yo no sé si es ansiedad, pero he tenido anteriormente

ataques de ansiedad y me ha ocurrido puntualmente por el día en momentos de estrés. Además, no me da ese dolor en el pecho. Se supone que debo estar tranquila y no darle importancia, pero cuando me pega ese dolor... Podría ser la mama o un músculo contracturado, yo que sé. Pero si no te hacen pruebas... Es como que no quieren que los marees. Yo le expliqué todo lo que me pasaba, además muy blandita. Pero claro, tampoco entienden que te pongas a llorar, y eso aún les da más motivos para decir que el diagnóstico es solamente emocional o psicológico. Y no entienden que una se cansa, que llevo toda la vida luchando con esto. Que estar todo el rato rogándoles que te den la información, y que no te la den, que todo lo que te pasa no es nada nunca y que tú siempre estás mal, pues es agotador.

Lo que ha cambiado de mi vida con esto es que cuando me sigue dando este dolor ya no voy al médico. Ya no hago nada. Me asusto y me convenzo de que es ansiedad. Hay un momento de debate interno de pensar que puede ser otra cosa, pero dices ¿y a quién voy? Entonces pues en vez de acudir al médico intento tranquilizarme yo sola. Porque si fuera a cualquier médico aquí sé cuál va a ser la respuesta. Te dicen, “¿y qué quieras que haga yo con eso?”. Pues no sé, hazme pruebas, mírame. Pero al final dices, pues no vamos a perder el tiempo ninguno de los dos. Al final es como que no hay esperanzas. Es una sensación que te queda bastante a menudo: ningún médico me va a hacer caso. Y ya no te ilusionas con ninguno. O sea, tengo como asumido que voy a estar mal siempre. Y al final una se acostumbra al dolor físico y al dolor mental. Y es lo que te toca.

Vanessa

Yo no suelo utilizar mucho el sistema sanitario. Tengo cierto rechazo a todo ello porque cuando he recurrido a él hay veces que me han defraudado. Muchas veces acudes con un problema, que tú crees que es un problema y que lo vives como tal, y quieres resolverlo o saber de dónde viene, y te encuentras con que no hay una explicación para eso. Yo he tenido sobre todo problemas y dolores en la espalda y en el estómago, y son dolores que no han sabido explicar. Entonces es un poco frustrante. Actualmente tengo más contacto con la sanidad por el embarazo y ahora sí que me enfrento a ello poniendo mucha fe, porque no soy solo yo la que se juega esto.

Relación con la salud y la sanidad.

«Es como si te dijeran que estás majara, como que te lo inventas. Esa es mi sensación.»

Normalmente soy muy crítica a lo que me dicen, y quizá hay otros momentos en los que les considero una autoridad y no entro en ello. O te callas y te comes la cabeza después. O buscas otro. La suerte que tengo yo es que tengo el seguro más o menos privado por ser profesora. Los funcionarios podemos acceder a la pública o a la privada, y generalmente vamos a la privada. Eso me permite, por ejemplo, elegir especialista: si no te gusta uno te vas a otro. En la pública te asignan uno y ya está, tienes que ir a ese, no puedes elegir. Entonces puedo ir jugando e ir viendo qué especialistas me gustan más. Pero bueno, a la privada tú llegas como un paciente más, no es lo mismo que pagarla tú. No es lo mismo que ir a un especialista pagando cien euros de consulta que de esta manera, que es con un seguro médico. También tengo amigos que están en la rama sanitaria, entonces muchas veces tiro de ellos, y quizá sí que me fío más de lo que me puedan decir o recomendar. Entonces muchas veces sorteo y juego con eso.

Yo he tenido siempre problemas con las cervicales. No me acuerdo de la edad que tenía cuando empecé, pero desde muy joven. Se me tensan las cervicales, se me inflaman, tengo mareos, y me viene después una serie de historias en relación a esto. Entonces, digamos que la tensión se me va a esa parte, a la zona cervical.

Yo tengo un poco de cifosis, por lo que tiendo a hacer chepa; también tengo escoliosis; y desde pequeña tengo diagnosticada una desviación en la zona lumbar, por la que llevé corsé. Entonces yo la espalda no la tengo en una posición correcta. Además, paso muchas horas al ordenador, y cuando estoy mucho tiempo tiendo a ir a menos, así que la posición no es buena y se carga esa zona.

Hace dos años estuve de baja por una cervicobraquialgia. Lo que hace la cervicobraquialgia es que te desequilibra. No podía estar de pie. Me desperté por la mañana y no me podía mover del lado derecho. Me dolía una barbaridad y no me podía mover. Yo creo que del dolor y del susto de no poderme mover colapsé. Llegué al hospital, que me tuvieron que llevar en camilla,

y me ingresaron. Se creían que era un ictus y me metieron por el gotero mucha medicación. No sé lo que me metieron porque estaba medio drogada. Entonces estuve ingresada tres días mientras me hacían pruebas y se dieron cuenta de que no tenía un ictus, sino que era la cervicobraquialgia. O sea, me había llegado no solo a la cervical sino también a todo el brazo. Entonces toda esa parte: los músculos, los tendones y tal, estaba todo muy inflamado, muy rígido; de la nuca hasta el codo.

Cuando llegué al hospital con la cervicobraquialgia el neurólogo me pidió que le dijera el dolor que tenía con un número del uno al diez, y le dije “pues un diez”. Yo creo que aguanto bastante el dolor, pero tenía mucho dolor. Y el neurólogo como poniendo en duda mi sintomatología, como que no entendía que yo pudiera sentir ese dolor. Y como en ese momento en las pruebas no estaba saliendo nada todavía, tenía un trato como de: si no hay una prueba científica para ese dolor no puede explicarse. Era como, tengo las pruebas aquí y eso no está, no sé de dónde viene ese dolor. Y por eso empezaron a medicarme mucho.

Y esa es otra cuestión, porque tampoco te permiten participar o saber del proceso. Yo le pregunté a la enfermera que si era necesario medicarme tanto y se enfadó. Es como que estás ahí para recibir todo, no te dan más explicación que la de “aquí están ellos haciendo, que son los que saben, y tú ahora no tienes que participar de esto”. Sientes como una incapacidad de poder decidir qué quieras ponerte y que no, o de simplemente saber qué te están haciendo o poniendo. Que te lo expliquen. Luego sí que llegó una neuróloga más empática que me preguntó por mi historial y por las migrañas, pero la excepción.

Después de la hospitalización tuve que ir a la traumatóloga a que me diera rehabilitación. Entonces fui y le digo:

- Mira, vengo de una hospitalización...

Le cuento todo y me empieza a decir:

- ¿Y qué quieres que haga yo?
- Yo qué sé, yo tengo aquí el informe médico donde me remiten a ti.

Y claro, pues nos quedamos mi tío, que me había acompañado, y yo, flipando.

Y lo último que me ha pasado con la espalda fue hace dos semanas que me enganché y estaba con un dolor insoportable, no podía moverme.

También tengo problemas de migrañas y son tensionales muchas veces. Sí que hay veces que me dan porque me da por morder y apretar durante la noche, y muchas otras porque se me inflama la zona de las cervicales. El tema de las migrañas le sucede igual a mi padre y a mi hermana, tenemos el mismo tipo de migrañas tensionales. O sea que habrá algo genético. Y me pasa desde pequeña también. No sé a qué edad empezaría, pero recuerdo que en el día de mi comunión tuve una migraña superfuerte. Con las migrañas mi psicólogo me recomendó un neurólogo, porque a los que había ido no me atinaban, así que él mismo me dijo que fuera a uno que conocía.

Con el estómago también he tenido siempre problemas. Desde pequeña no me sienta bien la comida, no hago bien las digestiones. En este caso también mi hermana y mi padre tienen exactamente lo mismo, y digo yo que si en mi familia somos tres miembros que lo tenemos, es que algo pasará. Entonces mi estómago tiene algún problema, pero los de digestivo después de hacerme algunas pruebas se plantaron. Me hicieron la prueba de la papilla y no salió ninguna úlcera ni nada, pero se negaron a hacerme una rectoscopia o una endoscopia porque dijeron que era muy joven y que no valía la pena. Me hicieron alguna analítica y alguna alergia, pero ni siquiera me hicieron todas las pruebas de las intolerancias. Pero toda esa parte en sanidad no se analiza. Y como vieron que en esas pruebas no salió nada, pues se plantaron: “no tienes nada”. Que me tomase Almax y protectores de estómago.

Una de digestivo sí que me llegó a comentar una vez que quizás en la boca del estómago no se me llegaba a cerrar bien el esfínter y que igual de ahí venían los problemas, pero no hay un diagnóstico ni nadie lo volvió a mirar. Yo con esto llevo muchos años, así que al final pues vas viendo por tu cuenta que, si vas mucho de bares te vas a poner mala, etcétera. Entonces intentas evitar todo ese tipo de cosas hasta que al final atas. Decidí hace unos años probar con una nutricionista privada a ver si me iba bien y me fue bien. Al final ves que estás comiendo bien y te sigue pasando y dices, bueno, pues voy a resolverlo por otras vías. En ese momento también estaban más de moda los nutricionistas, tenía conocidos que estaban yendo y dije, pues voy a probar a ver. Lo que hicimos fue hacer como una especie de diario de lo que yo comía y de los síntomas que tenía, y a partir de ahí empezamos a trabajar una dieta.

Uno de los últimos problemas que he tenido ha sido con la rodilla, que me empezó a doler hace unos tres años. Fui a un trauma y me dijo que no tenía nada, y le digo “es que me duele”. No me hizo ningún tipo de prueba salvo cogérmela y movérmela por si el menisco estaba bien. Pero manualmente, no me quiso hacer ninguna radiografía. Hace poco hablé con la

traumatóloga que me lleva ahora y le conté que me molestaba y claro, ahora ya no me puede hacer la radiografía por el embarazo, pero llevo tres años arrastrando lo de la rodilla. Porque el trauma me decía que no tenía nada. Es como si te dijeran que estás *majara*, como que te lo inventas. Esa es mi sensación. De llegar y poner en duda la sintomatología que tú puedes sentir. Si siento un dolor aquí pues mira a ver qué tengo porque tengo dolor.

Con el embarazo lo que me sucede es que te tratan como si estuvieras enferma. Es todo: “tienes que cuidarte”, “tienes que ser feliz”. “Tienes que, tienes que”. Soy adulta, soy consciente de lo que tengo que hacer. Sí que es verdad que con mi ginecóloga me siento bastante cómoda y no es así, pero la gente en general tiene un conciencia de la mujer embarazada como que es una niña, como que hay que protegerla.

Hay días en los que puedes estar hecha polvo y no pasa nada. Porque a nivel hormonal hay muchos cambios y ya está. Hay otros procesos en los que te encuentras muy bien y puedes hacer cien cosas y no te tienen por qué decir que no. Pero noto como que estás etiquetada: “no puedes hacer esto”, “no puedes hacer lo otro”. Medicarte no te median porque no pueden, pero sí que creo que se ve como una patología.

Y, por otro lado, creo que no se tienen en cuenta los procesos que lleva a cabo una mujer durante el embarazo. Porque hay cambios brutales de todo, y ahora que lo siento digo, ¿cómo no van a estar algunas mujeres con ansiedad, estrés, etcétera, después de un embarazo, de un parto y de la crianza? Porque cambia tu vida y no tienes herramientas para ese cambio de vida. Y bueno, yo lo veía en las amigas de mi madre, que empezaban a medicarse en la crianza. Y ese creo que es un factor importante para ver: cómo una realidad, que es un hecho, que es que la crianza genera ciertos estados, pues directamente te dan medicamentos.

Experiencias del sobrediagnóstico de lo emocional.

«Al final es aceptar que vives con cierto dolor. Y que vas a tener dolores que no tienen una explicación y ya está.»

Lo primero que me dan cuando voy al médico es Trankimazin o medicación para la ansiedad. O me preguntan: “¿tienes ansiedad?”. Me habrán intentado recetar ansiolíticos unas siete u ocho veces, y eso que yo considero que no voy mucho al médico.

Cuando estuve con la cervicobraquialgia la médica de cabecera planteó el darme algún ansiolítico. Pero yo le dije que no, porque a nivel de fisioterapia ya me trabajan y se me va yendo. Y cuando me atendió la traumatóloga me insistió en que me tomara algo de eso para poder bajar la inflamación, y también insistía en que si tenía ansiedad. Y yo le decía:

- Que no, que no tengo ansiedad.
- Es que si es ansiedad te tienes que tomar algo. Tómate algo y así eso va más rápido.

Y me negué también a que me diese ansiolíticos. Además, que en ese momento yo estaba de baja, estaba relajada, lo único que la zona contracturada estaba inflamada.

Que es cierto que hay una parte emocional. En toda la musculatura pues hay zonas que se tensan por el nivel de estrés. Eso te lo explican en el fisio. Pero cuando hablan de una parte emocional es que no todo es debido a la desviación de espalda, sino que tú puedes focalizar el estrés en una zona y se tensa. Pero de ahí a que te den un tratamiento para la ansiedad o para la depresión... Porque la trauma, cuando la cervicobraquialgia, también me preguntó si estaba deprimida.

Estrés sí que puedo tener. O sea, en mi trabajo hay estrés, y yo quizá tengo un nivel de exigencia en el que, pues ejerzo más estrés sobre mi cuerpo porque quiero hacer más de lo que puedo. Y cuando tengo algún rollo en la cabeza, la tensión se me va a las cervicales. Pero de ahí a tener que llevar un tratamiento para eso no lo veía. Nunca me he tomado nada de eso. Todas las veces que me lo han recetado no me lo he llegado a tomar. Siempre lo he trabajado

con el yoga o con el fisio, y ya en casos donde el dolor es muy fuerte pues sí que he recurrido a los relajantes musculares. Pero en general intento evitar el tratamiento con pastillas.

De más joven empecé a ir a terapia con el psicólogo, y trabajando con él sí que me comentaba que, si alcanzaba cierto nivel de estrés igual sí que me tenía que tomar algo, pero nunca lo he necesitado.

Y me llama la atención el hecho de que una contractura muscular, que sí que, como digo, hay parte que puede ser emocional, se lo lleven a un tratamiento para la depresión o para la ansiedad. Y para mí ha sido un choque porque tampoco lo asocio. Que, además, cuando me han intentado recetar ansiolíticos tampoco me han hecho ninguna prueba en relación a la ansiedad, ni ninguna pregunta más allá o de mi vida. Ni siquiera me han preguntado si he hecho terapia o no, porque habiendo estado con el psicólogo tendría más sentido que él me lo hubiese diagnosticado.

Quizá en los fisioterapeutas sí que he encontrado una parte más competente a la hora de fusionar lo emocional y lo físico. Que puede haber un poco de todo, pero se trabaja desde una parte más manual, aunque a veces lleguen al punto de los relajantes musculares porque no se pueda más. Pero nunca me he encontrado a un fisio que me haya dicho “tienes depresión” o “tienes ansiedad”.

Con los problemas de estómago también se lo han llevado siempre a lo emocional. Siendo que tanto esto como los problemas de espalda, como he dicho, los tienen también familiares míos. Y siempre me decían que eran nervios y estrés. A mi madre de joven también le pasó lo mismo. Ella tampoco tenía el estómago bien y también le decían que eran los nervios. Y nada, te dicen que son nervios y te dejan.

Y muchas veces, cuando te lo achacan al estrés, te pones a buscar si ha pasado algo en la semana o en el mes para que haya una tensión. Porque al no querer ir a la pastilla pues intento procesarlo y ver si soy capaz de llevarlo por otro camino. Que hay personas que lo necesitan, yo ahí no lo dudo, pero yo no he visto que lo necesitase en ninguno de esos momentos. Pero bueno, al final, aunque pueda haber una parte emocional, no lo es cien por cien. En mi caso, yo creo que sobre todo es corporal, o sea que es por mi postura. Yo no tengo una buena postura, y eso me repercute en dolores. Y ya tienes una lesión ahí, que sabes que en cualquier momento por la posición o por la postura vas a forzarlo y va a salir. Yo a veces me he pasado haciendo ejercicios en yoga, por ejemplo, y me he quedado enganchada. Y la parte física está ahí.

Entonces pues a veces eso te resuena y dices: jolín, pero por qué si es algo físico que yo siento, tengo que ver el resto. Porque lo emocional tampoco es fácil de trabajar. Entonces cuando te plantean esa historia a mí me reconcome mucho, porque me siento culpable en cierta forma. De pensar: ostras, me estoy haciendo esto a mí misma. Es que incluso si tuviese una depresión, por ejemplo, sería algo inconsciente. No es que quiera atacarme. O sea, es como si fuieras consciente del proceso depresivo, del proceso de ansiedad o del proceso de estrés. Es como que nos etiquetan con eso, como “no, es que te lo estás haciendo tú”.

Y siendo mujeres es como que dan por sentado el tipo de vida que podríamos llevar. Dan por sentado que tengo que tener estrés o depresión porque tengo que tener un período así. Y no entiendo por qué lo dan por sentado. Pregúntame. Pregúntame qué hago, en qué trabajo, hazme un tipo test, o sea, que es básico para saber por dónde voy. Sobre todo, yo creo que dan por hecho que llevamos un ritmo acelerado. Y hay periodos en los que sí vas acelerada, que sigues la inercia, y otros en los que estás más tranquila. En mi entorno el problema con las cervicales lo comparten algunas amigas mías también, y coincide que somos docentes y que trabajamos mucho al ordenador. Y a ellas también les han planteado darles ansiolíticos muchas veces.

A mí estas experiencias de sobrediagnóstico me han sentado fatal porque es como, vamos a ver, si tuviera ansiedad o depresión yo lo diría, ¿no? O sea, plantearía mi estado de ánimo. Y me ha sentado mal también porque es como que me han estado dando la mano para entrar en un ciclo, que era el tomar todo ese tipo de cosas, que genera una dependencia. Porque yo lo veo en otras mujeres en el entorno de mi madre, que llevan medicándose toda la vida por no asumir la carga que llevan ellas de madres, profesionales y todo eso. Entonces, claro, es como: ya me vas a dar primero medicación sin ver dónde está el problema, sin ver si es un pinzamiento, una hernia o yo qué sé. Que no digo que no se tenga que medicar cuando haga falta, pero creo que a las mujeres nos sobremedican muchas veces no viendo el foco.

Y luego, yo pienso que cualquier mujer tenemos a nivel hormonal o físico muchas historias. Por ejemplo, cuando tenemos la menstruación hay dolores que no puedes justificar científicamente o no hay una justificación que puedas probar, pero son dolores que están ahí. Y eso también hace que estemos muy familiarizadas con la medicación. Yo desde que me bajó la regla, o incluso antes, estaba familiarizada con toda esa terminología, y con cómo controlar la medicación. De: ahora ésta, después hay que alternarla con aquella. Y es un comportamiento que yo no veo en los hombres. Yo me voy de viaje y me llevo medicación en el botiquín, o cualquier otra compañera. Y la mayoría de los hombres no. Entonces pues creo que del ciclo

menstrual y de historias hormonales surgen ahí una serie de dolores y una serie de sensaciones que no están bien tratadas, ni investigadas, ni miradas, ni importa.

Por otro lado, yo creo que desde nuestro sistema sanitario las emociones no se entienden y se consideran una patología. O sea, yo creo que no se trata al paciente en esa parte. Directamente se considera que la persona está enferma por sentirse de una determinada manera sin ver qué hay detrás, si un hecho está repercutiendo en que sienta eso en ese momento, si es su forma de vida o lo que sea. Entonces yo creo que las emociones no se entienden todavía a nivel social, y a nivel médico pues mucho menos. Es como que necesitan algo que les corrobore que hay una enfermedad, entonces la parte emocional la llevan a estrés, depresión, ansiedad, y no miran más allá. Es como su vía de escape: “no tienes nada médico, pues tendrás esto”. Si no hay nada que pueda diagnosticar entonces mi diagnóstico se deriva hacia lo emocional, lo psicológico, lo psiquiátrico. Es como “mi plano ya está controlado porque las pruebas dicen que no tienes nada”. E igual ni siquiera hay una prueba que te diga eso exactamente. Entonces apáñate. Con mi tía también he visto algo similar, que ella tiene fibromialgia, y ahora ya hay más referencias, pero al principio siempre era como que se lo inventaba. Como que todo es mental.

Yo de las primeras cosas que trabajé con el psicólogo cuando estuve en terapia era la sensación de decir “estoy loca”. Que es lo primero que se descarta, que no tengas una enfermedad mental o un problema grave. Pero yo creo que todo esto es como que nos hace pensar así sobre nosotras mismas. O sea, la sociedad en general. En el momento en el que pasas por un trance o por una situación difícil no se respetan tus emociones. Porque si pasas por una ruptura, un cambio de trabajo o un cambio personal, pues es evidente que te va a generar ansiedad o estrés. Entonces es como que se considera una patología algo que no lo es. Y te hace dudar. Hay muchas veces que sientes como que estás *majara*. Que se te ha ido la pinza, y que eres tú la que está generando todo. Que sí que hay una parte inconsciente que te genera problemas de salud, pero claro, no son todos.

Es como que la salud mental se vive o se actúa como una enfermedad. Yo creo que se acepta más lo físico que lo mental. Entonces sí que hay veces que el dolor viene de algo mental, pero hay un vínculo y hay que trabajarla igual. Yo creo que ahí el sistema sanitario falla porque no se tiene en cuenta. Quizá si se dieran más herramientas para identificar el estrés pues cambiaría la cosa. Y que un día puedas decir: pues hoy me tengo que tomar un ansiolítico porque mi nivel de ansiedad es quince; pero otros días puedas salir a correr, a pasear, a nadar, a hablar, a ver

amigos o a llamar al psicólogo para hablar con él a ver si se puede trabajar así. Como te digo el psicólogo, te digo el fisio. Pero ni el fisio ni el psicólogo se lo pueden pagar tampoco todas las personas, porque hablamos de una visita de entre cincuenta y cien euros mínimo. Entonces es requisito tener un cierto poder adquisitivo y ser consciente de que está ahí y que puedes utilizarlo. Y luego tienes que tener un círculo también que te apoye. Yo llegué a mi psicólogo por una amiga y mi tío es fisio. Entonces la gente te aconseja. Si no tienes gente a tu alrededor que te pueda ayudar pues es más fácil que entres en un ciclo de medicación.

Que no todo lo que yo hago me funciona. Hay días que me funciona y otros que no. Pero es como una ayuda a darle una explicación al dolor, a sentirme bien conmigo misma y a no sentir que se me va la pinza, que estoy perdiendo la cabeza o que me estoy inventando cosas. Porque al final llegas a pensar: ¿me lo estoy inventando? Pero es que, si tengo un dolor, tengo un dolor. Y como tú eres una ignorante ante los médicos, pues normalizan ese tipo de prácticas. Lo ven como normal, pero para ti es algo excepcional. Porque ellos no lo están viviendo. Quizá les falta también un poco de diálogo, de trabajo a la hora de poder explicarte bien las cosas y para identificar de dónde viene algo. Esa parte se la saltan. Porque tú puedes llegar hasta “sé lo que siento”, y luego dime tú qué puede ser. La historia es, ¿te dicen lo que puede ser o te dicen que estás *majara*? Te ignoran y te dicen que no tienes nada. Cuando algo no tiene explicación se quedan ahí. Cuando te hacen una serie de pruebas y no sale nada se para el proceso y ya está.

Al final es aceptar que vives con cierto dolor. Y que vas a tener dolores que no tienen una explicación y ya está. La resignación, un poco. Porque al final no vas a ir cincuenta veces al médico. Te resignas y dices: bueno, pues ya sé que me pasa esto, que va a venir y que va a haber temporadas en las que estoy peor, otras mejor y ya está.

Lorena

Mi relación con el sistema sanitario ha sido horrible. Fatídica. He tenido sobre todo relación con digestivo, endocrinología y ginecología. Recientemente, en 2019, me diagnosticaron esclerosis múltiple. Desde entonces me lleva una neuróloga.

Relación con la salud y la sanidad.

«Al final dices, bueno, pues ya me apañaré yo como sea. Porque diciéndome “Lorena, tienes que perder peso, no te estreses, vive una vida más tranquila”, pues no se soluciona nada.»

El diagnóstico de la esclerosis múltiple me vino a raíz de un accidente. Que yo siempre digo que el accidente más tonto de mi vida me ha llevado al diagnóstico más importante de mi vida.

Mi madre y mi hermana se iban al pueblo, me preguntaron si me subía con ellas, pero yo me estaba preparando el material porque empezaba el curso y me quedé. Mi padre me dijo “vamos a Consum a comprar pan”. Llegamos al parking y mi padre me preguntó:

- ¿Bajas del coche?
- No, me quedo aquí. Si solo vamos a comprar pan me quedo.

Yo estaba en el coche sin el cinturón, tranquila, mirando el móvil, y de repente vi cómo el coche se fue y estábamos enfrente de un muro. Yo no entendía nada. Pensé que había habido un terremoto. Bajé del coche temblando y vi otro coche detrás, que había chocado conmigo. El del coche bajó y me preguntó si estaba bien. Le dije que sí, me subí al coche y empecé a llorar. Mi padre llegó, le conté lo que había pasado y nos fuimos. Cuando llegué a casa me empecé a encontrar muy mal y vomité, así que nos fuimos al hospital directos pensando en que si había que dar parte del golpe tenía que ser las dos horas siguientes. Me había dado un latigazo cervical, o sea que, si las cervicales tienen una curvatura natural, se me habían puesto rectas del golpe. A raíz de eso me empiezan a dar sesiones de rehabilitación.

Estuve casi quince días sin ir a clase. Cuando empecé a ir a clase iba y volvía mareadísima. Tenía mucha angustia, dolores y la espalda fatal. Las chicas de la rehabilitación no paraban de alargármela: “otras veinte sesiones más”, “otras veinte más”, “otras diez más”. Así igual hice unas cincuenta o sesenta sesiones. Tenía de la dorsal para arriba todo contracturado: trapecios, cuello y demás. Y ni con calor ni con masajes había forma de descontracturarlo.

Como no me ponía mejor con la rehabilitación decidieron hacerme por su cuenta una tracción mandibular. Al hacerme la tracción mandibular me pinzaron el trigémino, que es el nervio que va a la cara, a la cabeza y al cuello. Es uno de los peores dolores que hay. A raíz de eso me empiezan a dar todo tipo de tratamientos: ansiolíticos, tratamiento antiepileptico, de todo. Iba a pincharme porque no aguantaba ese dolor. He tenido callos en el culo de pincharme. No podía comer, no podía hablar, no podía dormir. Simplemente necesitaba estar quieta y no moverme, porque era un dolor en la articulación constante.

En ese momento estaba haciendo las prácticas del grado, como podía, y conté en el hospital lo que me había pasado. Y ahí fue cuando me dijeron que tenía una neuralgia en el trigémino. Fui a urgencias, me pincharon y me derivaron al neurólogo. Me hacen una resonancia y es cuando me dicen “hemos visto unos focos que dan hiper-señal”. No estaban buscando eso, lo encontraron de rebote. Estaban buscando si tenía el nervio pinzado o el nervio mal, o cualquier cosa que me hubiese llevado a tener la neuralgia.

A día de hoy mi neuróloga piensa que la neuralgia pudo haber sido un brote de la esclerosis, pero como hubo una manipulación de por medio no está claro.

Al haber visto que había unos focos que daban hiper-señal me mandan una serie de pruebas. En una de ellas me tenían que pinchar en la cabeza, aunque yo no lo sabía. Creo que ésta es la experiencia de las que peor he vivido, porque me trajeron muy mal.

Llegué a la prueba sin saber lo que me iban a hacer, era como que tenían que mirarme los nervios ópticos o algo así. Y de repente, sin avisar, me pinchan dos agujas en la cabeza. Claro, yo salté, me puse tensa, casi llorando. Si me hubieran avisado igual me hubiera preparado para ello, pero sin avisar pues me puse muy tensa. Y le digo:

- ¿Ya está?
- No, ahora te tengo que pinchar en el ojo.

Y me asusté y me puse a llorar. Me entró mucha ansiedad. Y me dice: “que es broma, tonta”. Mi madre se quedó blanca, no podía ni reaccionar. Y yo le dije:

- ¿Pero qué broma es esto?, ¿cómo que una broma?
- Sí, la prueba ya está, te he hecho una broma.

¿Qué broma es que te digan que te van a pinchar en el ojo después de que te pinchen en la cabeza sin avisarte?

Con esa prueba me sacaron que tenía algo, no sabían el qué, que era desmielinizante. Y me mandan a hacerme una analítica. En la analítica detectaron ciertos parámetros, pero ahí me decían que no sabían qué podía ser. Porque la esclerosis es lo último que te dicen, porque es como que recoge un poco todo. Dicen que es la enfermedad de las mil caras, a cada persona le puede dar de una forma. Y entonces me dicen: “tenemos que pasar a lo siguiente, que es una punción lumbar”.

Cuando tuvieron los resultados de la punción los mandaron al Clínico y, al tiempo, me llamaron para que tuviera una cita con neurología, que estaban los resultados. Así que fui y la neuróloga me dijo “tienes esclerosis múltiple”. Y, claro, me puse a llorar. La neuróloga me decía: “no llores, Lorena, no llores, que no pasa nada”. Y yo pensaba, pero a ver, déjame que lo asimile, dame margen de si quiero llorar, si quiero pegarme un cabezazo o lo que quiera. Pero nada, ella diciendo “no llores, no llores, no pasa nada”. Y yo diciendo, es que sé lo que es eso, tengo una pequeña noción.

Después del diagnóstico estuvimos viendo si me había podido dar algún brote hasta entonces. Y descubrimos que sí.

La neuróloga ya me había pedido que le contase si me había pasado algo, y le conté. “Pues después de la neuralgia lo más significativo que tuve fue un día que me levanté y de cintura para abajo estaba dormida: tenía las piernas dormidas, los pies dormidos, el culo, todo. Yo me sentaba al baño y me molestaba porque me daba la sensación de acartonamiento, de no notarme; me metía en la ducha y era sufrir, porque era como si me clavaran alfileres en toda la parte de cintura para abajo”. Pero en el momento en el que me pasó el médico no le dio importancia. Y cuando me dieron el diagnóstico sí que me dijo “es casi cien por cien seguro que eso fue un brote”.

El tratamiento de la esclerosis son dos años. El año pasado fue el primero, y me tuve que tomar la medicación una semana en octubre y otra en noviembre. Y este año también, en principio, en octubre y noviembre hago ya el segundo año y acabo.

Desde que me han diagnosticado la esclerosis, lo que me pasa es que todo me lo achacan a eso. La neuróloga ya me advirtió: “que te quede claro que no todo lo que te pase ahora va a ser por la esclerosis, porque te lo van a achacar todo a eso”.

El año pasado, cuando tenía que empezar con el tratamiento, tenía a la vez una operación por las muelas del juicio. Así que lo tuve que retrasar un poco por la operación, para que no se me juntase todo. Y cuando fui a hacerme la operación, las anestesistas me dijeron que no se hacían cargo de ponerme la anestesia porque igual no me iba bien teniendo el diagnóstico. Me dijeron que había que paralizarlo hasta que les llevase un informe de que mi neurólogo se hacía responsable si pasaba algo. Y me metieron mucho miedo. Así que llamé a la neuróloga y se enfadó mucho, porque no me puede pasar nada porque me pongan la anestesia. Así que me hizo un papel y me operaron.

Con el estómago empecé a tener problemas desde muy joven. A los quince años me empezó a doler mucho un lado del abdomen y me dio fiebre. La primera prueba que me hicieron fue la de la papilla. Después de eso me hicieron una gastroscopia y una colonoscopia, pero rogando y suplicando, porque no me las querían hacer. De hecho, el digestivo solo me quería hacer la colonoscopia, y la chica que me hizo las pruebas me dijo “ya que estamos aquí te hago la gastroscopia”. Y en los resultados me salió que tenía un omento de intestino, que es que un trozo del asa se necrosó, y por eso me dolía tanto el abdomen. Además, me salió que tenía la hernia de hiato un poco abierta, pupas en el ilion y gastritis crónica. Que menos mal que al final la chica decidió hacerme las dos pruebas, porque si no, no hubiesen salido todos los problemas que tenía.

Con todas estas pruebas he tenido malas experiencias. En la de la papilla, la enfermera me dijo “a mí no me mires con esa cara de asco, yo no tengo la culpa de que estés aquí”. Yo sin abrir la boca. Estaba quieta, blanca y con cara de susto de tener que tomarme una papilla rosa como pintura. Así que me la tragué sin decir nada y seguidamente la vomité.

La gastroscopia me la hicieron sin sedación, porque entonces no te ponían. Vino una enfermera y me puso un espray en la garganta. Se me empezó a dormir y me dieron arcadas. La enfermera me decía:

- ¿Quieres dejar de hacer eso?
- No lo hago porque quiero, es que me está dando angustia. Porque es una sensación muy rara notar la garganta dormida y no puedo...

- Pues estate quieta y no lo hagas.

Y en ese momento me metieron el tubo y yo creo que me quedé inconsciente. Desde ese momento ya no me acuerdo de nada.

De todo lo que me dijeron que me había salido en las pruebas no le dieron importancia a nada. Con lo de las aftas del ilion me dijeron que podía ser un Crohn incipiente o un colon irritable, pero ahí se quedó. El de digestivo no le ha hecho más caso, simplemente “adelgaza, pierde peso y ves probando a quitarte alimentos”. Y que me relajara, que no tenía nada. Me decía:

- Que no quieres que te saquen nada, Lorena.
- Que no quiero que me saquen nada, pero si no me encuentro bien.

Todo lo que me decía era “Lorena, estás muy nerviosa, lo que tienes que hacer es relajarte y perder peso”. Porque también me lo han achacado siempre todo al peso.

Luego me hicieron las pruebas de la fructosa. Me tomé el vaso de fructosa y a los cinco minutos estaba de diarrea, vomitando, mareada, con gases. Fatal. Y la médica me dijo “ah, eso no pasa nada”. Me dijo que estaba bien y que no me pasaba nada. Ahora, la médica integrativa a la que voy ha conseguido los resultados y ha visto que no tengo buena tolerancia a la fructosa. De hecho, una vez un médico me dijo:

- Veo aquí que tienes intolerancia a la fructosa.
- ¿Cómo? Pero si a mí me habían dicho que no.

El digestivo yo creo que es con el que más largo camino llevo y peor odio.

Cuando faltó mi abuelo tenía consulta, y le dije a mi madre “no quiero ir, no quiero ir a verlo, porque si voy y se muere mi abuelo me va a dar algo”. Entonces fue mi madre. Tiempo después vi el informe de ese día donde pone en cuestión que mi abuelo se estaba muriendo. Es como que tienen una pestaña objetiva y otra subjetiva, y parece que se equivocó y lo puso donde no tocaba.

En otra ocasión fui porque me encontraba otra vez mal del mismo lado del abdomen, que me tuvieron que llevar en silla de ruedas a la consulta porque me dolía mucho. El radiólogo de urgencias me dijo: “tú, ¿qué pasa?, que comes mucho, ¿no?”, “tienes que perder peso”. Yo me

quedé blanca. Me encontraba fatal y, sin hacerme ningún tipo de pruebas, me estaba diciendo que estaba gorda. Y claro, yo estaba de: “¿y usted qué sabe si yo como o no como o los problemas que dejo de tener?, ¿quién eres para decírmelo eso?”. Y salí medio llorando de la consulta. Ese fue uno, pero es que otro me dijo lo mismo: “tú comes mucho, ¿no?, pierde peso”. Eso sin siquiera haberme sentado en la camilla aún. Y claro, yo llorando. Y me decía: “no te pongas así, no seas exagerada”. Al final fui a poner una queja contra él y me dijeron:

- ¿No estarás exagerando demasiado?
- Te estoy contando lo que ha pasado.

En otra ocasión me salió un bulto por la costilla o por el hígado, y la médica de cabecera me mandó a que me hicieran una ecografía. Cuando llegué allí me dijeron “¿y esto no puede ser por la esclerosis?”. Y mientras redactaba el informe dijo en voz alta: “no mandarle más ecografías de urgencia”.

Con ginecología he tenido sobre todo contacto por la desregulación de la regla. Porque, claro, no podía ser que con veintiún años estuviese seis meses sin regla, cinco meses sin regla... O sea, yo llevaba seis meses sin regla del año pasado, y del anterior, 2018, cinco meses. En dos años casi uno sin regla. Y estaba como muy hinchada. Con unos dolores increíbles, además, y me salió también hirsutismo. El hirsutismo es en principio un problema hormonal, pero lo que me ha pasado siempre con los médicos es que se han pasado la pelota de unos a otros: “no, esto es de digestivo”, “no, esto es de endocrinología”. Y al final nadie se hacía cargo.

Empecé a tomar anticonceptivas. En esa época se me caía también mucho el pelo, de una forma exagerada. Así que fui a la dermatóloga, que se sorprendió de las anticonceptivas que tomaba y me mandó a que me hiciera una analítica de coagulación. Se ve que eran unas pastillas muy antiguas que daban muchos efectos secundarios y el más propenso era tener trombos. A una chica que yo conocía, con treinta y pocos, le dio un trombo en la pierna por tomarlas. Pero bueno, tuvo que ser la dermatóloga la que me la mandase. En ginecología no se les ocurrió. Me dejé las pastillas porque no me estaban solucionando nada y empecé con el anillo hormonal. El anillo lo llevé como dos o tres meses, pero de repente empecé a tener una tos muy fuerte, como si fuera neumonía, y era por el anillo. Fue quitármelo e irse. Luego el ginecólogo me dijo que tenía ovario poliquístico pero que no le hiciera caso, que veía algunos quistes en los ovarios pero que no eran alarmantes. También me repetía todo el rato que perdiera peso, como si fuera la única solución. Así que me cambié de ginecólogo.

Y a partir de ahí ya no me tomé ningún anticonceptivo. Eso sería en marzo de 2019. En julio me diagnostican la esclerosis y a la semana siguiente me tiro una semana ingresada todas las mañanas poniéndome megacorticoides porque tenía una inflamación increíble en todo mi cuerpo: médula, cerebro, todo. O sea, tenía una inflamación entera. Y, justamente, el último día que terminaron de ponerme los corticoides voy al baño con el gotero y me había bajado la regla. Después de seis meses. Y a raíz de ahí todos los meses me baja. Yo achaco esa desregulación que tenía a una inflamación generalizada de todo mi cuerpo y que afectaba también a los ovarios, intestinos y demás. Y, claro, al tratarme con los corticoides se me desinflamó. Se lo comenté a la ginecóloga que llevo ahora y me dijo que podía ser por eso.

Yo decía, “estoy contenta porque después de todo lo malo, me ha bajado la regla milagrosamente después de seis meses”. Pero bueno, sigo teniendo dolores y me dan muchas migrañas cuando me baja.

En otro momento me achacan el que no me bajaba la regla a que tenía las cápsulas suprarrenales lentas y que por eso no perdía peso. Pero creo que fue la dermatóloga también la que me deriva, me dijo: “¿por qué no te miran las hormonas: la tiroides y todo eso; siendo que vienes de familia con problemas de tiroides en endocrinología?”. Entonces, como que ella hizo una derivación, creo recordar.

Cuando voy a la endocrina por lo de las cápsulas suprarrenales me saca también que tenía más alta la testosterona que los estrógenos y me manda Androcur, que eso era un chute de hormonas increíbles. Yo me hinché muchísimo. Un día fui a consulta y le dije “yo no me voy a tomar más esto”, o sea es que no comía, no hacía nada. Estaba enorme, hinchada, con un ánimo de mierda, muy decaída. Y me dijo que vale, que no me las tomase. O sea, era una bomba hormonal. Y no me solucionó nada tampoco. Me dijo “ay, pues esto es lo único que te puedo dar, si no te quieres tomar esto, no te puedo dar nada más”.

Siempre me han dicho que tenía más hipotiroidismo, pero nunca he tenido un diagnóstico ni le han hecho mucho caso. Me decían que el metabolismo lo tenía más lento pero que no pasaba nada. “Tienes el metabolismo lento, pero cada uno lo tenemos de una manera”. Siempre ha sido como “bueno, tienes bajo esto, pero no pasa nada”, “tienes déficit de vitamina D, pero no pasa nada”. Cuando tienes déficit de vitamina D hay estudios que dicen que tienes más predisposición a tener enfermedades autoinmunes, como es la esclerosis. A mí lo primero que me dijeron cuando empecé con la médica integrativa fue “tienes que tomar vitamina D hasta

que la subas por lo menos a un nivel cuatro veces de lo que tienes". La tenía como a dieciocho y la tenía que tener a ochenta. O sea, que son unos factores que no los miran. No les hacen caso.

En endocrinología me decían también que perdiera peso. Y entonces les dije: "vale, y ¿cómo pierdo peso? Porque yo llevo toda la vida haciendo dietas, dietas muy estrictas, y no consigo perder peso". Pues que hiciera dieta y deporte, y yo, "ya, si lo hago, pero no consigo el objetivo que una persona normal podría conseguir con lo que yo hago". En otro momento me dan unas pastillas, que eso fue lo peor. Era como que tú te las tomabas y lo que tiraba era todo grasa. Me sentaron fatal en el estómago porque te reventaba, estaba todo el rato en el baño y parecía que tiraba aceite. Y, además, no me hizo perder. Después me recomienda unas barritas que no entraban por la seguridad social para que no comiera y me tomara eso o batidos. Después me recomendó unas plumas para pinchármelas en la tripa, las que se ponen las personas diabéticas. Claro, valían trescientos euros y no me entraban por la seguridad social, porque yo no era diabética.

Desde que voy a esta médica privada he perdido más peso que con diez años en endocrinología, sobre todo haciendo dietas relacionadas con las intolerancias que yo tengo y demás para que todo el aparato digestivo pueda hacer bien su función. Al final dices, bueno, pues ya me apañaré yo como sea. Porque diciéndome "Lorena, tienes que perder peso, no te estreses, vive una vida más tranquila", pues no se soluciona nada. Cambié de endocrina y fui a peor, o sea que al final dije "se acabó".

La última vez que fui a la endocrina, me pesó la enfermera como siempre que voy, vio que había cogido un kilo desde la última vez y me dio el alta. Así que dije, pues vale, porque no iba a sacar nada con ella. Cogí mis cosas, mi dignidad y me largué.

El peso ha sido una constante, siempre me lo han atribuido todo a eso. Al peso, al estrés y los nervios y a que era muy joven. Con una hernia me pasó igual. Llegué al médico quejándome de dolor de espalda: "es que tienes sobrepeso", "es que tienes que perder peso". Me hacen la resonancia y me sale la hernia. Vale, ¿que para la hernia perder peso viene bien? Sí. ¿Que me ha salido por el peso? No.

Experiencias del sobrediagnóstico de lo emocional.

«es siempre como una desvalorización continua, que te hace sentir menos y que lo que a ti te pase no tiene importancia. “Eres mujer, eres joven, te voy a decir que son nervios y voy a hacer otras cosas”.»

Mi ansiedad y mis nervios siempre han venido conmigo a la consulta del médico. Siempre me han dicho “es que eres una niña muy nerviosa”. Todo era “soy nervios, es que eres una niña muy nerviosa”. Podría decir que me han achacado dolores a los nervios unas ¿quince veces? Tirando por lo bajo.

Cuando empecé a tener problemas con la regla, me hicieron una prueba de las hormonas, y es verdad que la hormona del estrés, el cortisol, me salió muy alto. O sea, es cierto que soy una persona nerviosa, pero no todo por lo que me he quejado han sido nervios. Antes de hacerme pruebas siempre me lo han achacado a nervios y ansiedad. Siempre. Y después de las pruebas de las hormonas aún más. Todo era: “vemos que tienes mucho estrés, relájate, medita, haz deporte, pierde peso”. Pero vamos, que tampoco le dieron más importancia al resultado del cortisol que decirme todo eso.

A mí me han hecho caso cuando ya ha sido algo manifestado totalmente. Y sí que me derivaron al psicólogo de la seguridad social, pero mucho después de todo esto. Y bueno, él sí que me ayudaba quizás haciéndome ver que me exigía mucho, o me decía “no lo estás haciendo mal, estás haciendo mucho con lo que llevas encima”.

Con el estómago, desde que tengo problemas, o sea, desde los quince años, siempre lo primero: “son nervios, son nervios, es ansiedad”. Hasta que llegas con fiebre y se asustan. Ahí fue cuando se me necrosó un trozo del intestino, y entonces sí que te empiezan a hacer pruebas corriendo. Pero al principio solo “lo que te duele del estómago son nervios, relájate, eso es ansiedad, estás nerviosa, eres una persona muy nerviosa”. Y yo digo, bueno, ya sé que soy una persona nerviosa pero no es normal que me duela al comer, que me duela sin comer... Siempre me lo han achacado a ansiedad y nervios. “Son nervios, son nervios”, y yo, “no, no son

nervios”. Y cuando me sacan el omento del intestino, digo “que se me está necrosando un tejido, que duele, no son nervios”.

En otro momento, me ocurre que tengo un brote de la esclerosis, antes de que me la diagnosticaran. Se me durmió la cara y no la notaba. En ese momento estaba dejando de fumar. “Eso es que tienes ansiedad, eso es que estás nerviosa porque estás dejando de fumar”. No tenía ansiedad, nada. No tenía mono porque llevaba unas pastillas que me estaban yendo muy bien. Le decía “que no tengo ansiedad, que yo sé cuándo tengo ansiedad y cuándo estoy nerviosa y no estoy nerviosa”. Me estaba poniendo nerviosa, pero de no notarme media cara, de pellizarme y no sentirme. Nada, que son nervios y que es ansiedad.

No sé si ahí me dieron Diazepam o Lorazepam. “Tómatelo para que te relajes”. Me han recetado varias veces ansiolíticos, pero hay otras que me lo he tomado yo porque decía “para ir al médico y que me lo den, pues me lo tomo ya”.

Otra experiencia que tuve fue el año pasado con el tratamiento de la esclerosis. Cuando me lo empiezo a tomar empiezo a sentir cosas muy raras. Tenía una distorsión como si viera mi vida desde otra perspectiva, como cuando tienes un sueño y te ves desde fuera. Y claro, yo pensé, a ver si no me está yendo bien. Le mandé un correo a mi neuróloga y le dije “tengo sensaciones muy extrañas, es como si estuviera fuera de mí, ¿es normal?”. Y me dice, “eso puede ser por un período traumático o por un período de estrés que estés pasando”. Así que nada, que era de los nervios y del estrés. Y yo decía, a ver, por favor, que es la primera vez que me estoy tomando esto en mi vida y no he tenido nunca esta sensación. Y cuando me dicen eso pues sí que me da ansiedad de decir, tengo una sensación rara, no puedo transmitirla, no sé cómo transmitirla, me dicen que estrés y no tengo estrés. Pero bueno, cuando acabé con el tratamiento se me pasó.

Después del tratamiento, que fue octubre-noviembre, en enero o así empiezo a tener dolores de cabeza muy fuertes todos los días. Me levantaba con dolor de cabeza y me duraba toda la noche. En ese momento mi neuróloga estaba de baja y al final me cogió un neurólogo, pero ya en mayo, que ya no tenía los dolores. En ese momento me hacen una resonancia y no me sale nada, pero claro, cuando a mí me dieron los dolores no me hicieron pruebas, fue mucho después. Y el neurólogo que me cogió:

- ¿Estás nerviosa?, ¿te está pasando algo ahora?, ¿tienes ansiedad?
- No, no me pasa nada.

- Bueno, te mando a psiquiatría para que te den algo para la ansiedad.

Y yo, bueno, vale, no tengo ansiedad a día de hoy, no me pasa absolutamente nada. Cuando me dieron los dolores de cabeza en enero tampoco, pero vale. Así que ahora me tienen que llamar de psiquiatría.

Siempre me han hecho sentirme mal. No me he sentido atendida, sino todo lo contrario. Es como que no buscan la raíz del problema, dicen que son nervios y que es ansiedad y se lo quitan de encima. No le dan importancia. “Eres joven, tienes ansiedad y nervios, te puedo dar pastillas”. Es que no todo lo que me pasa es ansiedad. Entonces he sentido eso, que no me han hecho caso y que me ha tocado pelear muchísimo. Sientes que te hacen caso cuando el problema ya está encima de la mesa, cuando ya es gordo, cuando ya es preocupante, cuando ya es alarmante. Con el de digestivo, que es el que siempre me ha dicho “nervios, nervios, nervios”, pues al final te vas y dices “es que, ¿para qué voy a ir?”. Estoy enfadada, no quiero ir para que me digan que son nervios. Y luego cuando te pasa algo pues a correr a hacerte pruebas. Eso es lo que yo he vivido, vamos.

Me han llegado a decir que quizás me quejaba porque tenía problemas emocionales con mis padres o conmigo misma, o sea, como para llamar la atención. “¿Esto no lo haces para llamar la atención de tus padres y que estén más pendientes de ti?”. Te hacen ver como que eres una exagerada, que lo que tienes son tonterías tuyas, de tus nervios, de tu edad, y nada más.

En una ocasión, cuando estuve trabajando en las prácticas, llegué un día con mucha alergia. Esto no es un tema médico, pero es lo mismo. Y un trabajador de las resonancias me dijo “¿qué pasa, que te ha dejado el novio?”. O sea, es siempre como una desvalorización continua, que te hace sentir menos y que lo que a ti te pase no tiene importancia. “Eres mujer, eres joven, te voy a decir que son nervios y voy a hacer otras cosas”. Es como “no me apetece que una niña de veinte años venga quejándose, que si le duele esto, que si le duele lo otro, ya se le pasará; estará llorando por el novio o porque quiere llamar la atención de sus padres”.

Yo he notado, por ejemplo, la diferencia de ir al médico con mi madre a ir con mi padre. Cuando he ido con mi madre, sobre todo en digestivo, nos han *troleado* y nos han vacilado como les ha dado la gana. Sin embargo, le decía a mi padre que viniese conmigo y no nos vacilaba. Eso lo he notado muchísimo. Con la oculista también me pasaba cuando era pequeña. Y cuando iba con mi padre me trataban superbién. O sea, al ver la figura masculina es como que ya te tratan con respeto. Pero al ser mujer es como “tú estás loca, lo exageras, no me vengas

aquí a contar tus problemas, no te voy a hacer caso, serán otras cosas que no tienen nada que ver con esto”. En urgencias una vez también me dijeron “¿qué pasa, que tienes problemas con tus amigas y estás nerviosa?”. Es como que todo lo que te pasa es banal y no tiene importancia.

Y la parte emocional ya sí que ni se trata. No se le da ninguna importancia. Como mucho te dicen “te podemos derivar al psicólogo a que hables con él y, si no que te manden pastillas”. Pero hasta que te derivan al psicólogo pasa mucho tiempo. Y al final es como, “ya que no te vamos a hacer pruebas físicas pues vamos a verlo”. Pero a mí me mandaron al psicólogo hará un año o dos. Yo he ido a consultas llorando y me he ido a casa con mi rabia y mi dolor, y lo emocional lo han dejado siempre de lado, es como “no le doy importancia a lo que te pase, si eso que el psicólogo haga algo contigo y, si no, te empastillaremos”. Nada más. Y a la psicóloga que me lleva ahora pues sí que le cuento todo esto, que estoy cansada de tener que estar siempre luchando con los médicos, cansada de que nadie me hiciera realmente caso, de tener que estar siempre peleando para que me hicieran pruebas, de que no tuvieran interés.

Al final, de tanto que me han achacado todo a nervios y a ansiedad es como que me he creado esa realidad. O sea, de que tengo ansiedad. Es cierto que soy una persona nerviosa, pero no siempre tengo ansiedad. Sé que algunas cosas sí que me dan ansiedad. Pero al final es como que me lo han hecho interiorizar, me han cargado una mochila que no es mía. Te lo dicen tantas veces, en tantos sitios, repetidamente, que al final muestras síntomas de ansiedad que yo creo que lo causa eso mismo. El ir a contar tus problemas y que no te hagan caso, que lo vean todo como una tontería. Es que al final es normal que te entre ansiedad. Y al final pues te pones a buscar remedio a eso. Fui por ejemplo a acupuntura para que se me relajara el sistema nervioso y demás. Pero, claro, ya por lo privado. Porque la solución que te dan en la pública son pastillas, más pastillas, antidepresivos, para dormir y demás. Y si no las quieres, pues “cómprate cosas naturales, tómate tilas”, y ya después “haz deporte que te vendrá muy bien y así perderás peso”. Así de paso te meten lo del peso. Y siempre también poniendo de excusa la edad: “es que eres muy joven y no puedes tener eso”, “son nervios porque eres muy joven”.

Al final no te queda otra que reírte y tomártelo todo con humor. Eso yo creo que me ha hecho llevarlo bastante bien. De reírte y decir “es que es acojonante lo que pasa”. Y luego hablarlo con el psicólogo y demás. Y, pues eso, apoyándome en intentar no darle importancia tampoco. O sea, luchar, pero no cargarme un lastre. De decir “lo tengo que conseguir como sea, pero sin estar fustigándome”. Reírme y decir, “éste se piensa que mi abuelo no se está

muriendo y lo pone donde no toca y yo me entero”. En esas, en tomármelo con un poco de humor.

Y al final cada vez que voy a la consulta me digo “vale, voy a ir como si fuera a la guerra, a la batalla”. Tengo que decirme “voy a posicionarme anímicamente fuerte para que cuando me digan que tengo ansiedad y nervios no me hunda y poder decirle que no, que no es eso todo”. Me tengo que preparar. Prepararme discursos, preparar mi ánimo y decir “no me van a volver a chafar, no me van a volver a tratar como si no tuviera importancia”. Y ahora con el diagnóstico de la esclerosis pues también me tengo que preparar para decir “no, perdona, no todo lo que me pasa es por la esclerosis”. Porque es todo así. Nervios, ansiedad, peso, y ahora la esclerosis.

4. Discusión y conclusiones

4.1. Discusión

Esta parte del trabajo la dedico a relacionar los objetivos de la investigación con las narrativas, tratando de dar cuenta de las lógicas patriarcales y positivistas que subyacen a todo ello. El fin de este apartado es pues manifestar las conexiones que se producen entre el abordaje teórico del trabajo y los co-relatos.

Uno de los objetivos que me planteaba en esta investigación era conocer los sesgos y las faltas cometidas por el personal sanitario que las participantes habían sufrido. En los relatos podemos observar una cantidad muy numerosa de estas faltas. Para poder sintetizarlas, las he agrupado en algunas categorías que mencionaré a continuación.

En primer lugar, podemos observar en los relatos cómo se evidencian *faltas de investigación* en lo que se refiere a las enfermedades específicas de las mujeres, en concreto, a lo relacionado con la salud reproductiva. Esto responde al androcentrismo en el que se ha comprendido la institucionalización de la salud, que ha contemplado al hombre como objeto de la ciencia médica (García-Dauder y Guzmán-Martínez, 2019). Este hecho se enmarca dentro de lo que en este trabajo he llamado “primer mecanismo de sesgo” (Tasa-Vinyals et ál., 2015), que ha conducido a asimilar la salud de las mujeres a la de los hombres, ignorando la “morbilidad diferencial” (Valls-Llobet, 2005) que existe en el sistema sexo-genérico. Como se ha expuesto en el abordaje teórico, esto ha contribuido a que no se haya contado con mujeres en las investigaciones médicas, así como también ha llevado a una falta de recursos materiales, económicos y humanos para explicar las formas diferenciales de enfermar de mujeres y hombres. El caso de la salud reproductiva de las mujeres es un claro ejemplo de ello. Es en este ámbito donde las participantes refieren especialmente estas faltas.

En el caso de Salomé, esto se evidencia, por ejemplo, con el diagnóstico del Virus del Papiloma Humano. A Salomé le dieron como tratamiento una vacuna sin conocer cuáles eran las cepas que tenía, explicándole que era la única opción posible, aunque le informasen de que nada demostraba que ésta ayudase a tratarlo. Una vez le hicieron la prueba que las identificaba, se dieron cuenta de que la vacuna que se había puesto no cubría ninguna de ellas. Así lo explica en su relato:

Tres años después de la detección del papiloma, en la consulta del hospital, es cuando pido los resultados de la reciente prueba donde se especifica las cepas de VPH que tengo. Entonces me doy cuenta de que depende cuáles son tus cepas te tienes que poner una vacuna u otra. Y resulta que la vacuna que había elegido no cubría ninguna de las que yo tenía. ¿Cómo es posible que me hayáis mandado como medicación que me ponga la vacuna si no sabéis qué cepas tengo? Pido explicaciones. Resulta que ahora sólo era para prevenirmee de otras cepas graves, por si acaso. Nada que ver con lo que me dijeron al principio.

En este caso, el cambio que se produce en el discurso del personal sanitario, de exponer que la vacuna funciona como tratamiento (pese a que reconozcan la falta de evidencias sobre ello) a argumentar que sirve para prevenir de otras cepas, demuestra también una falta de información y de conocimiento que resulta en una mala práctica y actuación.

En el caso de Lorena, podemos observar esta falta por la desregulación que tenía del período. En dos años había tenido la regla cinco meses seguidos por un lado, y seis por otro, estando casi un año entero en total sin menstruar. Lorena explica que esto le causaba dolores y una sensación de hinchazón. En ginecología le dijeron que podía estar causado por tener ovario poliquístico o por tener las cápsulas suprarrenales lentas. Sin embargo, no se atendió lo anterior y se la trató con píldoras anticonceptivas. Así se da cuenta en su relato:

Con ginecología he tenido sobre todo contacto por la desregulación de la regla. Porque, claro, no podía ser que con veintiún años estuviese seis meses sin regla, cinco meses sin regla... (...) Y estaba como muy hinchada. Con unos dolores increíbles, además, y me salió también hirsutismo. (...) Empecé a tomar anticonceptivas. (...) Luego el ginecólogo me dijo que tenía ovario poliquístico pero que no le hiciera caso, que veía algunos quistes en los ovarios pero que no eran alarmantes.

Los métodos anticonceptivos son una “solución” a la que se acude con facilidad en ginecología y que responde al androcentrismo en tanto se entiende la salud de las mujeres en términos masculinos. Es decir, si algo propio del cuerpo sexuado femenino, como es la menstruación, presenta “anomalías”, en vez de buscar las causas se opta por su eliminación. La lógica responde a entender el cuerpo sexuado masculino como norma: si en éste no hay menstruación y, por ende, tampoco problemas relacionados con ello, eliminarla es el mejor remedio -incluso aunque no se presenten estas “anomalías”-. Por otro lado, entender la menstruación de las mujeres y sus “irregularidades” como un problema en sí mismo, sin tratar de comprender cuáles son las causas de ello, lleva a una medicalización hormonal que se cree la solución del problema. Como explica Vindhaya (2002) «la medicalización de la menstruación (...) refuerza la idea de que las mujeres son controladas por la biología en general y por sus aparatos reproductivos en particular» (p. 18). Además, este tratamiento se realiza sin

tener en cuenta la peligrosidad del mismo para la salud de las mujeres, como lo era en el caso de Lorena:

fui a la dermatóloga, que se sorprendió de las anticonceptivas que tomaba y me mandó a que me hiciera una analítica de coagulación. Se ve que eran unas pastillas muy antiguas que daban muchos efectos secundarios y el más propenso era tener trombos. A una chica que yo conocía, con treinta y pocos, le dio un trombo en la pierna por tomarlas. Pero bueno, tuvo que ser la dermatóloga la que me la mandase. En ginecología no se les ocurrió. Me dejé las pastillas porque no me estaban solucionando nada y empecé con el anillo hormonal. El anillo lo llevé como dos o tres meses, pero de repente empecé a tener una tos muy fuerte, como si fuera neumonía, y era por el anillo. Fue quitármelo e irse.

Tiempo después de esto, Lorena es tratada por otra circunstancia con corticoides y su menstruación vuelve a ser regular. Esta “casualidad” médica alumbría la falta de investigación, poniendo en relieve la evidencia de que se desconocen las causas y las soluciones de lo relacionado a la salud reproductiva de las mujeres. Aránguez-Sánchez (2018, p. 242) expone que «el frecuente desconocimiento de las funciones que tienen la menstruación y los órganos reproductivos sobre el sistema de las mujeres y su salud general» deviene del androcentrismo sanitario y es el reflejo de una «falta de respeto hacia el cuerpo de las mujeres».

En segundo lugar, observamos también en los relatos una *falta de atención y de interés*. Esta falta se deriva también del androcentrismo sanitario. Es consecuencia de la anterior, en tanto la falta de investigación supone una invisibilización de las formas de enfermar de las mujeres. Pero, sobre todo, esta falta se relaciona con los sesgos de género que conducen a entender a las mujeres en términos de inferioridad. Así, se vincula en mayor medida con el “segundo mecanismo de sesgo” (Tasa-Vinyals et ál., 2015), que entiende que mujeres y hombres tienen diferencias biológicas que las llevan a enfermar de forma distinta, cuando en estos casos no las hay. En lo relativo a los sesgos que devienen de los dualismos cuerpo-mente y emoción-razón, se consideran a las mujeres como mentalmente patológicas y emocionalmente desregularizadas. Así, la conceptualización que se tiene de éstas parte de entender el cuerpo sexuado femenino como innatamente enfermo y, con ello, como el origen de una serie de desórdenes mentales y, especialmente, emocionales. Estos sesgos contribuyen a concebir las dolencias de las mujeres como una cuestión psíquica/emocional, lo que provoca que no se las atienda con interés y que se banalice su dolor.

Así lo podemos ver ejemplificado en las siguientes extracciones de las narrativas:

Pero el digestivo que me llevaba no le ha dado importancia a pesar de mi malestar y del diagnóstico. Me recetó unas pastillas y me decía que probase a quitarme el gluten. Pero ni seguimiento ni nada. (Salomé)

La neuróloga ya me había pedido que le contase si me había pasado algo, y le conté. “Pues después de la neuralgia lo más significativo que tuve fue un día que me levanté y de cintura para abajo estaba dormida: tenía las piernas dormidas, los pies dormidos, el culo, todo. Yo me sentaba al baño y me molestaba porque me daba la sensación de acartonamiento, de no notarme; me metía en la ducha y era sufrir, porque era como si me clavaran alfileres en toda la parte de cintura para abajo”. Pero en el momento en el que me pasó el médico no le dio importancia. Y cuando me dieron el diagnóstico sí que me dijo “es casi cien por cien seguro que eso fue un brote”. (Lorena)

Me decían que el metabolismo lo tenía más lento pero que no pasaba nada. “Tienes el metabolismo lento, pero cada uno lo tenemos de una manera”. Siempre ha sido como “bueno, tienes bajo esto, pero no pasa nada”, “tienes déficit de vitamina D, pero no pasa nada”. Cuando tienes déficit de vitamina D hay estudios que dicen que tienes más predisposición a tener enfermedades autoinmunes, como es la esclerosis. (Lorena)

Muy relacionada con la falta anterior, encontramos también una *falta de credibilidad*. También esta falta la podemos localizar en los relatos de las tres participantes. En el caso de Salomé, la podemos hallar, por ejemplo, en ocasiones donde le han negado el diagnóstico que otras personas profesionales le habían asignado. En el fragmento que se presenta a continuación, Salomé acude al ginecólogo y le pregunta por el estado del derrame ovárico que ha tenido:

- Bueno, ¿cómo llevo lo del derrame?, ¿se ha reabsorbido ya?
- Tú no tienes ningún derrame, tú lo que tienes son unos quistes.
- Ya, pero estuve ingresada porque...
- Que no, que no, que tú lo que tienes son dos quistes endometriósicos.

También Vanessa da cuenta de ello, en el siguiente caso concreto:

Cuando llegué al hospital con la cervicobraquialgia el neurólogo me pidió que le dijera el dolor que tenía con un número del uno al diez, y le dije “pues un diez”. Yo creo que aguanto bastante el dolor, pero tenía mucho dolor. Y el neurólogo como poniendo en duda mi sintomatología, como que no entendía que yo pudiera sentir ese dolor. Y como en ese momento en las pruebas no estaba saliendo nada todavía, tenía un trato como de: si no hay una prueba científica para ese dolor no puede explicarse.

En la experiencia de Lorena, esta falta de credibilidad también ha sido una constante. Es especialmente significativo lo que se relata en el siguiente extracto de su narrativa:

Me han llegado a decir que quizás me quejaba porque tenía problemas emocionales con mis padres o conmigo misma, o sea, como para llamar la atención. “¿Esto no lo haces para llamar la atención de tus

padres y que estén más pendientes de ti?”. Te hacen ver como que eres una exagerada, que lo que tienes son tonterías tuyas, de tus nervios, de tu edad, y nada más.

Esta falta de credibilidad tiene que ver con todo lo mencionado anteriormente referido a los sesgos de género. Una cuestión que considero que intersecciona con esta falta es la de entender a las mujeres como individuos con falta de agencia, a las que se les resta autoridad, promoviendo la creencia de que no son capaces de significar su propia experiencia.

La falta de credibilidad se relaciona también con lo que Miranda Fricker denomina “injusticia epistémica” (2007/2017). La injusticia epistémica testimonial «se produce cuando un prejuicio conduce a un oyente a otorgar un nivel injusto de credibilidad al conocimiento del hablante» (Murguía-Lores, 2019, p. 56). En el caso de las mujeres, esta injusticia se produce por los prejuicios que se les asumen desde el ideal de feminidad y los sesgos de género. Murguía-Lores expone que en la atención sanitaria se produce una relación desigual, en tanto que la persona profesional es «un experto certificado que cuenta con altas cuotas de autoridad epistémica» (Ibid., p. 61), mientras que la “paciente” acude a dicho espacio por una dolencia que «la coloca en una situación no sólo de dependencia epistémica, sino de vulnerabilidad» (Id.). Sin embargo, este hecho no debiera generar una falta en la credibilidad de la persona que acude al sistema sanitario, es decir, una injusticia epistémica. Al contrario, el personal sanitario, dado el poder que ostenta y la repercusión que sus actos tienen sobre la salud de las personas, debería tener una formación y una actuación que le permitiesen tratar a la “paciente” como alguien capaz de exponer de forma veraz las sensaciones y percepciones sobre su propio cuerpo. Pese a ello, nos encontramos con que «la desestimación del testimonio de los pacientes constituye una práctica cotidiana en la consulta» (Ibid., p. 62). De esta manera, vemos cómo profesionales de la salud consideran que las experiencias o las sensaciones que reportan las mujeres en la consulta no se corresponden con la realidad. Este acto es un ejercicio paternalista y condescendiente, que no solo bebe de las conceptualizaciones de la mujer como un individuo inferior, sino que se sostiene sobre la propia constitución de la institución sanitaria. Como se explicaba en el marco teórico, esta institución se ha erigido mediante la ascensión de los expertos, lo que ha requerido de la exclusividad del saber sobre la salud. Esta exclusividad dota al personal sanitario de una superioridad sobre el cuerpo de “las pacientes”, que posibilita que puedan negar sensaciones y percepciones de éstas sobre su salud.

Por otro lado, la falta de credibilidad y la negación de la autonomía generan prácticas de dominación hacia las mujeres, como la infantilización y la humillación, que podemos observar

en los relatos. En el caso de Vanessa podemos verlo en su experiencia con el embarazo y con el trato que ha recibido por ello. También en el caso de Lorena lo podemos ver en experiencias donde sus dolencias se han infravalorando y se les ha dado una causa psicológica y emocional asociada a cuestiones cotidianas, como discusiones con las amistades o con la pareja. Aránguez-Sánchez (2018) remarca como un caso específico de dominación el hecho de «considerar que los testimonios y experiencias de las mujeres tienen un valor meramente anecdótico» (p. 251).

Debido a todas las faltas anteriores llegaríamos a la *falta de pruebas*, un hecho que se repite varias veces en los tres relatos. La falta de pruebas viene directamente de todo lo anterior: de una falta de investigación, de atención, de interés y de credibilidad y, por tanto, se relaciona con toda la base teórica mencionada. Para ejemplificar esto podemos ver algunos casos de las narrativas:

recientemente me he enterado de que existe una prueba para diagnosticar la cándida, porque me he tirado diez años con cándidas alternadas, medicándome, y nunca me han hecho la prueba. (Salomé)

cuando me han intentado recetar ansiolíticos tampoco me han hecho ninguna prueba en relación a la ansiedad, ni ninguna pregunta más allá o de mi vida. Ni siquiera me han preguntado si he hecho terapia o no, porque habiendo estado con el psicólogo tendría más sentido que él me lo hubiese diagnosticado. (Vanessa)

La primera prueba que me hicieron fue la de la papilla. Después de eso me hicieron una gastroscopia y una colonoscopia, pero rogando y suplicando, porque no me las querían hacer. De hecho, el digestivo solo me quería hacer la colonoscopia, y la chica que me hizo las pruebas me dijo “ya que estamos aquí te hago la gastroscopia”. (...) Que menos mal que al final la chica decidió hacerme las dos pruebas, porque si no, no hubiesen salido todos los problemas que tenía. (Lorena)

Finalmente, todas estas faltas se materializan en la *falta de diagnóstico*. Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado (2004), denominan a ésta como “falta de esfuerzo diagnóstico”. La falta de diagnóstico conlleva que no se expliquen las causas de los dolores que llevan a las mujeres a consulta. Así se expone en los relatos:

Desde los diez años llevo quejándome del estómago, he tenido que ir muchas veces a urgencias por dolores, pero nunca me dieron un diagnóstico. (Salomé)

Una de digestivo sí que me llegó a comentar una vez que quizá en la boca del estómago no se me llegaba a cerrar bien el esfínter y que igual de ahí venían los problemas, pero no hay un diagnóstico ni nadie lo volvió a mirar. (Vanessa)

La ausencia de esta explicación contribuye a empeorar la salud de las mujeres. En muchas ocasiones, el personal sanitario no reconoce su falta de conocimiento al respecto, lo que le hace exponer que no existe una causa para tal dolencia. Esta afirmación supone establecer que los malestares son mentales o inventados. Considerar que las mujeres se inventan los dolores que las llevan a consulta no solo significa negar otro posible diagnóstico y perpetuar el dolor, sino que también les atribuye la culpa de sufrir tales dolencias.

Volviendo al objetivo de la investigación que aquí trato, podemos observar que las faltas que se reproducen en la consulta médica y que interaccionan con el género son muy numerosas. Todas las faltas que he expuesto se han dado con continuidad en la experiencia de estas tres mujeres y reflejan una parte de las violencias que se ejercen desde la institución sanitaria. La falta de atención, de importancia y de credibilidad explican cómo las conceptualizaciones que se tienen sobre las mujeres como individuos inferiores perduran en la sociedad. La influencia de éstas en la salud de las mujeres no solo repercute a nivel psíquico y emocional en tanto se infravalora su palabra y su dolor, sino que se materializa en faltas de pruebas y diagnósticos que afectan directamente al cuerpo de éstas.

Otro de los objetivos que me planteaba en esta investigación era conocer lo que conllevaba para las mujeres recibir un diagnóstico emocional cuando el motivo de la consulta se refería a un dolor o una molestia física, tratando así de comprender los mecanismos que desarrollaban las personas profesionales de la salud para llegar a ello y la experiencia de las mujeres en consulta. El sobrediagnóstico de lo emocional es consecuencia de la falta de esfuerzo terapéutico y de la falta de esfuerzo diagnóstico que se reproduce en el sistema sanitario, y se relaciona especialmente con la psicopatologización del malestar de las mujeres y la patologización de los afectos. Aunque en el caso de las tres participantes este sobrediagnóstico tiene puntos en común, considero que en cada caso se dan unas particularidades específicas que conviene mencionar.

En el caso de Salomé, el sobrediagnóstico emocional se dio debido a que el médico observó que tomaba psicofármacos. Así se explica en su relato:

El médico que me tocó fue directo: “ah, tú tomas Venlafaxina y Orfidal, esto es un ataque de ansiedad”.

También me dijo “es que a tu edad no puedes tener nada del corazón”. No me hizo ninguna prueba, no me preguntó nada.

Entender que un determinado dolor viene de algo emocional porque la persona tiene diagnósticos en salud mental o porque toma tratamientos asociados a ello, alumbra el estigma que se tiene respecto a la salud mental y emocional. Estas consideraciones reducen las molestias que presentan las personas con diagnósticos o tratamientos en salud mental a “lo mental”, y “lo mental” queda reducido a lo patológico. La misma consideración que comentaba anteriormente en la falta de credibilidad, de no considerar a las mujeres como capaces de resignificar su experiencia y sus dolencias, se agiganta en este caso. Este estigma sobre la salud mental impide ver a las personas con diagnósticos o tratamientos psiquiátricos como personas con agencia, como si un determinado malestar mental o emocional absorbiera su razonamiento y su capacidad para percibir la realidad. Esto, de nuevo, supone ejercer un paternalismo que, en el caso de la consulta médica, puede tener efectos muy negativos para la salud.

En el caso de Vanessa, el sobrediagnóstico ha sido mayormente asociado a estrés o nervios. Vanessa explica que, debido a dolores relacionados con las cervicales, y a problemas con el estómago, le han preguntado reiteradamente si se trataba de una cuestión de ansiedad, o incluso de depresión. Vanessa expone que los problemas que ella tiene en la espalda, se deben a varias cuestiones relacionadas con la postura, y considera que existe una parte emocional en todo ello, en tanto que el estrés puede focalizarse en esos puntos del cuerpo. Aunque reconoce que el estrés es una cuestión que es casi intrínseca a su trabajo como docente, problematiza que ese estrés se entienda en términos patológicos y que tenga una respuesta automática con medicamentos. Así se recoge en su relato:

Que es cierto que hay una parte emocional. En toda la musculatura pues hay zonas que se tensan por el nivel de estrés. Eso te lo explican en el fisio. Pero cuando hablan de una parte emocional es que no todo es debido a la desviación de espalda, sino que tú puedes focalizar el estrés en una zona y se tensa. Pero de ahí a que te den un tratamiento para la ansiedad o para la depresión... (...) Estrés sí que puedo tener. O sea, en mi trabajo hay estrés, y yo quizás tengo un nivel de exigencia en el que, pues ejerzo más estrés sobre mi cuerpo porque quiero hacer más de lo que puedo. Y cuando tengo algún rollo en la cabeza, la tensión se me va a las cervicales. Pero de ahí a tener que llevar un tratamiento para eso no lo veía.

Y siendo mujeres es como que dan por sentado el tipo de vida que podríamos llevar. Dan por sentado que tengo que tener estrés o depresión porque tengo que tener un período así. Y no entiendo por qué lo dan por sentado. Pregúntame. Pregúntame qué hago, en qué trabajo, hazme un tipo test, o sea, que es básico para saber por dónde voy.

La consideración de que las mujeres tengamos que pasar por estados emocionales como la ansiedad o la depresión se vincula con los sesgos de género que entienden que las mujeres

tienden de manera natural a “desequilibrarse” emocionalmente. Esto, a su vez, parte también de entender que determinados estados afectivos son negativos por venir del malestar de las mujeres, un malestar que se entiende como socialmente molesto. Así, Ordorika (2009, p. 657) explica que el concepto de padecimiento mental está sostenido por «representaciones misóginas de lo que es una mujer y un hombre normal», lo que resulta en «un discurso que sostiene la predisposición de las mujeres a la inestabilidad mental». En la misma línea, García-Dauder y Guzmán-Martínez (2018) argumentan que las definiciones de la salud mental «coinciden con las de salud mental masculina; mientras que definiciones de feminidad incorporan elementos de inestabilidad emocional» (p. 60).

Lorena ha vivido reiteradamente este sobrediagnóstico de lo emocional. Ésta explica que se considera una persona nerviosa, pero que eso no quiere decir que los dolores que ella siente se tengan que calificar como ansiedad. Así, Lorena ha experimentado en numerosas ocasiones cómo, cuando llegaba a consulta por un dolor físico, se le ha achacado a los nervios y a la ansiedad. En el siguiente fragmento de su relato se explica este hecho:

Mi ansiedad y mis nervios siempre han venido conmigo a la consulta del médico. Siempre me han dicho “es que eres una niña muy nerviosa”. Todo era “soy nervios, es que eres una niña muy nerviosa”. Podría decir que me han achacado dolores a los nervios unas ¿quince veces? Tirando por lo bajo. (...) es cierto que soy una persona nerviosa, pero no todo por lo que me he quejado han sido nervios. Antes de hacerme pruebas siempre me lo han achacado a nervios y ansiedad. Siempre.

Este sobrediagnóstico le ha ocurrido numerosas veces con distintas dolencias, tanto del estómago, como de lo que en la actualidad consideran que fueron brotes de la esclerosis múltiple, o por sensaciones o dolores debidos a la medicación.

Una de las cuestiones que se observa con mayor claridad en el sobrediagnóstico de lo emocional es la patologización de los afectos. Aunque ya he nombrado este fenómeno en el presente apartado, me gustaría prestarle una especial atención. Como se ha comentado en el abordaje teórico, la manera en la que entendemos y encarnamos los afectos varía según la realidad social. Como explica Ahmed (2004) «los afectos no son solamente estados psicológicos sino prácticas sociales y culturales» (citada en Gioscia, 2017, p. 60). Con ello, acudimos en la actualidad a comprender los afectos de una forma patológica, que deviene de lógicas neoliberales y patriarcales. Neoliberales en tanto individualiza el malestar dificultando una respuesta a éste en términos políticos (Cea-Madrid y López-Pismante, 2014); y patriarcales en tanto los afectos se entienden como patológicos cuanto más se relacionan con el ideal de

feminidad (Benedicto, 2018). Esta patologización de los afectos conlleva recurrir a los psicofármacos como única respuesta. La respuesta farmacológica es especialmente conveniente para el sistema sanitario en tanto proporciona una “solución” rápida para acallar el problema. De esta manera, no solo nos encontramos con que los afectos son disuadidos de cuestionamientos sociales sino que lo corporal también se disuade con esta milagrosa rapidez farmacológica.

Así lo podemos ver en el caso de Vanessa, donde le recomiendan que tome ansiolíticos cuando le da la cervicobraquialgia. Ante la negativa de Vanessa por cumplir con el tratamiento, la traumatóloga le insistió, exponiendo que tomando psicofármacos iba a ser más rápido.

Para la autora antes mencionada, los criterios androcéntricos que definen al sistema sanitario generan que exista una desigual atención sanitaria que repercute en la salud de las mujeres «cayendo muchas veces en la medicalización de estas por falta de respuestas adaptadas» (Ibid., p. 611)

En el caso de Salomé podemos encontrar un ejemplo de esta patologización de los afectos. Salomé sufrió un abuso sexual que explica que le afectó mucho. Después de pasar quince días llorando acudió a la consulta médica. Así se cuenta en su relato:

En aquella época sufrí un abuso sexual y me afectó muchísimo. Me pasé quince días llorando. Pasada esa quincena mi familia y la farmacéutica me recomendaron ir al médico. Así que fui y me encontré con una sustituta que me dio unas pastillas, antidepresivos. Me dijo “es que Salomé, no solo somos pensamiento, también somos química, y si tu química está desregularizada en este momento pues tendrás que tomarte las pastillas”.

Considerar en términos de “desregulación química” un estado anímico que proviene de sufrir violencia, puede conllevar a que se individualice el malestar y, con ello, a que se culpabilice a la propia persona por experimentar dicho malestar. De esta manera, comprender que el llanto, en este caso, es consecuencia de mecanismos biológicos y no de una experiencia de violencia, determina que la causa del dolor se encuentra dentro del propio cuerpo y no fuera. La culpa que se puede derivar de ello puede llevar a establecer que el origen del malestar es propio, dejando a un lado de esta forma las estructuras sociales que posibilitan una determinada forma de violencia.

En la relación de Vanessa con la sanidad, ésta refiere que se le ha intentado recetar ansiolíticos unas siete u ocho veces. Vanessa considera que nunca ha necesitado medicación para la ansiedad y problematiza la facilidad con la que en sanidad te recetan estos psicofármacos. Así se recoge en su relato:

A mí estas experiencias de sobrediagnóstico me han sentado fatal porque es como, vamos a ver, si tuviera ansiedad o depresión yo lo diría, ¿no? O sea, plantearía mi estado de ánimo. Y me ha sentado mal también porque es como que me han estado dando la mano para entrar en un ciclo, que era el tomar todo ese tipo de cosas, que genera una dependencia. (...) Entonces, claro, es como: ya me vas a dar primero medicación sin ver dónde está el problema, sin ver si es un pinzamiento, una hernia o yo qué sé. Que no digo que no se tenga que medicar cuando haga falta, pero creo que a las mujeres nos sobremedican muchas veces no viendo el foco.

La sobremedicalización de la que da cuenta Vanessa es, como explicaba, una de las consecuencias de la patologización de los afectos. Esta medicalización responde a una solución rápida y eficaz que desde las “ciencias psi” y desde el sistema neoliberal se da para eliminar afectos que se consideran molestos o problemáticos. Con el sobrediagnóstico de lo emocional, ya no solo se acallan determinados afectos, sino que se silencian numerosos dolores y molestias físicas. De esta forma, los psicofármacos pueden contribuir a desviar la atención de las causas reales de un determinado dolor. Para Cabruja-Ubach (2017):

el efecto de no recibir el tratamiento adecuado que acarrea una cronicidad de la enfermedad, se agrava respecto a los efectos de la prescripción de psicofármacos y opera en la línea de generar una “*tranquilidad recetada*” (Burin *et al*, 1990) que las desprovee de la capacidad de acción. (p. 7)

Lorena da cuenta de esta patologización de los afectos al exponer cómo el personal sanitario ha entendido que por ser una persona que se considera nerviosa, directamente sus dolores se han atribuido a ansiedad. Así se explica en la narrativa:

Con el estómago, desde que tengo problemas, o sea, desde los quince años, siempre lo primero: “son nervios, son nervios, es ansiedad”. Hasta que llegas con fiebre y se asustan. Ahí fue cuando se me necrosó un trozo del intestino, y entonces sí que te empiezan a hacer pruebas corriendo. Pero al principio solo “lo que te duele del estómago son nervios, relájate, eso es ansiedad, estás nerviosa, eres una persona muy nerviosa”. Y yo digo, bueno, ya sé que soy una persona nerviosa pero no es normal que me duela al comer, que me duela sin comer... Siempre me lo han achacado a ansiedad y nervios. “Son nervios, son nervios”, y yo, “no, no son nervios”. Y cuando me sacan el omento del intestino, digo “que se me está necrosando un tejido, que duele, no son nervios”.

Pese a que asistamos a un entendimiento del dolor de las mujeres como algo mental y/o emocional, y de lo mental y/o emocional como patológico, paradójicamente no se contemplan los malestares que vienen de ello como malestares que causan o que pueden causar dolor. Así se explica el relato de Salomé:

A muchos ginecólogos todavía les cuesta entender lo emocional. Que por un lado se exceden en decir “esto es todo emocional”, pero esa misma cara de la moneda les hace pensar que no es importante.

Salomé ha tenido relación con este hecho especialmente con el diagnóstico que le hacen de dispaurenia, al cual le asignan una causa psicológica. Las experiencias que Salomé ha vivido respecto a cómo se ha tratado ese dolor han pasado porque el personal sanitario, específicamente en ginecología, no haya atendido a este dolor, como si por venir de una cuestión psicológica no fuera real. Esto lo podemos observar en el siguiente extracto del relato de Salomé:

me han dado respuestas como “te duele porque te empeñas en que te duela”, que fue lo que me lo dijo ese día la enfermera. Y le dije llorando a mares: mira, a mí me da igual lo que penséis, pero dolerme, me duele. Da igual que sea mental, sea como sea me está doliendo, ¿no?

Cuestionar o infravalorar un dolor por tener un origen psíquico, supone de nuevo estigmatizar lo relacionado con la salud mental y culpabilizar a la persona por sentir dicho dolor.

Vanessa también da cuenta de este hecho de entender que lo que viene de lo mental no causa dolor al referirse a cómo en las experiencias del sobrediagnóstico de lo emocional, el personal sanitario hace referencia al estrés, la ansiedad o la depresión como si fuesen malestares que una se causa a sí misma. Sobre ello reflexiona Vanessa en el siguiente fragmento:

Es que incluso si tuviese una depresión, por ejemplo, sería algo inconsciente. No es que quiera atacarme. O sea, es como si fuieras consciente del proceso depresivo, del proceso de ansiedad o del proceso de estrés. Es como que nos etiquetan con eso, como “no, es que te lo estás haciendo tú”.

Como exponía, entender que un malestar emocional está causado por la propia persona supone individualizarlo. Esto significa exponer que el malestar está exento de la realidad social y política, lo que culpabiliza a la persona y la “obliga” a buscar soluciones a su malestar de manera individual.

En la experiencia de Lorena, ésta refiere que en una prueba que le realizaron en endocrinología le salió el cortisol elevado. Pese a que siempre le han asumido explicaciones a nervios y ansiedad, nunca se pararon a atender esa cuestión. En el relato de Lorena podemos encontrar la siguiente reflexión sobre esto:

Cuando empecé a tener problemas con la regla, me hicieron una prueba de las hormonas, y es verdad que la hormona del estrés, el cortisol, me salió muy alto. (...) Pero vamos, que tampoco le dieron más importancia al resultado del cortisol que decirme todo eso.

la parte emocional ya sí que ni se trata. No se le da ninguna importancia. Como mucho te dicen “te podemos derivar al psicólogo a que hables con él y, si no que te manden pastillas”. Pero hasta que te derivan al psicólogo pasa mucho tiempo. Y al final es como, “ya que no te vamos a hacer pruebas físicas pues vamos a verlo”. Pero a mí me mandaron al psicólogo hará un año o dos. Yo he ido a consultas llorando y me he ido a casa con mi rabia y mi dolor, y lo emocional lo han dejado siempre de lado, es como “no le doy importancia a lo que te pase, si eso que el psicólogo haga algo contigo y, si no, te empastillaremos”.

En lo que se refiere a este segundo objetivo, podemos ver cómo el sobrediagnóstico de lo mental acarrea en consulta una serie de explicaciones sobre lo emocional que perjudica la salud de las mujeres. Por un lado, entender lo emocional como patológico y, por el otro, comprender que los afectos no generan un malestar significativo, son razonamientos que se reproducen en la atención sanitaria. Estos argumentos consolidan una imagen falsa de los afectos, como meros indicadores de un comportamiento químico “anómalo”, sin comprender que hay determinadas causas tras su aparición y que la expresión de éstos puede afectar el cuerpo. La solución a este sobrediagnóstico de lo emocional no consiste pues en desviar la atención de lo afectivo, sino en dotarle de una importancia coherente, que profundice en las causas y las consecuencias reales de estos estados, y no en lógicas mercantilistas de afectos deseables e indeseados.

En el siguiente y último objetivo, me planteaba conocer qué efectos para la salud tenía el sobrediagnóstico de lo emocional en lo que respecta a consecuencias físicas, psíquicas, emocionales o relacionadas con el estilo de vida, cambio de rutina, etcétera. Aunque ya se han ido dibujando algunas de ellas, voy a tratar algunas en particular.

Una de las cuestiones que he visto repetirse en los relatos era la de quedarse con la sensación de estar siendo exagerada, estar “loca” o ser “hipocondriaca”. Evidentemente, estas sensaciones vienen de las mismas explicaciones que se dan muchas veces desde la institución sanitaria. A pesar de que no sea tan evidente (en ocasiones) estas asignaciones, muchas de las prácticas médicas y de las faltas aquí expuestas, sobre todo la falta de atención y de interés, y

la de credibilidad, están explícita o implícitamente diciendo que la persona está siendo exagerada y que su dolor no es real.

Salomé problematiza este hecho con el estigma que explica que tiene en la consulta médica por tomar tratamiento relacionado con la salud mental. Así se expone en su relato:

Me pasa muchas veces que cuando ven que estoy tomando medicación de psiquiatría es como “ah, bueno, si ya vienes...”. Siento que me ven como si tuviera una predisposición a la hipocondría o algo así. Al final la sensación que te queda es de: estoy viniendo a marear, estoy haciéndole perder el tiempo a este señor y me tengo que ir a mi casa sin más.

Vanessa declara que una de las primeras cosas que trabajó en terapia era esa sensación de “estar loca”, que explica que deviene de estas prácticas médicas, pero en general de la sociedad.

Yo de las primeras cosas que trabajé con el psicólogo cuando estuve en terapia era la sensación de decir “estoy loca”. (...) Pero yo creo que todo esto es como que nos hace pensar así sobre nosotras mismas. O sea, la sociedad en general. En el momento en el que pasas por un trance o por una situación difícil no se respetan tus emociones. Porque si pasas por una ruptura, un cambio de trabajo o un cambio personal, pues es evidente que te va a generar ansiedad o estrés. Entonces es como que se considera una patología algo que no lo es. Y te hace dudar. Hay muchas veces que sientes como que estás *majara*. Que se te ha ido la pinza, y que eres tú la que está generando todo.

También Lorena considera que se le han dado estos argumentos haciendo entender que los dolores que ha tenido carecían de importancia, que eran banales.

Yo he notado, por ejemplo, la diferencia de ir al médico con mi madre a ir con mi padre. Cuando he ido con mi madre, sobre todo en digestivo, nos han *troleado* y nos han vacilado como les ha dado la gana. Sin embargo, le decía a mi padre que viniese *conmigo* y no nos vacilaba. (...) O sea, al ver la figura masculina es como que ya te tratan con respeto. Pero al ser mujer es como “tú estás loca, lo exageras, no me vengas aquí a contar tus problemas, no te voy a hacer caso, serán otras cosas que no tienen nada que ver con esto”. En urgencias una vez también me dijeron “¿qué pasa, que tienes problemas con tus amigas y estás nerviosa?”. Es como que todo lo que te pasa es banal y no tiene importancia.

Estos sesgos de género que reproduce el personal sanitario contribuyen a culpabilizar a las mujeres de sus dolores y a que se comprendan a sí mismas en ese «universo sociosimbólico de las “locas”» (Burin, 2010, p. 5) del que se habla en el abordaje teórico.

Debido a la autoridad que suponen las personas profesionales de la salud y de cómo pueden hacernos internalizar determinados sesgos de género, podemos llegar a interiorizar signos y

diagnósticos que no teníamos en un principio. Así, el sobrediagnóstico de lo emocional ha generado en las participantes esta culpabilización que parte de entender al mismo como algo que una se causa a sí misma.

Salomé da cuenta de cómo el sobrediagnóstico emocional que recibió -un ataque de ansiedad- por los dolores en el pecho que padece, le ha supuesto tener que asumir y convencerse de que se debe a ansiedad. Salomé todavía no cuenta con un diagnóstico diferente por sus dolores, ya que ha acudido en dos ocasiones a urgencias y en ambos el diagnóstico ha sido similar: emocional. Al no confiar en que volviendo a la consulta médica el diagnóstico vaya a variar, expone que su única opción es tranquilizarse a sí misma convenciéndose de que realmente es ansiedad.

Lo que ha cambiado de mi vida con esto es que cuando me sigue dando este dolor ya no voy al médico. Ya no hago nada. Me asusto y me convenzo de que es ansiedad. Hay un momento de debate interno de pensar que puede ser otra cosa, pero dices ¿y a quién voy? Entonces pues en vez de acudir al médico intento tranquilizarme yo sola.

Vanessa considera que lo emocional es una cuestión compleja de abordar, y que el profesional sanitario te “obligue” a revisarlo cuando el dolor que te llevó a la consulta no viene de ello, puede causar que acabes culpándote por entender que ese malestar te lo estás causando a ti misma.

Entonces pues a veces eso te resuena y dices: jolín, pero por qué si es algo físico que yo siento, tengo que ver el resto. Porque lo emocional tampoco es fácil de trabajar. Entonces cuando te plantean esa historia a mí me reconcome mucho, porque me siento culpable en cierta forma. De pensar: ostras, me estoy haciendo esto a mí misma.

Lorena también habla de este hecho, exponiendo que de tantas veces que le han dicho que un dolor o una molestia se trataba de ansiedad, al final ha acabado mostrando síntomas de ello. Así se explica en su relato:

Al final, de tanto que me han achacado todo a nervios y a ansiedad es como que me he creado esa realidad. O sea, de que tengo ansiedad. Es cierto que soy una persona nerviosa, pero no siempre tengo ansiedad. Sé que algunas cosas sí que me dan ansiedad. Pero al final es como que me lo han hecho interiorizar, me han cargado una mochila que no es mía. Te lo dicen tantas veces, en tantos sitios, repetidamente, que al final muestras síntomas de ansiedad que yo creo que lo causa eso mismo. El ir a contar tus problemas y que no te hagan caso, que lo vean todo como una tontería. Es que al final es normal que te entre ansiedad. Y al final pues te pones a buscar remedio a eso.

El hecho de interiorizar estos diagnósticos emocionales y culparse por ello es una de las consecuencias que las participantes han sufrido por haber padecido este sobrediagnóstico. De esta manera, el sobrediagnóstico de lo emocional no solo es un diagnóstico que no mejora la salud de las mujeres, sino que la empeora considerablemente. La empeora por razones obvias, que suponen que no se encuentren las causas reales del dolor y por tanto que no pueda ser tratado. Pero, además, la empeora por cuestiones que quizás cuesta más de observar a simple vista y que tiene que ver con todas estas lógicas de culpabilizar a las mujeres de sus dolores y de hacerles interiorizar esa sensación de estar perdiendo la razón, haciéndoles creer que las dolencias que sienten no son reales, o que son emocionales y psíquicas y, por tanto, bajo el razonamiento sanitario, no requieren atención.

Todo lo expuesto hasta el momento en este apartado, tanto las faltas a las que he hecho referencia, como los casos de sobrediagnóstico emocional, han llevado a las participantes a no tener confianza en el sistema sanitario. De esta forma, cuando éstas tienen un problema de salud ya no quieren asistir a la consulta médica porque prevén que va a volver a repetirse lo que hasta ahora han vivido. Es decir, que no se busquen las causas de sus dolores, que se les den explicaciones culpabilizadoras, que se les sobremedique con psicofármacos, que no se les haga pruebas, ni se les den diagnósticos. Y, con todo ello, que desde esta institución médica se contribuya a alargar y a banalizar su dolor.

Esta pérdida de confianza ha llevado a que las participantes buscasen otras alternativas para explicar sus dolores. De esta forma, las tres han podido acudir a profesionales de pago que las ayudan a tener una explicación más certera sobre sus dolores, aunque algunos de ellos siguen sin diagnóstico y sin solución. El hecho de que hayan tenido que recurrir a la sanidad privada porque no han conseguido un espacio de atención y escucha en la sanidad pública, deja en evidencia la falta de recursos de la primera. Esta situación acaba por generar que solo aquellas personas que posean un determinado nivel adquisitivo y determinadas herramientas puedan optar a buscar explicaciones más precisas sobre sus dolores y molestias. En caso contrario, la desidia que provoca la desatención y la rapidez que se reproduce en la sanidad pública, lleva a que las mujeres se cansen de estas situaciones, donde se las despacha con condescendencia y negando sus dolores. Este cansancio se impone a la hora de acudir de nuevo a la consulta médica para buscar explicación a los dolores, y los padecimientos y las enfermedades se quedan sin solución.

La consecuencia que yo considero más desgarradora de estas faltas y de este sobrediagnóstico de lo emocional es la de asumir el dolor. Tanto Salomé como Vanessa dan cuenta de ello en sus relatos:

Al final siempre te sientes paranoica y sin ningún respaldo. El resumen es: me encuentro mal, me voy a seguir encontrado mal y nadie me va a hacer caso. (Salomé)

O sea, tengo como asumido que voy a estar mal siempre. Y al final una se acostumbra al dolor físico y al dolor mental. Y es lo que te toca. (Salomé)

Al final es aceptar que vives con cierto dolor. Y que vas a tener dolores que no tienen una explicación y ya está. La resignación, un poco. Porque al final no vas a ir cincuenta veces al médico. Te resignas y dices: bueno, pues ya sé que me pasa esto, que va a venir y que va a haber temporadas en las que estoy peor, otras mejor y ya está. (Vanessa)

Con ello, podemos afirmar que el sistema sanitario contribuye a que las mujeres vivan con dolor. El dolor y el sufrimiento físico que viene de problemas médicos no es una cuestión que deba ser tolerado y, mucho menos, impulsado. Condenar a las mujeres a vivir con este sufrimiento es una violencia profundamente dolorosa que se ejerce desde la institución médica, y consentir esa violencia significa perpetuar el dolor de las mujeres.

El sobrediagnóstico de lo emocional sirve como excusa para atribuirle al dolor una causa psíquica y, con ella, una solución individual -así se muestra desde las lógicas de la psicología convencional y del mercado neoliberal-. Esta desviación de la responsabilidad del personal sanitario a la propia persona puede llegar a generar sentimientos de culpa e interiorización de síntomas o diagnósticos. La consecuencia más importante de todo ello es cómo el sobrediagnóstico dificulta encontrar las causas de un dolor o una molestia física, que deriva en una falta de tratamiento y pone en riesgo la salud.

4.2. Conclusiones

La institucionalización de la salud como disciplina masculina ha nacido de la usurpación de los saberes de las mujeres y ha culminado con la ascensión de los expertos como únicos individuos capaces de explicar las formas de sanar y de enfermar de las personas. Esta institucionalización ha sentado las bases para entender el conocimiento y las prácticas que rodean a la salud en términos de exclusividad, lo que dificulta la práctica médica y dota a las personas profesionales de la salud de una actitud paternalista.

Esta actitud paternalista bebe a su vez de las lógicas positivistas en las que se sustenta la ciencia, en particular, la ciencia médica y las ciencias “psi”. El positivismo dota al conocimiento generado de estas disciplinas de un carácter neutro y universal, sin tener en cuenta cómo las estructuras sociales interaccionan con todo ello. Este hecho invisibiliza las opresiones que surgen de su práctica, como lo es la opresión que se ejerce hacia las mujeres.

Aunque la ciencia médica quiera instituirse como neutra, ésta se ha consolidado como una institución androcéntrica que, como la mayoría de instituciones, no se libra de haberse constituido en un sistema heteropatriarcal. Que la institución sanitaria sea androcéntrica implica que tanto el sujeto como el objeto de ésta es un hombre, lo que ha llevado a asimilar a la mujer a éste. Esto ha provocado una serie de faltas en referencia a la morbilidad diferencial de las mujeres, que ha invisibilizado sus malestares y las ha condenado a vivir con dolor.

Por otro lado, también podemos observar el carácter androcéntrico de la institución médica en los sesgos de género que desde ésta se dan, perpetuando creencias que entienden a la mujer como un individuo inferior. En lo que respecta a este trabajo, cabe resaltar aquello referido a los dualismos cuerpo-mente y razón-emoción. En primer lugar, se ha entendido el cuerpo de las mujeres como un cuerpo innatamente enfermo debido a su propia constitución, que se ha relacionado con el origen de una serie de malestares mentales y emocionales. En segundo lugar, y relacionado con lo anterior, se ha comprendido a las mujeres con una tendencia naturalizada al “desequilibrio emocional”. Desde esta argumentación se ha entendido lo emocional de una manera patológica, donde los afectos se han dividido en buenos y malos en base a una serie de criterios patriarcales. Con ello, los afectos que generalmente se han asociado al ideal de feminidad, como lo son las emociones relacionadas con la tristeza, la angustia, el miedo o la inseguridad, entre otras (Benedicto, 2018), han sido mayormente patologizados y medicalizados.

El sistema político y económico neoliberal ha contribuido a lo anterior, ya que la patologización de los afectos supone individualizar el malestar y, con ello, eliminar el carácter político del mismo. De esta manera, los malestares emocionales quedan localizados únicamente en la propia persona, que debe ser la encargada de buscarle una solución. Esta solución suele venir de la mano de la institución de la salud y de la industria farmacéutica, que proveen psicofármacos como el milagro a todos los malestares emocionales.

Con todo ello, nos encontramos con una práctica que se ejerce desde la institución sanitaria y que yo he denominado como sobrediagnóstico de lo emocional. Esta práctica da cuenta de cómo el personal sanitario acude a los diagnósticos emocionales para explicar los dolores y molestias de las mujeres. Esto responde a todo lo anterior, y evidencia una peligrosa manera de actuar en el campo de la medicina.

Las participantes de esta investigación han vivido estas experiencias de sobrediagnóstico de lo emocional, que ha contribuido a que no se realizasen pruebas para explicar los dolores que las llevaron a consulta, así como a retrasar un diagnóstico más certero o incluso a no tener ningún diagnóstico alternativo. De esta forma, podemos decir que el sobrediagnóstico de lo emocional contribuye a que las mujeres no puedan encontrar una explicación coherente de sus dolores.

Por otro lado, este sobrediagnóstico también ha causado que las mujeres que participan en esta investigación hayan sentido culpa, ya que asignar este diagnóstico ha supuesto establecer que los dolores se los estaban causando ellas mismas. Todo esto sin que tampoco el personal sanitario haya ahondado más en los supuestos diagnósticos emocionales, es decir, que éstos se asignaron sin realizar pruebas ni buscar explicaciones para ello y, cuando se produjeron estos diagnósticos, tampoco se dieron soluciones más allá de las farmacéuticas. A la suma, entender que aquello que viene de lo emocional es producto de la propia persona demuestra cómo la patologización de los afectos se instala en las lógicas sanitarias y el personal médico carece de un conocimiento adecuado sobre las causas y las consecuencias de determinados malestares emocionales.

El sobrediagnóstico de lo emocional también ha supuesto que las participantes interiorizaran en algunas ocasiones estos diagnósticos. En algunos casos, convenciéndose de ello porque era la única solución que se les daba, y en otros analizando la propia experiencia para tratar de localizar algo que atisbara esos “signos afectivos”. La interiorización del diagnóstico emocional ha llevado incluso a una de las participantes a somatizar estos malestares.

Todo lo anterior da cuenta de cómo este sobrediagnóstico empeora la salud de las mujeres, que dejan de confiar en el sistema sanitario porque desde éste no se buscan las causas reales de sus dolores y se las culpabiliza de los mismos. Esto ha llevado a que las mujeres tengan que asumir el dolor como algo intrínseco a la vida. Eliminar el carácter positivista y androcéntrico

de la ciencia médica, así como resignificar la conceptualización de los afectos, es esencial para que no se sigan reproduciendo estas violencias que condenan a las mujeres a vivir con dolor.

Creo necesario aclarar que esta investigación es una forma de acercarnos al conocimiento de este fenómeno con experiencias encarnadas de la situación. Es por ello que estas narrativas no representan al conjunto de la población, que es mucho más amplia y diversa. Una de las principales limitaciones de este estudio es pues la falta de diversidad en las mujeres participantes. Sin embargo, considero que las tres mujeres que forman parte de esta investigación han tenido experiencias similares pero lo suficientemente diferentes como para dar cuenta de distintas formas en las que se producen estas violencias desde la institución sanitaria.

Una de las limitaciones que yo considero más importantes tiene que ver con el marco académico en el que se comprende este trabajo. Esto quiere decir, en primer lugar, que la realización de éste se dirige a cumplir con unos objetivos académicos que pueden desviar la atención del interés intrínseco de la investigación. La investigación que aquí presento ha sido muy importante para mí de manera personal, sobre todo por la trascendencia y la envergadura que considero que tienen los testimonios de las personas que han trabajado conmigo y con las que tengo un vínculo más allá de este trabajo. Sin embargo, no quiero ser deshonesta y con ello debo reconocer que parte de las limitaciones de este trabajo me han venido por comprenderse dentro de este marco académico, sobre todo en lo que respecta a los tiempos y a los ritmos del trabajo.

Las dificultades principales que yo he experimentado en esta investigación han tenido que ver sobre todo con la forma en la que tratar a las participantes de la investigación. El reconocimiento de la relación jerárquica que inevitablemente tengo con ellas a la hora de realizar este trabajo, me ha supuesto un tiempo de duda y reflexión sobre ello. Esta dificultad ha estado presente desde el primer momento en el que decidí qué perspectivas guiarían mi trabajo y ha continuado manifestándose en cada parte del proceso, sobre todo en la parte metodológica. De esta forma, por ejemplo, a la hora de narrativizar las conversaciones no ha sido sencillo escribir un texto en primera persona que daba cuenta de las experiencias dolorosas por las que habían pasado las participantes. En ese proceso he tenido que decidir qué partes de la conversación no podían por pertinencia o por extensión formar parte del relato, lo que también resulta un ejercicio de poder. Este ejercicio de poder me ha causado malestar pero he

tratado de ser práctica a la vez que he intentado que las participantes formasen parte del proceso de la mejor manera posible.

En definitiva, este trabajo de investigación ha sido un camino de aprendizaje y, con ello, ha supuesto que me surgiesen determinados conflictos con los que he tenido que ir dialogando hasta llegar aquí.

Bibliografía¹⁰

Ahmed, Sara (2010). Happy Objects. En Gregg, Melissa y Seigworth, Gregory J. (Eds.), *The Affect Theory Reader* (pp. 29-51). Duke University Press.

Amorós, Celia (1985). *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Anthropos.

Amorós, Celia (1994). Espacio público, espacio privado y definiciones ideológicas de “lo masculino” y “lo femenino”. *Feminismo, igualdad y diferencia*, 23-52.

Aránguez-Sánchez, Tasia (2018). La reivindicación feminista del derecho a la salud. *Astrolabio: Revista internacional de filosofía*, (22), 239-251.

Balasch, Marcel y Montenegro-Martínez, Marisela (2003). Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados: Las producciones narrativas. *Encuentros en Psicología Social*, 1(3), 44-48.

Benedicto, Clara. (2018). Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 607-625.

Biglia, Bárbara y Bonet-Martí, Jordi (2009). La construcción de narrativas como método de investigación psico-social. Prácticas de escritura compartida. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(1), 1-25.

Bourdieu, Pierre (2000). *La dominación masculina*. Anagrama. / Versión original (1998).

Burin, Mabel (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Paidós.

¹⁰ La bibliografía la he realizado a partir de las normas APA de la séptima edición. He seguido las directrices de las mismas excepto en los siguientes casos:

- He decidido escribir el nombre completo en vez de la inicial para visibilizar a las autoras mujeres.
- Siempre que ambos apellidos de una autora se han publicado en el documento de referencia en cuestión, he añadido ambos uniéndolos mediante un guion, de manera que sigiesen la estructura de apellido único. La razón de hacerlo es visibilizar el apellido materno que, generalmente, se encuentra en segundo lugar.
- En el caso de que en diferentes textos de una misma autora su nombre variara en presentar uno o dos apellidos, he unificado el nombre de la autora en todos priorizando el uso de ambos apellidos.

Burin, Mabel (2010). *Género y Salud Mental: construcción de subjetividad femenina y masculina*. Material teórico elaborado para una clase de Género y Salud Mental, dictada en mayo de 2010, Facultad de Psicología UBA. Recuperado el 26 mayo 2017 en http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1.

Cabruja-Ubach, Teresa (2007). Lo«k»as, lo«k»uras o«k»upadas. Violencias de la psicología a las mujeres: psicologización, psicopatologización y silenciamiento. En Biglia, Bárbara y San Martín, Conchi (Coords.), *Estado de wonderbra. Entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género* (pp. 155-170). Virus editorial.

Cabruja-Ubach, Teresa (2017). Violencias de género de las disciplinas "psi" y crítica feminista: Indignad@s con las prácticas científicas que construyen la locura (aún) en el siglo XXI. *Annual Review of Critical Psychology*, 13, 1-14. Recuperado de <https://thediscourseunit.files.wordpress.com/2017/08/arcpteresac.pdf>

Cabruja-Ubach, Teresa; Íñiguez, Lupicinio y Vázquez, Félix (2000). Cómo construimos el mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad. *Anàlisi*, 25, 61-94.

Cea-Madrid, Juan Carlos y Castillo-Parada, Tatiana (2018). Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea. *Política y Sociedad*, 55(2), 559-574.

Cea-Madrid, Juan Carlos y López-Pismante, Patricio (2014). Neoliberalismo y malestar social en Chile: perspectivas críticas desde la contrapsicología. *Teoría y crítica de la psicología*, (4), 156-169.

Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre (2010). *Por tu propio bien. 150 años de consejos expertos a mujeres*. Capitán Swing. / Versión original (1989).

Fausto-Sterling, Anne (2006). *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. Melusina.

Foucault, Michel (1990). *La vida de los hombres infames*. La Piqueta.

Fricker, Miranda (2017). *Injusticia epistémica*. Herder. / Versión original (2007).

Friedan, Betty (2016). *La mística de la feminidad*. Cátedra. / Versión original (1963).

Gandarias-Goikoetxea, Itziar (2014). Tensiones y distensiones en torno a las relaciones de poder en investigaciones feministas con Producciones Narrativas. *Quaderns de Psicologia*, 16(1), 127-140.

García-Dauder, Dau y Guzmán-Martínez, Grecia (2019). Locura y feminismo: viajes de sujeción y resistencia. *Átopos*. (20), 57-82.

García-Fernández, Nagore y Montenegro-Martínez, Marisela (2014). Re/pensar las Producciones Narrativas como propuesta metodológica feminista: experiencias de investigación en torno al amor romántico. *Athenea Digital*, 14(4), 63-88.

Gérvas, Juan y Pérez-Fernández, Mercedes (2014). Sobrediagnóstico, un problema clínico, ético y social. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 21(3), 137-142.

Gioscia, Laura (2017). Convivencias y afectos precarios. Dos miradas feministas desde el *giro afectivo*. *Cuadernos del CLAEH*, 36(106), 57-75.

Gómez, Luis Fernando (2012). El ecofeminismo de Donna J. Haraway. *Gestión y Ambiente*, 15(1), 165-206.

González-Sanjuán, María Eugenia (2011). Androcentrismo en la asistencia médica. Un estudio exploratorio sobre los sesgos en la atención a pacientes con fibromialgia. *TSnova*, (4), 29-45.

Guzmán-Martínez, Grecia y Aguirre-Calleja, Ana Cristina (2018). Trayectorias del cuerpo en la psicopatología: un acercamiento crítico a la histeria. *Revista CS*, (26), 119-143.

Haraway, Donna (1978). Animal Sociology and a Natural Economy of the Body Politic, Part I: A Political Physiology of Dominance. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 4(1), 21-36.

Haraway, Donna (1984). Primateology is politics by other means. *PSA: Proceedings of the Biennial Meeting of the Philosophy of Science Association*, 1984(2), 489- 524.

Haraway, Donna (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza.* Cátedra. / Versión original (1991).

Haraway, Donna (1999). Las promesas de los monstruos: Una política regeneradora para otros inapropiados/bles. *Política y sociedad*, (30), 121-163.

Hari, Johann (2019). *Conexiones perdidas. Causas reales y soluciones inesperadas para la depresión.* Capitán Swing.

Hernández-González, Miguel; Vispe-Astola, Amaia y García-Valdecasas-Campelo, José (2019). De brujas, putas y locas: narrativas de género y su influencia en el diagnóstico. *Norte de salud mental*, 16(60), 33-41.

Herrero, Yayo (2013). Miradas ecofeministas para transitar a un mundo justo y sostenible. *Revista de economía crítica*, 16(2), 278-307.

Linardelli, María Florencia (2015). Salud mental y género. Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad. *Millcayac - Revista Digital de Ciencias Sociales* 2(3), 199-224.

Mantilla, María Jimena (2015). Imágenes de género en la construcción de diagnósticos psiquiátricos: el caso del trastorno límite de la personalidad en la perspectiva de los/as psiquiatras y psicólogos/as de la Ciudad de Buenos Aires. *Mora*, (21), 25-36.

Martínez-Benlloch, Isabel (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de Psicología*, 34(2), 253-266.

Millett, Kate (1995). *Política sexual.* Cátedra. / Versión original (1970)

Murguía-Lores, Adriana (2019). Injusticias epistémicas y práctica médica. *En-claves del pensamiento*, (26), 55-79.

Ordorika-Sacristán, Teresa (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista mexicana de sociología*, 71(4), 647-674.

Organización Mundial de la Salud (2018). Salud de la mujer. Organización Mundial de la Salud: *Centro de prensa*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>

Ortega-Ruiz, Cristina (2011). Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. *Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género*, 1(4), 208-223.

Pateman, Carole (2019). *El contrato sexual*. Editorial Ménades. / Versión original (1988).

Peran, Martí (2016). *Indisposición general. Ensayo sobre la fatiga*. Editorial Hiru.

Plumwood, Val (1993). *Feminism and the Mastery of Nature*. Routledge.

Romo, Nuria y Meneses, Carmen (2015). Malestares en las mujeres y usos diferenciales de psicofármacos: propuestas críticas desde el feminismo. En Márquez, Iñaki (Ed.), *Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva* (pp. 113-126). Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Roselló-Peña, Miguel; Cabruja-Ubach, Teresa; y Gómez-Fuentealba, Pablo Salvador (2019). ¿Feminización de la psicopatología o psicopatologización de lo femenino? Construcciones discursivas de cuerpos vulnerables. *Athenea Digital*, 19(2), 1-19.

Ruiz-Cantero, María Teresa y Verdú-Delgado, María (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria* 18(1), 118-125.

Ruiz-Cantero, María Teresa, Blasco-Blasco, Mar, Chilet-Rosell, Elisa y Peiró, Ana María (2020). Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria. *Farmacia Hospitalaria* (44)3, 109-113.

Ruiz-Somavilla, María José y Jiménez-Lucena, Isabel (2003). Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica. *Fenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 3(1), 7-29.

Schöngut-Grollmus, Nicolás (2015). Perspectiva narrativa e investigación feminista: posibilidades y desafíos metodológicos. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 5(1), 110-148.

Schöngut-Grollmus, Nicolás y Pujal-Llombart, Margot (2014). Narratividad e intertextualidad como herramientas para el ejercicio de la reflexividad en la investigación feminista: el caso del dolor y el género. *Athenea Digital*, 14(4), 89-112.

Schöngut-Grollmus, Nicolás y Pujol-Tarrés, Joan (2015). Relatos metodológicos: difractando experiencias narrativas de investigación. *Forum: Qualitative Social Research*, 16(2), 1-24

Sen, Gita; George, Asha; y Östlin, Piroska (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Organización Panamericana de la Salud; Harvard Center for Population and Development Studies. Publicación Ocasional, No. 14.

Tasa-Vinyals, Elisabet; Mora-Giral, Marisol; y Raich-Escursell, Rosa (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (113), 14-25.

Troncoso-Pérez, Lelya; Galaz-Valderrama, Caterine y Álvarez, Catalina (2017). Las producciones narrativas como metodología de investigación feminista en Psicología Social Crítica: Tensiones y desafíos. *Psicoperspectivas*, 16(2), 20-32.

Valls-Llobet, Carme (2005). Las causas orgánicas del malestar de las mujeres. *Mujeres y Salud* (16), 5-10. Recuperado de https://matriz.net/mys16/16_21.htm

Valls-Llobet, Carme (2006). El derecho de las mujeres a conocer, decidir y ser protagonistas de su salud. En *Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud: mirando la "salud" desde una perspectiva de "género"*, Málaga, 29 y 30 de mayo 2006, (pp. 61-65). Instituto Andaluz de la Mujer.

Valls-Llobet, Carme (2010). La salud bio-psico-social re-generada. *Quaderns de Psicologia*, 12(2), 175-181.

Valls-Llobet, Carme (2013). La deconstrucción de la psicopatología en el ámbito de la asistencia sanitaria: retos de investigación e intervención. *Quaderns de Psicologia*, 15(1), 33-43.

Valls-Llobet, Carme; Banqué, Marta; Fuentes, Mercè; y Ojuel, Julia (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología* 39(1), 9-22.

Vindhaya, Undurti (2002). De lo personal a lo colectivo: cuestiones psicológicas y feministas de la salud mental de las mujeres. *Revista de Estudios de Género, La Ventana*, 2(16), 7-35.

Zapata, María (2017). Importancia de la agencia y las prácticas corporales en la recuperación de las depresiones. *(Con)textos: revista d'antropologia i investigació social*, (7), 73-88.