



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD

APROXIMACIÓN FENOMENOLOGICA A LA EXPERIENCIA
DE SOMATIZAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

DOCTOR EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

DAVID JURADO CÁRDENAS

TUTOR PRINCIPAL: DRA. MARÍA LUISA RASCÓN GASCA

TUTOR ADJUNTO: DRA. LUCIANA RAMOS LIRA

TUTOR EXTERNO: DRA. PATRICIA TRUJANO RUÍZ

TUTOR A: DRA. MARÍA EMILY REIKO ITO SUGIYAMA

TUTOR B: DRA. MARTHA ROMERO MENDOZA

México, D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCION.....	3
PRIMERA PARTE: EL MARCO TEÓRICO	
1. LA SOMATIZACIÓN COMO LENGUAJE EMOCIONAL	11
1.1 Los cimientos culturales de la somatización.....	13
1.2 El fundamento emocional de la somatización.....	18
1.3 El temor por la enfermedad mental como mediador de la somatización en occidente.....	23
1.4 Puntualizaciones respecto del marco conceptual	25
2. LA FENOMENOLOGIA, UN METODO PARA ESTUDIAR LA EXPERIENCIA.....	28
2.1 El proceso de análisis fenomenológico.....	30
SEGUNDA PARTE: LA INVESTIGACIÓN	
3. EL ESTUDIO DE LA EXPERIENCIA DE SOMATIZAR.....	33
4. METODO.....	34
4.1 Tipo de estudio.....	34
4.2 Las Informantes.....	34
4.3 Estrategia de obtención de información.....	38
4.4 Procedimiento.....	38
4.5 Consideraciones éticas.....	39
5. RESULTADOS: LA EXPERIENCIA DE SOMATIZAR.....	40
5.1 IVANNA: el giro abrupto en la constitución del sí mismo.....	41
Descripción Textural.....	41
Descripción Estructural.....	47
5.2 HORTENSIA: padecer a pesar de sí mismo.....	53
Descripción Textural.....	53
Descripción Estructural.....	60
5.3 ADRIANA: La búsqueda del significado.....	67
Descripción Textural.....	67
Descripción Estructural.....	79

5.4 CONSUELO: el significar la experiencia por más de 10 años.....	85
Descripción Textural.....	85
Descripción Estructural.....	94
5.5 DESCRIPCIÓN ESTRUCTURAL GLOBAL: El significado de la experiencia de somatizar.....	102
5.5.1. Descripción estructural global en extenso.....	102
El comienzo de la experiencia: La significación aparente de un cuerpo enfermo.....	102
Durante: Sufrir las quejas somáticas.....	107
Después: establecerse en el terreno psicológico.....	112
5.5.2. Síntesis de la descripción estructural global.....	114
6. DISCUSIÓN: DERIVACIONES TEORICAS DEL ESTUDIO DE LA EXPERIENCIA DE SOMATIZAR.....	116
6.1 La significación de las quejas corporales.....	116
6.2 El impacto existencial de las quejas somáticas.....	121
6.3 Las quejas somáticas en contexto intersubjetivo.....	124
6.4 Aportaciones y limitaciones del método fenomenológico en el estudio de la somatización.....	129
6.5 La indagación posterior.....	132
CONCLUSIONES: EL CAMINO HACIA LA COMPRENSIÓN DE LA EXPERIENCIA DE SOMATIZAR.....	135
REFERENCIAS.....	140
APENDICES	
A1 Guía de entrevista.....	147
A2. Consentimiento informado.....	148

A mi Mamá, Papá, Hermanas y Hermanos.

Con el deseo de que todos escuchemos a nuestra intuición en el
camino al éxito.

Agradecimientos.

A mi comité tutor:

La Dra. María Luisa Rascón Gasca, que por cuatro años compartió conmigo un camino de desarrollo no sólo profesional sino también de crecimiento personal. Gracias, por su compromiso, guía, paciencia y apoyo en los momentos difíciles. Espero que de este trabajo conjunto perdure el camino a una armoniosa amistad en el futuro.

La Dra. Luciana Ramos Lira, por ser tan amable de acceder a trabajar contra el tiempo. El tiempo fue lo único que limitó la posibilidad de poder ahondar en sus valiosas aportaciones.

La Dra. Patricia Trujano Ruiz, por la ecuanimidad y madurez que le da la experiencia dentro del doctorado. Gracias por permanecer de mi lado y por transmitirme la fuerza y la confianza para defender mis ideas.

A mi jurado de postulación:

La Dra. Emily Ito Sugiyama, por su compromiso con el Programa de Doctorado y con sus alumnos. Gracias por ayudarme a dar congruencia a mis ideas y permanecer siempre dispuesta a escuchar mis dudas.

La Dra. Elvia Taracena Ruiz, por su confianza y apoyo moral. Su participación me permitió encontrar serenidad y ganas de trabajar en momentos difíciles.

A mi jurado de candidatura:

La Dra. Emily Ito Sugiyama.

La Dra. Marta Romero Mendoza, que desde antes de formar parte de mi comité permaneció como un apoyo adyacente a mi investigación. Gracias por facilitarme los medios para llegar a la comprensión teórica y metodológica de mi proyecto.

A los profesionales que apoyaron la investigación:

A la Dra. Patricia Campos Coy, por amablemente permitirme trabajar con ella y facilitar el desarrollo de la parte aplicada de la investigación.

Al Dr. Frederick Wertz, por dar soporte metodológico a la investigación compartiendo su conocimiento en fenomenología.

A las instituciones:

A la Universidad Nacional Autónoma de México, en especial el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Agradecimientos especiales:

A mis cuatro informantes, por compartir conmigo su deseo de difundir su experiencia y ayudar a modelar el futuro de otras personas que pasan por la misma condición.

A mis compañeros del seminario de investigación de la Dra. Emily Ito, por el aprendizaje conjunto a lo largo de siete semestres.

RESUMEN

El concepto de somatización cobra sentido en el contexto de culturas occidentales donde el tránsito entre cuerpo y mente no se instituye y las explicaciones se apoyan en visiones cartesianas y biomédicas de la salud. En psicopatología, las posturas positivistas han prescindido de planteamientos que consideren que las emociones puedan expresarse a través de quejas corporales optando por limitar el fenómeno a agrupaciones de síntomas desprovistos de toda subjetividad. El presente trabajo busca retratar, desde una metodología fenomenológica, el significado subyacente a la experiencia de personas que han vivido con quejas somáticas. Se estudió el significado que tuvo para cuatro mujeres haber vivido quejas somáticas en un determinado periodo de su vida. Sus experiencias mostraron personas que buscan significar su condición dentro de una sociedad desprovista de medios para comprender que las emociones pueden afectar de forma palpable la esfera corporal. Las creencias dualistas contribuyen a un deterioro mayor al expresado por las quejas en primera instancia fortaleciéndose en el temor por la enfermedad mental. Es importante buscar dentro de estas culturas que las quejas somáticas ocupen el lugar que les corresponde como un fenómeno inherente a la complejidad de interrelaciones que componen la naturaleza humana.

PALABRAS CLAVE: Somatización, Fenomenología, Trastornos Somatomorfos, Experiencia subjetiva de enfermedad, Bienestar.

ABSTRACT

The concept of somatization applies to Western cultures where the mind-body relationship lacks recognizing in exchange of cartesian and biomedical thinking concerning health. Psychopathology has put aside the theoretical proposals of emotions as prone to express through bodily complaints, aiming for a positivistic approach that understands somatization in the form of symptoms outside any subjectivity. From a phenomenological point of view, this paper aim to capture the meaning of somatization experience in those living whit it. The meaning of somatic complaints is displayed through the narration of four women that experience this kind of complaints during a certain period of their lives. These experiences show individuals struggling to find personal meaning for their condition in a culture that has little recognizing of the capability of emotions to express in a language of bodily complaints. Dualistic believes enhance the original impairment of complaints providing additional distress when no meaning can be found inside the culture. These problems are developing around the fear of mental health in social context. A reeducation in the believes system in Western cultures is needed with the purpose of granting somatization phenomenon the place that occupies in the complex set of connections that comprises human nature. KEY WORDS: Somatization, Phenomenology, Somatoform Disorders, Illness meaning, Well-being.

INTRODUCCIÓN

Ahora pienso que es un problema hereditario... porque todas nosotras sufrimos de la misma cosa [...] (mientras) que los hombres no [...] si mi mamá está lastimada de algo, entonces (nosotras) sentimos el dolor también [...] si a mi mamá le duelen las rodillas entonces nuestras rodillas nos duelen también [...] ¿será porque estamos muy cercanas? [...] cuando nos enteramos del accidente de mi hermano, nos empezamos a preocupar por mi mamá, porque ella sufre de presión alta, si ella lo había visto entonces [...] ella se pudo haber muerto [...] ese día, todas nuestras cabezas nos empezaron a doler [...] todo eso nos unió [Marta, 27 años]

Mi cabeza me duele cuando estoy sola, porque ahora mis hijas viven aparte (casadas) [...] entonces cuando estoy sola me angustio [...] “Señor” digo “¿por qué estoy sola?” [...] pero cuando mis nietos están aquí corriendo por todos lados me siento bien, tranquila [...] no me duele la cabeza [...] a mí lo que realmente me desgasta es estar sola. [Milena, 68 años] (Darghouth, Pedersen, Bibeau y Rousseau, 2006, pp. 284 y 286)

Los fragmentos anteriores forman parte del estudio publicado por Darghouth, Pedersen, Bibeau y Rousseau en 2006, respecto de los dolores de cabeza presentados por mujeres de determinadas zonas rurales y urbanas de Perú. El estudio tuvo como objetivo explorar el significado personal y colectivo que subyace a los dolores de cabeza de estas mujeres. La población peruana, en determinadas regiones, ha padecido fuertes periodos de conflictos políticos que han derivado en pobreza y hechos violentos a nivel social. Estas condiciones adversas en conjunción con las creencias andinas respecto del sentido colectivo de la salud y enfermedad, han propiciado un lenguaje de quejas corporales que comunican el sufrimiento de los estratos “incorpóreos” de su existencia.

La posibilidad de que los procesos psicológicos entendidos en su amplia gama de emociones, experiencias y significaciones, tanto personales como

colectivas, toquen la esfera corporal y generen dolores y desequilibrios en la salud -que bajo otras condiciones podrán ser atribuidos a lesiones o agentes patógenos- parece ser una tendencia reconocida a lo largo de las culturas y sociedades humanas.

En lo que respecta a la psicología occidental, la manera en que el sufrimiento del alma se hace extensivo a la dimensión corporal, se ha estudiado bajo la óptica de la *somatización*, el cual comprende un fenómeno con diversas propuestas respecto de qué se debe entender conceptualmente al referirse a él.

Los primeros estudios formales relacionados con el fenómeno de la somatización se remontan a los estudios sobre la histeria (Freud, 1984). Éstos comprenden los primeros esfuerzos sistemáticos por ofrecer una explicación más apegada al pensamiento científico moderno de los procesos de conversión de los conflictos psicológicos en síntomas corporales. Aunque las afecciones relacionadas con la histeria ya eran del conocimiento de las culturas griega y egipcia en la Antigüedad, los estudios de Freud, Breuer y Charcot trajeron al debate académico la manera en que se debería pensar la acción de la energía emocional en el cuerpo.

Los hallazgos de estos primeros esfuerzos por conocer la histeria servirían a Paul Briquet para ofrecer la primera clasificación de lo que sería el síndrome de Briquet que se incluiría dentro del DSM-III y que posteriormente se convertiría en el trastorno de somatización del DSM-IV (Mai y Merskey, 1980).

Este comprendería una primera línea de estudio del problema de la somatización bajo la concepción de la psicopatología y los trastornos somatomorfos. Desde esta perspectiva se busca reducir a su mínima expresión los conceptos mentalistas y se busca entender a la somatización con base en definiciones operacionales que permitan abordar los fenómenos somáticos en forma de *trastornos* agrupados en conjuntos de síntomas (síndromes) que se evalúan en función de la frecuencia y prevalencia en el tiempo que tengan. Esta visión dio origen a categorías diagnósticas como el *trastorno de somatización*, el *trastorno por dolor*, el *trastorno conversivo*, la *hipocondría*, y algunos otros contenidos en el apartado de *trastornos somatomorfos* del DSM-

IV (APA, 1994). Esta perspectiva permanece ampliamente difundida tanto en los servicios de consulta externa de instituciones médicas, como en instituciones de salud mental en la actualidad, por lo que es el principal eje sobre el que se diagnostican los casos de somatización (Khan, Khan, Harezlak, Tu, y Kroenke, 2003).

Una segunda visión que recupera los procesos subjetivos del fenómeno se deriva de los estudios del psicoanálisis de Freud. La concepción psicodinámica estudia la somatización en función del contenido simbólico que guardan los síntomas con el inconsciente. Aquí se privilegia su interpretación de acuerdo con el origen y forma de expresión en la vida psíquica de los sujetos. El psicoanálisis considera el *determinismo psíquico*, lo cual implica que en la vida psicológica de las personas no existe discontinuidad alguna, todos los acontecimientos psíquicos se ubican en una relación coherente respecto de la vida psíquica del hombre (González-Núñez y Rodríguez, 2002). Esto implica que cualquier síntoma somático es susceptible de ser interpretado en función del evento psicológico que le da origen, por ejemplo, una “cefalalgia” (dolor de cabeza o migraña) se puede interpretar como una defensa parecida a las defensas neuróticas clásicas, interpretándose como una “dificultad de pensar” o como un miedo a “la realización verbal del pensamiento” (Marty, 2003). Esta postura sobre la somatización cuenta con una amplia tradición clínica; sin embargo, sus planteamientos teóricos son más usados por clínicos psicoanalistas que por otros psicólogos o profesionales de salud mental.

Paralelamente a las visiones psicopatológicas y psicodinámicas de la somatización, se ha desarrollado a una tercera visión derivada de la antropología médica que se construyó a partir de estudios de salud mental en contextos transculturales. Arthur Kleinman (1982) identificó que en China, los problemas emocionales asociados a la depresión eran primordialmente expresados en forma de quejas corporales en vez de estados emocionales o psicológicos como usualmente sucede en culturas occidentales. Estos hallazgos llevaron a considerar que la manera de expresar estados de sufrimiento emocional era dependiente de la cultura y del sistema de creencias que guardaban respecto de la relación mente-cuerpo. En consecuencia, se observó que en las culturas occidentales construidas en torno al dualismo

cartesiano que entiende la mente y el cuerpo como entidades separadas, la expresión de malestar emocional se realizaba con base en un lenguaje mental antes que corporal. Por otro lado, culturas que conservaban sistemas de creencias holísticos eran susceptibles de expresar malestares personales y sociales en forma de quejas corporales bajo una lógica que reflejaba la unidad preestablecida entre la mente y el cuerpo y las demás dimensiones de su existencia.

La somatización por lo tanto, se entiende como un concepto relativo a culturas occidentales que tienen que lidiar con la dicotomía mente-cuerpo y que requieren nombrar de alguna forma, lo que en culturas con sistemas de creencias holísticos, se observa como una consecuencia natural de la complejidad humana.

Actualmente, se reconoce que todas las agrupaciones humanas son susceptibles de expresar corporalmente estados de sufrimiento emocional lo cual ha llevado a considerar que la somatización comprende el lenguaje de malestar emocional más difundido universalmente (Kirmayer y Young, 1998). La somatización entendida como un lenguaje emocional, estudia cómo los factores psicosociales, culturales e individuales se entretajan para entender la manera en que las personas *pueden comunicar* a través de quejas corporales, una condición social o preocupación personal (Simon y VonKorff, 1991). Esta postura pone mayor énfasis en el procesamiento emocional de la somatización y la asume con un carácter más complejo, retomando que no sólo los pensamientos influyen en su presencia, sino también los elementos emocionales, sociales y culturales de las personas. Esta visión holística está muy bien retratada en el argumento de Farooq, Gahir, Okyere, Sheikh y Oyebode (1995), al sostener que una queja corporal proveniente de un malestar emocional o social cuenta con el mismo impacto en la vida del sujeto como lo podría tener una enfermedad física, lo que legitima a su vez la queja corporal como la manifestación no verbal de algo que le pasa al sujeto, que siente y que es una expresión de su misma existencia.

El presente trabajo estudia la somatización retomando el discurso personal de quienes la han padecido, buscando entender el matiz psicológico

que subyace a tal experiencia. Para ello, se asume a la somatización bajo una óptica existencial, similar a la planteada por Farooq et al. (1995), lo cual permite asumir que éste es un proceso que está revestido por las creencias, experiencias, relaciones sociales, el trasfondo cultural y todos los elementos que constituyen la visión de un sujeto complejo y holístico.

Se reconoce que la óptica dualista conservada en Occidente puede llevar a los individuos a un extrañamiento al momento de reconocer que estados emocionales, mentales o sociales pueden estar involucrados en la aparición de alteraciones corporales que usualmente podrían ser adjudicados a alteraciones fisiopatológicas. La postura del presente estudio lleva a ampliar los planteamientos de la biomedicina e invita a considerar que factores adicionales a los agentes patógenos y a las lesiones fisiológicas, pueden usar el cuerpo como su medio para dar a conocer estados subjetivos de malestar del ser humano. De esta manera es que puede legitimarse la somatización como un lenguaje emocional expresado en el cuerpo.

El estudio presenta el relato de cuatro mujeres respecto de su experiencia de somatizar en un contexto cultural de carácter dualista. En un inicio no se consideró que los informantes del estudio se conformaran únicamente por mujeres adultas, sino que este fue un factor determinado por la naturaleza de casos disponibles al momento de la investigación. En la literatura, las mujeres suelen ser consideradas como más proclives a presentar somatización en comparación con los hombres (Barsky, Peekna y Borus, 2001); y asimismo es más frecuente que decidan asistir a servicios de salud por malestares generales que los varones. Es probable que el grupo de informantes del presente estudio refleje esta tendencia aparentemente difundida en los estudios sobre el tema; sin embargo, encontramos pertinente hacer la aclaración de que existen datos teóricos que reflejan que tanto niños como ancianos también suelen ser usuarios recurrentes de servicios de salud por quejas somáticas (Garraida, 2003 y Sheehan, Bass, Brigs y Jacoby, 2003), y asimismo, aunque con menos frecuencia, también suelen reportarse casos de pacientes varones (Ávila, 2006). Por lo tanto, pensamos este factor como una condición que pudo favorecerse por la predisposición de las mujeres a presentar más quejas somáticas, pero también como una condición ligada a la

disponibilidad particular de casos a los que se tuvo acceso en el periodo de selección. Por lo tanto, el presente estudio no busca hacer una lectura ligada al género respecto de los relatos de las informantes, sino que se considera su experiencia sobre la somatización como una condición universal supeditada a la conexión mente-cuerpo.

Con el fin de conocer el significado de sus quejas somáticas, se optó por un marco metodológico que permitiera *volver a la experiencia misma*, tal como lo plantea la fenomenología (Länge 2006). Considerando que la tendencia en salud mental en la gran mayoría de países occidentales responde a la lógica de la psicopatología, el estudio buscó darle voz a las pacientes y trazar el medio para la comprensión de la somatización a través de su vivencia, a diferencia de hacerlo por medio de un determinado sistema de clasificación o estructura teórica preestablecida, como suele acostumbrarse en estos casos.

Regularmente, el discurso de las personas que somatizan no suele ser considerado y más bien se toma el juicio del profesional de salud para dar sentido a su experiencia (Bäärheilm y Ekblad, 1997). Aquí, en cambio, se buscó que a través del ejercicio del *Epoché*, que es una figura teórica de la fenomenología, se sorteara dicho problema y se permitiera entender de una manera empática y abierta a las informantes, de tal forma que fuera su experiencia la que se captara de forma fiel, antes que de lo hiciera algún sistema de clasificación preestablecido por el investigador. A partir de lo anterior, se construyó el significado asociado a su experiencia.

De acuerdo con Ashworth (1999), el *Epoché* en investigación regularmente implica poner en pausa los conocimientos teóricos y los prejuicios personales del investigador para conseguir intuir la experiencia del informante. Esto permite, tal como menciona Frederick Wertz (2010), conocer nuestro objeto de estudio por el mismo medio en que acostumbramos organizar nuestras experiencias subjetivas sobre el mundo, antes de que ésta sea filtrada por los determinados cuerpos de conocimiento que tenemos en la ciencia y que tienen como prototipo las ciencias naturales.

En esta investigación, el ejercicio de *Epoché* conllevó que el investigador buscara poner en pausa los conocimientos teóricos que buscan nombrar bajo

alguna etiqueta de la psicopatología la experiencia de los informantes. De esta forma se trató de no reconocer “síntomas” o “rasgos”, ya fuera mentales o de comportamiento, que dieran lugar a hacer alguna inferencia respecto de algún trastorno mental, sino que se escuchó el relato de las informantes de manera que se generara una relación horizontal donde el papel protagónico lo tuviera su experiencia y todos los factores subjetivos que la revisten. Las quejas somáticas se abordaron como una experiencia humana al margen de la psicopatología que cobra relevancia sólo en la vivencia de los informantes. No se consideran personas “enfermas mentales”, sino personas con determinadas experiencias de vida que, si bien pueden ser dolorosas, no hacen más que reflejar una dimensión de la compleja existencia humana.

Asimismo, en términos muy generales, la psicología clínica asume el papel del psicólogo con un rol activo en las experiencias de sus pacientes. Esta participación activa le permite ayudarles a “reenfocar” o “redireccionar” sus vidas, llevándolos a generar una nueva experiencia del mundo. En esta investigación, la escucha del investigador no buscó tener un papel activo más allá de la empatía genuina por la experiencia de los informantes. El investigador se propuso dejar fuera de su participación cualquier inclinación derivada de su ejercicio clínico que pudiera predisponerlo a asumir un papel participativo o directivo de la experiencia relatadas por sus informantes. Por lo tanto, no se asumió una actitud de experto o de orientador respecto de las posibles soluciones a la aflicción de su experiencia. Se conservó un rol de “par” donde la actitud central de su parte consistió en un claro deseo por aprender de su experiencia y entenderla como *otro ser humano*.

En sentido práctico, el ejercicio del Epoché implicó invertir una cantidad importante de atención y energía para permanecer en una relación paralela con los informantes y no caer en la costumbre de los hábitos asociados a la profesión. El investigador realizó un esfuerzo por reconocer que más que su propio pensamiento, lo importante era el sentimiento de sus informantes y que éste debía ser retratado de la manera más apegada a la realidad que habían vivido. En consecuencia, se estableció un trabajo de escucha activa, de comprensión humana y libre de prejuicios, lo más cercana posible al concepto de Epoché de la fenomenología.

En consecuencia, se apeló al relato de las personas que han padecido quejas somáticas para lograr conocer el significado subyacente a la experiencia de somatizar. Para lograr este objetivo, se utilizó una estrategia metodológica de corte fenomenológico, la cual permitió acercarse al significado esencial de una determinada experiencia (Creswell, 1998). Para ello, la primera parte del estudio se destina a describir los planteamientos teóricos que sustentan la somatización como producto de un lenguaje emocional fundado en creencias culturales, para después describir la aproximación fenomenológica con la que se exploró metodológicamente su experiencia.

La segunda parte del estudio se dedica al proceso de investigación en sí. Aquí se elabora sobre los antecedentes teóricos inmediatos a la pregunta y objetivos de investigación y se muestra el procedimiento metodológico que se siguió para darles respuesta.

Dentro de esta segunda parte, también se despliegan el análisis fenomenológico de las experiencias de cada una de las informantes y la descripción general respecto del significado que subyace a la vivencia de somatizar. Finalmente, se presentan las implicaciones teóricas derivadas de la obtención de los relatos de las informantes considerando que proporcionan una postura diferente de la considerada dentro de la biomedicina y la psicopatología con respecto de la somatización. Asimismo, se consideran algunas limitaciones prácticas a nivel inmediato de los hallazgos del presente estudio. Se concluye con algunas directrices que podrán ser desarrolladas para comenzar la inclusión de una nueva sensibilidad para el acercamiento a los fenómenos somáticos al pensamiento científico hegemónico y al sufrimiento en esta condición.

PRIMERA PARTE:

EI MARCO TEÓRICO

1. LA SOMATIZACIÓN COMO LENGUAJE EMOCIONAL.

La somatización, en las sociedades occidentales, es un fenómeno circunscrito a los límites establecidos entre la mente y el cuerpo que refleja la participación de factores psicológicos que afectan o enferman el cuerpo en ausencia de factores fisiopatológicos que den cuenta de una enfermedad en sentido biomédico. La biomedicina occidental recurre a identificar alteraciones a nivel molecular en el organismo para conceptualizar lo que se entenderá por enfermedades, por lo tanto, los cambios a nivel de tejido celular o la acción de virus y bacterias constituyen los medios científicamente validados para “diagnosticar” un organismo como enfermo (Shoenberg, 2007).

La somatización por su parte, constituye un proceso que desafía esta concepción al asumir que factores psicológicos, puramente subjetivos no observables, y objetivables sólo hasta cierto grado, pueden producir alteraciones corporales que reflejen condiciones reales de síntomas cuyo origen no puede ser rastreado en alteraciones biológicas, sino en factores psicológicos que se expresan por medio de un lenguaje de quejas corporales anudadas a la vida de las personas y sobre todo, en sus vivencias emocionales. Un ejemplo en México, es el caso que se presentó durante el 2007 en el Internado “Villa de las niñas”, en Chalco, Estado de México, donde se generó una crisis colectiva de alrededor de 600 niñas que no podían mantenerse en pie ni caminar y que fue catalogado como de origen psicógeno. Las experiencias que se piensa pudieron anteceder a estas quejas son el estatus socioeconómico bajo de las niñas, el estar lejos de sus familias, la cautividad y la convivencia dentro de la institución, así como el aparente maltrato por parte del personal que las cuidaba (Alcántara y Vidal, 2011). En este caso, la condición de las niñas no se explica en función de alteraciones biológicas, sino por factores subjetivos de índole emocional y psicosocial.

La somatización cobra sentido en tanto haya elementos para pensar a la mente y al cuerpo como entidades separadas y con manifestaciones de malestar diferentes para cada uno, de tal forma que lo que sucede en la biología se expresa solo a nivel corporal y lo que sucede a nivel emocional exclusivamente se expresa a nivel psicológico. En poblaciones con sistemas de creencias holísticos que dan por sentado la interacción entre las diferentes dimensiones del ser humano, el libre tránsito entre la mente y el cuerpo es una realidad reconocida ya que se considera que ambos forman parte de una misma unidad. Elizabeth Catwright (2003) describe cómo en los indígenas Amuzgos de Oaxaca, una comunidad que se desarrolló fuera del modelo biomédico en México, las emociones, los padecimientos físicos y el contexto social son dimensiones indiferenciadas que por consecuencia natural, se entrelazan dando lugar a afecciones fuera de la lógica biomédica:

“[...] las emociones que experimentan los amuzgos los vinculan de tal manera (como grupo social), que perciben cómo se desplaza la enfermedad corporal entre los individuos. Las emociones fuera de control son los agentes que ocasionan la enfermedad y se propagan entre la gente, y entre la gente y los lugares. Las experiencias que surgen de las emociones y de las enfermedades están entrelazadas. Los padecimientos emocionales se sienten, se experimentan y merodean por todo el pueblo, que es el lugar donde se generan los trastornos causados por las emociones; no surgen dentro del cuerpo (las emociones que causan la enfermedad), sino en lugares específicos del poblado donde han ocurrido actos de discordia interpersonal [...]” (pág. 11).

En el estudio de Elizabeth Catwright, no sólo resaltan los factores emocionales y sociales, sino la inherente participación de factores religiosos en forma de limpias y rezos; además de las creencias tradicionales que consideran el balance entre calor y frío como una parte esencial en el mantenimiento de la salud (p. e. los medicamentos son calientes y el agua de jamaica es fría), estos determinan la forma de actuar ante una enfermedad, y sobre todo, predisponen a una forma particular para vivenciar el malestar, no

sólo como el producto de lo psicológico y lo físico, sino de una unidad emocional, corporal, espiritual y moral, que guarda un significado grupal dentro de su sociedad.

Kirmayer y Young (1998) han planteado que la somatización es un fenómeno ubicuo presente en todas las culturas y que a pesar de que cada una pueda tener manifestaciones diferentes para la misma, el proceso de expresar malestar por un medio corporal es universal, lo cual hace de la somatización una de las condiciones clínicas más comunes a nivel mundial para expresar malestar emocional (*distress*). Un ejemplo de estas variaciones son las sensaciones de quemazón en las manos y en los pies, o la experiencia de tener gusanos en la cabeza u hormigas debajo de la piel, que se observan con mucho más frecuencia en África y en el sur de Asia, que en Norteamérica u otras regiones del mundo (APA, 1994).

Fenómenos como el caso del Internado “Villa de las niñas” muestran que, a pesar de nuestro sistema cultural y de las propuestas conceptuales para considerar la mente y el cuerpo como objetos de estudio independientes, el tránsito entre estas dos dimensiones científicamente “distintas” es un suceso que no se puede cancelar del todo. En las culturas occidentales, se puede hipotetizar que la somatización podría ser un reflejo de la vía natural de interacción que permanece latente en el ser humano entre la mente y el cuerpo y que en determinadas culturas, permanece vigente debido a la concepción unificada de las dimensiones que componen al ser humano.

En el apartado que sigue, se aborda con mayor profundidad la influencia de las creencias culturales en la construcción de la experiencia de somatización, sobre todo retomando el contraste entre estudio de la mente y el cuerpo como entidades separadas y los planteamientos de Mumford (1989) respecto de cómo los contenidos culturales ofrecen los medios para organizar la experiencia de somatizar.

1.1. Los cimientos culturales de la somatización.

La epistemología subyacente en las *culturas occidentales* lleva a entender la realidad como la suma de múltiples dimensiones independientes

entre sí, lo cual permite el estudio del ser humano a través de una diversidad de especialidades profesionales, tales como la medicina que es la ciencia que se encarga de estudiar el cuerpo, la psicología que es la encargada de estudiar la mente y la sociología encargada de los procesos sociales. En estas culturas, el concepto de somatización tiene sentido en los casos en que la rama encargada de estudiar al cuerpo (la medicina) no puede dar cuenta de los síntomas o malestares que los sujetos presentan, por lo que emerge la sospecha que estos pueden ser producto de una dimensión distinta al cuerpo, es decir la mente.

De forma opuesta, la división mente-cuerpo no está presente en *culturas orientales* como en la India o China, por lo que el bienestar corporal, mental y espiritual, junto con la identidad moral, confluyen y cobran sentido en un sistema que da una especial atención a las experiencias corporales y mentales en conjunto con todas sus funciones, lo cual es reflejo de una concepción holística del ser humano (Fábrega, 1990).

Kleinman (1977) describió que a diferencia de las culturas occidentales, las personas en China solían manifestar sus sentimientos de tristeza y desasosiego primordialmente en forma de quejas somáticas en vez de episodios de depresión. En este trabajo, Kleinman plantea la importancia de recuperar una visión antropológica de la salud mental que permita eliminar el aparente predominio de los modelos psiquiátricos occidentales como el filtro por el cual debían ser evaluadas las diferentes manifestaciones de malestar emocional a lo largo de las diferentes culturas. De esta manera, propone una *nueva psiquiatría transcultural* que apela por entender fenomenológicamente las diversas condiciones de salud mental a lo largo del mundo con referencia a su cultura local.

En 1982, Kleinman elabora sobre las posibles causas que podrían existir para que la somatización y sus quejas sirvan como un medio para expresar estados emocionales perturbados en contraste con quejas de carácter más psicológico como las de la depresión. Plantea que las especificaciones culturales del lenguaje podrían jugar un rol importante para guiar a los sujetos a considerar determinadas manifestaciones de su malestar, ya sea las mentales

o las corporales, como el medio idóneo para expresar aquello que experimentan subjetivamente. Por lo tanto, las personas presentarían una determinada focalización y amplificación de las sensaciones corporales al hacer frente a un problema personal, en vez de privilegiar las expresiones emocionales que se derivarían de éste, lo cual daría origen a las quejas en la somatización. Las sensaciones corporales en la somatización requerirían que el lenguaje proveyera de términos dentro de una determinada cultura, para hacer frente a dilemas de carácter emocional, dirigidos a expresarse de manera corporal antes que de forma psicológica. Para Kleinman, si se diera el caso, uno de los medios que fortalecerían dicha relación sería el temor al estigma de la enfermedad mental, el cual empujaría las quejas emocionales a la esfera corporal para evitar la desaprobación social.

Más tarde, Mumford (1989) replantearía las vías por las cuales la cultura permite el desarrollo de la somatización y reconocería que éstas son tres:

1. El lenguaje o idioma que determina la expresión de malestar.
2. Los conceptos sobre salud y enfermedad que influyen la interpretación de las quejas.
3. El comportamiento culturalmente sancionado para reportarlas.

Estos planteamientos alcanzarían mayor concreción en 1993, cuando Mumford publica su estudio *Somatization: a transcultural perspective*, donde reconoce que emplear el término "somatización" no hace más que perpetuar el dualismo mente-cuerpo asumiendo que determinados elementos psicológicos se pueden traducir en quejas corporales, lo cual implicaría que la mente actuaría sobre el cuerpo como una entidad separada. Para Mumford, las concepciones usuales de la psiquiatría asumen que las manifestaciones de enfermedad mental sólo son de carácter psicológico, aún cuando en medicina se acepta que algunas alteraciones endocrinas suelen presentar alteraciones del estado de ánimo como lo es el caso del hipertiroidismo. Por lo tanto, plantea que estar conscientes de que los trastornos mentales pueden asociarse con la presencia de síntomas corporales como una causa natural de una condición de desequilibrio emocional, permitiría sobreponerse al dualismo contenido en la somatización.

Con esta propuesta, Mumford principalmente busca distanciarse de la imagen conversiva que se guarda sobre la somatización y plantea que más bien son los componentes culturales previamente mencionados los que median su aparición. Tanto para Kleinman (1982) como para Mumford (1993), la somatización es el producto de una “interpretación” del malestar que hace que las personas den más peso a experiencia subjetiva los componentes corporales de su malestar antes que los emocionales. Ambos pasan por alto la posibilidad de que exista un componente conversivo en la somatización tal como se había planteado en los primeros estudios sobre la histeria (Galimberti, 2002).

Respecto del primer punto señalado por Mumford relativo al lenguaje, se asume que la participación de éste es relevante en tanto que provee de los medios verbales a los sujetos para comunicar su malestar. Tung (1994) sostiene que la simbolización del cuerpo en el lenguaje Chino está en función de palabras como *shen fen* (身份), que se puede traducir como estatus social o identidad, donde la palabra *shen* etimológicamente significa cuerpo y la palabra *fen* significa porción o compartir; otro ejemplo es la palabra *xin jing* (心境) que se traduce como estado de ánimo. En ella, la palabra *xin* significa corazón y *jing* significa área o territorio. Para May Tung, estos son ejemplos de los elementos subyacentes en el lenguaje que subjetivan la relación mente-cuerpo.

Asimismo, Mumford señala que la somatización se basa en los conceptos de salud y enfermedad que subyacen a una determinada cultura. Estos conceptos son importantes en tanto que permiten la interpretación de las quejas y del malestar. Un ejemplo claro de ello se encuentra en la perspectiva de los amuzgos al considerar que el exceso de calor que pueden absorber al trabajar en el campo sin usar sombrero, constituye un riesgo de enfermar dado que el balance calor-frío se altera en sus cuerpos (Catwright, 2003). En consecuencia, el tratamiento y los síntomas de la posterior enfermedad se interpretan con base en dicho desequilibrio.

El último punto mencionado por Mumford es la participación del comportamiento socialmente sancionado. Éste delimita el camino colectivamente aceptado para manifestar las quejas y para solicitar atención

para aliviarlas. Se ha encontrado que en poblaciones latinoamericanas existe una tendencia pronunciada a considerar la depresión y el consumo de antidepresivos como una condición estigmatizante que deteriora la imagen que los individuos tienen en su grupo social. Persiste la idea de que el uso de antidepresivos los acerca a la condición de estar locos o de ser usuarios de drogas (Interian, Martínez, Guarnaccia, Vega y Escobar, 2007), lo cual puede fungir como un facilitador de las quejas corporales debido al temor a enfrentar el estigma asociado a la enfermedad mental.

De acuerdo con estas evidencias, la manera en que una cultura provee de medios de lenguaje para nombrar los síntomas, así como las concepciones respecto de la salud y enfermedad, y la posible sanción de determinadas expresiones de malestar, comprenderían los factores antecedentes a la génesis cultural de la somatización. La interacción de estos elementos dentro de la misma condición de malestar puede percibirse en el relato de Ranjith y Mohan (2006) alrededor del síndrome de *Dath*, originario de la India, y que se caracteriza por el temor a la pérdida de semen en la orina o en eyaculaciones nocturnas. Éste padecimiento se relaciona con creencias preestablecidas acerca del valor de la abstinencia sexual de acuerdo con manuscritos y textos antiguos en la tradición Ayurveda. La pérdida de semen se manifiesta en forma de fatiga, ansiedad, quejas somáticas y disfunción sexual. En específico, la tradición sostiene que el semen es el más refinado de los siete elementos en el cuerpo humano, donde 40 comidas generan una gota de sangre, 40 gotas de sangre generan una gota de médula ósea y 40 gotas de médula ósea generan una gota de semen. Por lo que los autores sostienen que estas creencias contribuyen a la manifestación “local” de este síndrome.

Los elementos que dan origen a la somatización en el actual sistema de salud en México emergen del desarrollo del enfoque biomédico que en su momento tuvo como premisa anteponer los factores biológicos de la salud a los factores psicológicos o sociales alrededor de la misma. Aunque se ha buscado superar el reduccionismo de este modelo con propuestas multicausales como el enfoque bio-psico-social, aún se conservan dentro de la somatización concepciones como los Síntomas Médicos Inexplicables (MUS, por sus siglas en inglés) en donde se sostiene que los síntomas somáticos son producto de

sutiles alteraciones en el procesamiento psicológico normal, lo que hace que sensaciones corporales determinadas sean interpretadas como producto de una enfermedad, por lo que es una “conciencia corporal” sesgada lo que hace que las personas sufran de somatización (Brown, 2004).

En esta visión, los factores psicológicos están subordinados a la lógica corporal, e incluso se asume que aquello que es psicológico es susceptible de ser explicado por la fisiología. En caso de que aún no exista una explicación aceptable, sólo es cuestión de tiempo y mayor investigación para poder hacerlo. En el caso de la psicopatología y los trastornos somatomorfos, se han buscado extraer todos los términos ambiguos y subjetivos de la somatización en un afán científicista que lleva a considerar el fenómeno en agrupaciones de síntomas que se presentan en un determinado periodo de tiempo (APA, 1994).

Este sería el trasfondo que, en las culturas occidentales, proveería los medios de lenguaje, las consideraciones sobre la salud y la enfermedad y los comportamientos sancionados en la formación de la somatización. Por ende, nos encontramos frente a una visión permeada por la tendencia a diferenciar lo corporal de lo mental, buscando entender a la somatización con el mayor grado de objetividad posible, anteponiendo una explicación biológica antes de una realidad subjetiva. Es por ello que es importante en el presente estudio buscó aquellos factores de naturaleza subjetiva que pueden participar en la somatización para así conocer el fenómeno desde una óptica distinta que permita rescatar otros elementos que puedan retratar dicha condición en su complejidad. En el siguiente apartado, se aborda con mayor profundidad el componente emocional que acompañó a la somatización en sus inicios y que en un momento se apoyó en la fuerza conversiva de las emociones para entenderla.

1.2 El fundamento emocional de la somatización.

Sigmund Freud (1894) sostenía que los conflictos psíquicos eran susceptibles de ser traducidos en síntomas físicos y postulaba que los pacientes con histeria habían sido sometidos a abuso extremo en la infancia y que las quejas somáticas que aparecían después eran manifestaciones inconscientes de los efectos del abuso. Aunque estudios posteriores lo llevaron a considerar que no

todos los recuerdos de abuso sexual que subyacían a los casos de histeria podían ser reales, la idea de que un evento conflictivo almacenado en el inconsciente podría generar alteraciones en el comportamiento manifiesto de los individuos y en específico en el cuerpo, permitió fundar las bases de las neurosis actuales y la histeria conversiva, los cuales son antecedentes directos de la somatización desde la teoría psicoanalítica (Otero y Rodado,2004).

Este es uno de los primeros planteamientos sobre los que se comenzó a estudiar la somatización y que se han perdido a lo largo de su desarrollo en el afán de objetivar el fenómeno. Fuera del psicoanálisis, pocas aproximaciones modernas conservan la importancia de las emociones como posible participante en la génesis de la somatización. Los planteamientos de Kleinman (1982) y Mumford (1993) buscan alejarse de dichos contenidos para plantear la somatización sólo como el producto de la interpretación y amplificación cultural de las sensaciones corporales.

En el presente estudio, en cambio, se busca trascender esta óptica racional respecto del origen de la somatización, y a pesar de considerar válidos los medios culturales señalados por Mumford (1993) para cimentar la construcción cultural de las quejas somáticas; se pretende rescatar la participación de las experiencias y las emociones asociadas como la antesala a la aparición de la somatización.

Las emociones que derivan de los diferentes eventos sociales a los que las personas se enfrentan son uno de los elementos involucrados en la somatización tanto en culturas occidentales como orientales. Worthington y Gogne (2011) analizan el caso de una mujer hindú de 23 años identificada como "S" quien por periodos perdía sensibilidad en sus miembros y que padecía falta de aliento y palpitaciones, los cuales a veces se acompañaban de cambios en la conciencia, donde espíritus tomaba posesión de su cuerpo y personalidad. Ella y sus familiares habían recurrido a médicos tradicionales para finalmente llegar a pedir ayuda en el sistema de salud occidental. Derivada de la exploración psiquiátrica, se encontró que la condición de sufrimiento de esta mujer estaba alimentada por el desagrado que sentía a formar parte de un matrimonio que su familia había arreglado para ella. Al ser

una mujer con estudios, parecía tener otros planes para su vida en mente más allá del matrimonio. Los profesionales de salud mental lograron recomendar a su familia retrasar el compromiso de S dado el estado emocional en que se encontraba e incluso se les invitó a reconsiderar la necesidad de llevarlo a cabo. Este esclarecimiento permitió que las crisis que S sufría desaparecieran gracias a la comunicación de su sentir.

Los componentes emocionales que dan sentido a las quejas somáticas no son reconocidos dentro de la psicopatología; sin embargo, existen propuestas como la de Saxe, Chinman, Berkowitz, Hall, Leiberg, Schwartz y van der Kolk (1994), que se apoyan en el proceso de la disociación para ofrecer una alternativa para comprender cómo el impacto emocional de las experiencias de vida de las personas, inciden en el desarrollo de la somatización. La disociación se refiere a la separación de eventos mentales tales como recuerdos, sensaciones o sentimientos del dominio consciente; por lo tanto, el recuerdo de un evento trágico puede ser separado de los afectos desagradables que vienen con él. En ese caso, dichos afectos escapan de ser almacenados de forma semántica o lingüística dado que las emociones extremas con que se asociaron, interfieren con el procesamiento de la experiencia a nivel simbólico. Sin la capacidad de simbolizar estos afectos y ponerlos en palabras, estos individuos tienen menor capacidad para vincular conscientemente la percepción del evento y las sensaciones corporales asociadas con él. En consecuencia, las quejas somáticas de una persona pueden convertirse en expresiones indirectas de alguna situación a la que pudieron estar expuestas y que no se puede expresar por medio del lenguaje.

Una visión similar es compartida por Waitzkin y Magaña (1997), quienes sostienen que situaciones extremas como violación, tortura, ser testigo de la muerte de alguien o el exilio, suelen procesarse psicológicamente como eventos fragmentados e incoherentes, difíciles de digerir conscientemente. Por lo tanto, el discurso de los individuos presenta una desconexión entre los eventos y el sufrimiento emocional que les acompaña. Se requiere restaurar la conexión entre ambas realidades para que se produzca una “liberación” del sufrimiento emocional que da origen a las quejas somáticas. La persistencia de las quejas está en función del recuerdo de las experiencias traumáticas, más

que de la ocurrencia del evento en sí. La reconexión se logra propiciando la construcción de narrativas coherentes que vinculen el impacto del evento con la experiencia emocional que dejaron en las personas.

Al respecto, Ávila (2006) retoma el caso de un paciente masculino de 38 años cuya voz pasó de ser grave, a un tono agudo y femenino, sin causa médica aparente. Al indagar en su historia, el sujeto reportó haber vivido una infancia difícil a la sombra de un padre frío, iletrado e impositivo que murió dejándolo a él y a su familia viviendo de la beneficencia. El sujeto se desempeñaba como conductor de camiones y recientemente, había sido responsable de un accidente automovilístico. Esto le ganó ser severamente reprendido por su jefe, mismo que moriría apuñalado meses después por uno de sus compañeros de trabajo durante una riña. El autor refiere que el sujeto parecía no recordar todos los eventos difíciles de su infancia y adjudicaba la presencia del síntoma a la muerte de su jefe. Sin embargo, a la par de que en sesiones terapéuticas iba *re-descubriendo* lo difícil de su infancia, su voz comenzó a volverse grave de nuevo y después de un año en terapia, recuperó su voz normal y se reintegró con confianza a su trabajo.

Planteamientos como los de Saxe et al. (1994) y los de Waitzkin y Magaña (1997), permiten retomar la riqueza de la participación de las emociones derivadas de las experiencias de vida para comprender la somatización al dar cuenta de la importancia clínica de la liberación del malestar emocional que subyace a las quejas somáticas lo que provee alivio e incrementa el bienestar de las personas que las padecen.

Al respecto, estudios como el de Waldinger, Schultz, Barsky y Ahern (2006), avalan la hipótesis de que vivir experiencias de abuso durante la infancia ya sea sexual, físico o emocional, así como experimentar descuido de los adultos que se encargaron de la crianza, puede generar una propensión a desarrollar una imagen de sí mismo como poco digno de apoyo de otros, y a su vez, una imagen de los cuidadores como poco confiables o peligrosos. De acuerdo con Pribor, Yutzy, Dean y Wetzel (1993), la sensación de que las necesidades emocionales del individuo puedan ahuyentar a los otros puede

propiciar una minimización de sus afectos negativos y generar un foco compensatorio en quejas somáticas.

Es probable que estas experiencias sean importantes para el desarrollo de la somatización dado que pueden comprender eventos cargados de agresión y angustia los cuales pueden dañar la integridad psicológica y física de los individuos; sin embargo, se ha encontrado que no solo las experiencias de carácter sexual en la infancia pueden potenciar las quejas somáticas. Pero como ya se mencionó, en la edad adulta, la exposición a eventos de violencia extrema o injusticia social también puede provocarlas.

Hoge, Terhakopian, Castro, Messer y Engel (2007) mencionan que soldados norteamericanos que habían servido en la guerra de Irak y que habían estado en la zona de guerra, presentaban mayor preocupación por su salud y mayores quejas somáticas asociadas a estrés postraumático a un año de haber vuelto del servicio, en comparación con soldados que no habían estado en el frente. Finalmente, otro estudio realizado Perry, Oum y Hafter Gray (2007), reportó que algunos sobrevivientes de guerra y genocidio en el sureste de Asia, presentaban quejas somáticas más severas en comparación con sobrevivientes de violencia doméstica; y a la vez, los sobrevivientes de violencia doméstica mostraron niveles mayores de quejas somáticas y ansiedad comparados con personas que no habían experimentado violencia doméstica.

Desde esta perspectiva, la utilidad de las quejas se anularía en tanto que la persona fuera capaz de reconectar estas emociones con los pensamientos que en un principio le dieron origen. Al respecto, Emmelkamp, Komproe, Van Ommeren y Shagen (2002) muestran un estudio donde sobrevivientes de tortura en Nepal que eran capaces de discutir su experiencia con su familia y amigos, que podían involucrarse en la política, asistir a un curandero tradicional, escuchar el radio o cantar y aceptar su situación, eran menos propensos a presentar quejas somáticas, en comparación con otros sobrevivientes que tendían a culparse, beber alcohol, aislarse socialmente, ignorar u obsesionarse con el problema, buscar peleas o sentir desesperanza. Este estudio resalta la importancia de la conciliación del sujeto con la

experiencia que genera sus quejas. De esta manera, el lenguaje de quejas corporales puede transferirse a un lenguaje verbal y emocional que resultaría menos doloroso para el individuo. Por lo tanto, la experiencia de somatizar puede ser producto de afectos cuyo camino a la simbolización permanece obstruido.

Al respecto, Redekop, Stuart y Mertens (1999) sostienen que es necesario crear un espacio de expresión para los afectos de los pacientes que somatizan, siendo sensibles a su estado emocional, tomando en cuenta que dentro de las culturas occidentales, las personas se desarrollan con recursos limitados para entender la compleja relación entre mente y cuerpo, por lo que se sugiere a los profesionales de la salud no perpetuar esta creencia inconveniente respecto a las experiencias de salud-enfermedad.

A continuación se desarrolla una de las creencias que es más reportada en la literatura como un mediador de la presencia de somatización en occidente. Esta creencia se refiere a la imagen negativa que existe en estas sociedades por la enfermedad mental, lo cual puede llevar a los individuos a considerar más factible comunicar estados emocionales por medio de quejas corporales en vez de quejas psicológicas, en un afán de protegerse ante señalamientos sociales que consideran peligrosas las enfermedades mentales.

1.3 El temor por la enfermedad mental como mediador de la somatización en occidente.

Como señala Mumford (1989), la elección de una vía corporal o emocional para la comunicación de malestar estaría parcialmente determinada por los estándares culturales que privilegian o sancionan una u otra vía de expresión, de tal forma de las emociones expresadas por una vía corporal podrían ser consideradas apropiadas o inapropiadas dentro de una agrupación en especial.

Ésta es una tendencia que tiene cierta relevancia en el campo de la somatización cuando se observa como la manifestación corporal de un lenguaje emocional. A este medio facilitador subyace el rechazo cultural por padecer problemas mentales que reflejen un estado mental del sujeto que sea incompatible con la sociedad, lo cual se asociaría al temor por la “locura”.

Un estudio realizado por Lam, Marra y Salzinger (2005), encontró que en las sociedades occidentales la tendencia a expresar la angustia personal y social a través de un idioma de quejas corporales y búsqueda de ayuda médica para ellas, se privilegia cuando se desea escapar de un rol vulnerable con relación a tener problemas de salud mental. Simon y VonKorff (1991) refieren que esta tendencia puede deberse, en algunos casos, a una conducta adaptativa, es decir, reconocer que socialmente es más adecuado posicionarse en un rol de “enfermo”, que aceptar sentimientos negativos o depresivos, los cuales son desaprobados en contexto social. Tamayo, Rovner y Muñoz (2007) explican que este fenómeno se debe a las diferencias entre sociedades que promueven el individualismo con límites claros en la relación interpersonal, las cuales parecen valorar la expresión directa de sentimientos displacenteros, mientras que sociedades más colectivas, como las latinoamericanas, con límites menos flexibles a nivel relacional tienden a valorar más la expresión indirecta de los mismos.

Cabe señalar que el temor al estigma de padecer una enfermedad mental se ha hecho extensivo a culturas orientales, donde en un principio, la mente y el cuerpo se asumían como interdependientes. Un estudio realizado en la India por Raguram, Weiss, Channabasavanna y Devins (1996), encontró que los síntomas de la depresión y de la somatización tienden a coexistir y que su focalización está mediada por el grado de estigma asociado a padecer una “enfermedad mental”. Los autores observaron que la depresión tiende a ser menos deseada socialmente, considerándola privativa y peligrosa, al contrario de las quejas somáticas que se asocian con problemas a los que todos están sujetos de vez en cuando. Otro estudio publicado por Rao, Young y Raguram (2007), también de la India, menciona que en la cultura local, la somatización es vista simplemente como una consecuencia natural de la conexión entre la mente y el cuerpo; sin embargo, encontraron que en los participantes más occidentalizados se observaba mayor cuidado por no padecer “síntomas psicológicos”, tomando más en cuenta el temor al estigma de padecer una enfermedad mental. Los autores refieren cómo las mujeres que asistían a servicios médicos occidentales con quejas somáticas temían ser referidas a servicios psicológicos debido a que podría generarles una mala imagen y

afectar la posibilidad de que sus hijas consiguieran un esposo, ya que si se daba a conocer que algo no estaba bien en sus mentes, algo podría estar mal con la de sus hijas también.

Se puede considerar que la separación conceptual entre la mente y el cuerpo ha generado prejuicios respecto las afecciones mentales generado una percepción negativa de los problemas psicológicos, lo cual puede afectar directamente condiciones como la somatización, que implican reconocer que el estado mental de los individuos puede participar directamente en una condición que en un principio puede pensarse de carácter biológico. Es en este sentido que se facilita la construcción de quejas somáticas y se justificaría la disposición de las personas que las padecen para asumir un rol de enfermo en sentido médico antes que en sentido psicológico. Ello puede dar origen al sobre uso de servicios y a la tendencia a considerar que las personas que somatizan no están dispuestas en todos los casos a reconocer que es su mente la que provoca sus afecciones y no necesariamente una alteración biológica. Lo cual impone un predicamento entre el paciente que desea ser atendido con la convicción de estar enfermo, y el profesional de salud que en ausencia de una enfermedad biológica, debe lidiar con un padecimiento que no necesariamente encaja en el cuerpo de conocimientos que determinan su ejercicio profesional.

1.4 Puntualizaciones respecto del marco conceptual.

Reconocer a la somatización como una forma de manifestar estados emocionales invita a retomar la manera en que culturalmente se construye la expresión de síntomas, las creencias sobre la salud y la enfermedad, y sobre todo, la conceptualización respecto de la mente y el cuerpo que se tiene en una determinada cultura. Tal como señala Fábrega (1990), “somatizar” sería un concepto que se utilizaría en culturas donde la mente y cuerpo se estudian por separado las cuales hacen referencia a culturas occidentales. En la literatura general se utilizan estos términos “occidental” y “oriental”, para referirse a esta discrepancia y su uso se sustenta en diferencias geográficas.

México, por su parte, no correspondería a una cultura asiática como China o India, sino a un contexto occidental, lo cual podría limitar la participación de sistemas de creencias holísticos en el contexto nacional de la

somatización. Sin embargo, condiciones como el caso descrito de los indios amuzgos en Oaxaca y otras como los nervios, el mal de ojo o el espanto, considerados típicos de Latinoamérica en el DSM-IV (APA, 1994), reflejan una constitución holística de la salud. Al respecto, Salgado de Snyder y Díaz-Pérez (1999), en un estudio en población rural mexicana, describen cómo sufrir de los *nervios* implica la presencia de dificultad para respirar, náuseas, diarrea, vómito, dolores de cabeza, de estómago, pecho y espalda, irritabilidad, tristeza, angustia, llanto, falta de concentración, temores y desesperanza. Esta condición es considerada como una manifestación cultural similar al síndrome de Dath en la india y se considera como una forma de lenguaje emocional dado que es de carácter social y muestra una mezcla entre síntomas propios de la depresión como irritabilidad, falta de concentración, desesperanza y quejas somáticas como náuseas, vómito, dolor de cabeza, estómago, entre otras.

Estas evidencias permiten considerar que usar como exclusivos la región geográfica “oriental” y “occidental” para plantear las diferencias culturales puede dejar fuera fenómenos que también suceden en occidente y en específico en las culturas latinoamericanas. Más que la ubicación geográfica, podría asumirse que es un sistema de creencias que retoma un sujeto unificado en sus dimensiones lo que legitimaría a la somatización como el tránsito natural entre lo anímico y lo corporal. Esto permitiría incluir condiciones como los nervios, o el coraje en los amuzgos, dentro de las maneras culturales de expresión emocional fuera del contexto oriental.

Aunque la dinámica en que están insertas las participantes del presente estudio y las instituciones de salud a las que asisten considera la mente y el cuerpo por separado, evidencias como las anteriores apoyan la posibilidad de que la somatización sea susceptible de suceder en un contexto nacional, lo cual a su vez, apoyaría la ubicuidad atribuida a la somatización por autores como Kirmayer y Young (1998).

Por otro lado, el trasfondo emocional de la somatización parece surgir especialmente asociado con experiencias desafortunadas de carácter sexual o a eventos traumáticos como guerras o desastres naturales. En eventos de esta naturaleza, la disociación sería la responsable de procesar las experiencias

fragmentadas de tal forma que su carga emocional quedaría desprovista de simbolización y propensa a ser expresada en forma de quejas corporales. El presente trabajo pretende distanciarse de la necesidad de que los eventos que den origen a la somatización sean primordialmente de carácter traumático. En vez de ello, se pretende recurrir al planteamiento de Collins (2006), quien sostiene que la disociación puede constituir una forma de confrontar eventos estresantes producto de las experiencias de cuidado en la infancia. Por lo tanto, este mecanismo podría acompañar al individuo a lo largo de su vida y mediar la forma en que éste procesa determinadas experiencias estresantes hasta la edad adulta. De esta manera, puede conceptuarse que es el mecanismo disociativo como factor preexistente en primera instancia, más que la naturaleza traumática de los eventos, lo que permitiría que se generaran condiciones de somatización.

Una última consideración es que a lo largo del estudio, se tomará el elemento emocional como una realidad determinada por las experiencias y los afectos que dan sentido a las quejas corporales, de tal forma que se considerarán las experiencias sociales en conjunto con la acción directa que tienen en el estado anímico de las personas para referirse a lo emocional de la somatización, lo cual lleva a entender este factor más allá de un contexto plano que podría pensarse desprovisto de las experiencias sociales que les dan sentido. Hacer esta aclaración tiene sentido en tanto que se retoman los planteamientos de Saxe, et al. (1994) y de Waitzkin y Magaña (1997) los cuales se apoyan en el procesamiento de las emociones, en conjunto con los eventos sociales, para conceptuar la somatización.

Una vez considerados los antecedentes teóricos de la somatización para el presente estudio, a continuación se despliegan los planteamientos metodológicos de la fenomenología los cuales constituyen el método por el cual se pretende estudiar la experiencia de las personas que somatizan.

2. LA FENOMENOLOGIA, UN METODO PARA ESTUDIAR LA EXPERIENCIA.

Para lograr el objetivo de estudiar la *experiencia* de somatizar, el presente trabajo recurre a la fenomenología como referente *epistemológico* para dar lógica a la base teórico-metodológica que subyace a sus planteamientos. Esto implica una visión donde el individuo conoce mejor que nadie la manera en que experimenta la realidad objetiva y cómo es que la configura en su sistema de significados personales de acuerdo con cada fenómeno.

Como estrategia metodológica, la fenomenología busca entender el significado esencial o la *estructura invariante* que subyace a la experiencia de los fenómenos. En un estudio fenomenológico, el investigador identifica a lo largo de los relatos de sus informantes *qué* experimentan y *cómo* experimentan un determinado fenómeno, con el fin de abstraer un significado “esencial” o prototípico que refleje su vivencia. La fenomenología asume que este significado esencial comprende una experiencia común que subyace a la vivencia de más o menos todas las personas, por lo que un estudio fenomenológico debe poder transmitir la sensación que experimentan los informantes (Moustakas, 1994; Creswell, 1998).

De acuerdo con Wertz (2010), el objetivo final de la fenomenología al buscar “esencias” (*eidos*), es permitirle al investigador estudiar científicamente los asuntos humanos al evitar la nominalización y optar por un regreso a conocer *las cosas mismas*, fuera de las hipótesis o abstracciones que se puedan hacerse de ellas. Las esencias serían un medio por el cual el mundo está organizado ya que nos permiten tematizar la universalidad objetiva pasando de un fenómeno particular a un número infinito de ejemplos de “un tipo”, por ejemplo, subyacente a una rosa, un clavel y una margarita, se encuentra la experiencia “esencial” de lo que es una flor, aún cuando todas son objetivamente diferentes. Bajo este proceso es que somos capaces de adquirir empíricamente en la vida ordinaria, la sensación de lo generalmente son “plantas”, “animales”, “casas” o “ciudades”. De acuerdo con el autor, las esencias son parte del hacer cotidiano de los individuos, sólo que las ciencias naturales nos hacen observarlas por sus partes separadas en vez de en su *esencia* o *totalidad*.

Para lograr comprender la esencia de un fenómeno, la mente se vale de la *Intencionalidad*, que es la cualidad que la conciencia tiene para percatarse de algo. La intencionalidad requiere que el sujeto esté consciente de sí mismo y de las cosas del mundo, de tal forma que reconozca que él mismo y dichos objetos son los componentes inseparables de un *significado*. Es una relación entre el acto de conocimiento (*noesis*) y objeto de conocimiento (*noema*). La intencionalidad implica una actitud de apertura hacia el objeto, la cual se denomina *Epoché*, que es un intento por lograr una observación libre de prejuicios, la cual se logra al poner entre paréntesis el saber previo (prejuicios), que se tienen de las cosas, y que tienden a ponerse delante de ellas, “antes” de que se llegue a captar cómo son, es decir, su esencia (Längle, 2006).

El Epoché es central en el acercamiento del investigador al objeto de estudio, ya que requiere contener sus ideas preconcebidas sobre el fenómeno para poder entenderlo a través de sus informantes. El relato de la experiencia se obtiene por medio de preguntas dirigidas a conocer el impacto del fenómeno de estudio en la vida cotidiana de las personas, por lo tanto, el único requisito que deben cumplir para tomar parte en él, es haber experimentado el fenómeno que se pretende investigar (Moustakas, 1994).

El análisis de la información comienza con una *horizontalización* de la información obtenida, la cual implica buscar “ejemplos de la experiencia” en el discurso del informante, para después unirlos en factores de significado que serán organizados en una *descripción textural* que contendrá *qué es lo que se experimenta* del fenómeno, para después generar una *descripción estructural* que comprenderá *cómo es que se experimenta*. La descripción estructural se desarrolla por medio de la *variación imaginativa* (Imaginative variation), la cual busca todos los posibles significados que podría tener la experiencia de acuerdo con la “variación” de los marcos de referencia en que el informante se apoya para narrar su experiencia; por ejemplo, la “primera vez que se maneja al trabajo”, puede ser una experiencia variable según si es la primera vez que se va a un trabajo nuevo; si es un trabajo viejo, pero es la primera vez que se usa un auto para llegar; o si es la primera vez que se maneja al mismo empleo, pero dirigiéndose a una locación diferente; a su vez, estos son diferentes de:

manejar por primera vez al supermercado, a una reunión social o manejar por primera vez al aeropuerto, las cuales advierten marcos de referencia distintos.

Moustakas (1994) menciona que los participantes en un estudio fenomenológico son *coinvestigadores* de la experiencia, dado que se regresa a ellos para que validen el análisis del investigador, siendo libres de modificarlo para hacerlo más cercano a su experiencia. Normalmente, además de generar una descripción textural y estructural por cada participante, se genera una descripción estructural con la experiencia de todos los participantes, lo cual permite conocer la *estructura invariante* del fenómeno a través de los diferentes casos.

2.1 El proceso de análisis fenomenológico.

Los estudios fenomenológicos tienden a llevar una estructura más o menos similar. Moustakas (1994) menciona las variaciones en los métodos de autores como van Kaam y en el de Stevick-Colazzi-Keen, y que comprenden modificaciones en el esquema general desarrollado por Creswell (1998) citado en el apartado anterior (horizontalización, generar unidades de significado, redactar descripciones texturales y textuales de la experiencia).

El método que se seguirá en la presente investigación es el propuesto por Frederick Wertz (1985) en *Method and Findings in a Phenomenological Psychological Study of a Complex life-event: Being Criminally Victimized*. En este artículo, se ejemplifica cómo procedería la recolección de datos y cómo luciría el análisis de los mismos, siguiendo “la experiencia” de ser una víctima de crimen. El análisis general está constituido por tres fases. La primer parte estaría organizada en cinco pasos subsecuentes; el primer paso requiere que el investigador lea la entrevista de forma abierta sin ninguna actitud específica, con el fin de familiarizarse con el contenido de la experiencia descrita. En segundo lugar, el investigador delimita unidades de significado dentro del texto transcrito identificando los cambios en el *sentido* que da el informante a las diferentes experiencias que relata. En tercer lugar, el investigador selecciona cuáles unidades de significado son relevantes para los objetivos de la investigación, para después en un cuarto paso, organizarlas de acuerdo con el “significado” que contienen siguiendo un eje temporal de *antes, el durante y el*

después de la experiencia. Finalmente, el quinto paso comprendería retomar las unidades de significado ya organizadas, asegurarse de que no haya unidades con contenidos redundantes y usarlas para redactar un texto en primera persona que refleje la experiencia del informante utilizando (más o menos) el mismo lenguaje que él usaría. Esta primera construcción comprendería la *descripción textural* de la experiencia del sujeto.

La segunda parte del análisis comprende generar la descripción estructural con base en el trabajo realizado en la primera etapa. Para realizar la descripción, se requiere que el investigador se sumerja empáticamente en el contenido de la descripción textural, de tal manera que pueda entender la experiencia del informante “poniéndose en sus zapatos”. Todos los detalles de la experiencia deben ser observados y el investigador debe asegurarse de realizar dicha revisión de forma calmada y concienzuda; esto le permitirá amplificar y magnificar los detalles de la experiencia que podrían ser significativos en el discurso del informante y que tienden a ser poco evidentes (incluso para el informante). El investigador reflexiona de forma ingenua sobre la experiencia del sujeto de tal manera que no genere concepciones sobre qué tan verdadero o falso es su discurso, sino que debe mostrar un interés genuino en la génesis de la experiencia y sobre todo, en su estructura. Finalmente, el investigador está en posición de conocer la experiencia de acuerdo con el comportamiento del sujeto y de acuerdo con la forma en que lo significa. Esta reflexión permitirá al investigador desarrollar una *descripción estructural* de la experiencia. Esta descripción puede ir de unos cuantos párrafos a una descripción más profunda que considere todos los elementos del discurso del informante.

Con la primera y segunda parte completadas se tendría como resultado una descripción textural y estructural por cada informante de manera individual. El tercer paso del análisis comprende realizar un análisis general de la experiencia de todos los participantes que se incluyen en el estudio. Esto requiere ver elementos similares entre las estructuras individuales, lo que implica un ejercicio del investigador por identificar qué elementos de las diversas experiencias comprenden una *verdad general* a todas y cuáles no. En consecuencia, este análisis permitiría conocer qué elementos son similares y

divergentes en los distintos discursos. Por medio de la variación imaginativa, el investigador ahora busca intuir la estructura general subyacente a todas las experiencias. Finalmente, se hace explícito el significado subyacente al fenómeno, generando una descripción estructural de la experiencia de todos los informantes presentándola con citas textuales que la apoyen.

SEGUNDA PARTE: LA INVESTIGACIÓN

3. EL ESTUDIO DE LA EXPERIENCIA DE SOMATIZAR.

La somatización puede entenderse como una condición que cobra sentido en el contexto de culturas que estudian la mente y el cuerpo por separado, y que conceptualmente se produciría por la acción de un mecanismo disociativo que llevaría a procesar fragmentadas las experiencias difíciles de confrontar psicológicamente, de tal forma que el sustrato emocional que les corresponde, quedaría separado de las mismas y permanecería susceptible de ser expresado en forma de quejas corporales. Es de esta forma que la somatización se entiende como una forma de lenguaje emocional que se expresa a través del cuerpo.

Este estudio se enfoca en conocer el significado que subyace a la vivencia de somatizar valiéndose del método fenomenológico para indagar cómo es que las personas comunican su experiencia respecto de las quejas somáticas. La fenomenología, como método de investigación, proporciona el *qué* (noema) y el *cómo* (noesis) de una experiencia. El *qué* de la somatización en el presente estudio se organiza en función de las descripciones texturales que despliegan la experiencia de las informantes en primera persona, de manera que comunican las situaciones, actitudes e interacciones que fueron construyendo su vivencia y que permiten concluir *qué implicó* vivir con quejas somáticas. El *cómo* de la experiencia está contenido en las descripciones estructurales que por medio de la variación imaginativa, permitió conocer las diferentes significaciones de los distintos momentos en que está constituido el *qué* de la experiencia. De tal forma que se puede abstraer un significado individual de la experiencia de somatizar para cada informante.

La elaboración final que permite obtener un estudio fenomenológico es identificar la manera en la que el *qué* y el *cómo* (noema y noesis) de una experiencia, se organizan para construir una estructura invariante o significado esencial que refleje la manera en que el fenómeno se experimenta por todos los informantes (Moustakas, 1994). En el presente estudio, dicho significado

está contenido dentro de la descripción estructural global la cual considera en conjunto la experiencia de todas las informantes para abstraer el significado esencial de la vivencia de somatizar. Es sólo a través de la unión del noema y noesis que se logra acceder al significado de la experiencia (Längle, 2006).

Estudiar la experiencia de somatizar contribuye a mostrar explícitamente la vivencia personal de quienes la han padecido, proporcionando casos que retraten la complejidad de dicha condición, retomando los aspectos más complejos del padecimiento. Las personas que somatizan suelen tener dificultades para comunicarse intersubjetivamente debido a que suelen presentar un estilo de apego inseguro, que desde el punto de vista de los proveedores de cuidado, suelen ser percibidas como frágiles, necesitadas y difíciles de tranquilizar, lo que puede derivar en un patrón de mutua incompreensión y generar un foco compensatorio en más quejas corporales (Waldinger, Schultz, Barsky y Ahern, 2006).

Respecto de los servicios de salud, los pacientes que somatizan suelen ser muy planos o exagerados al comunicar su malestar. Si se da la oportunidad de preguntar de forma cuidadosa sobre la historia de sus quejas, tienden a mostrarse agradecidos, pero pueden sentirse molestos de pensar que a sus espaldas se esté “minimizando” su reporte (Woolfoolk, Allen y Tiu, 2007). En consecuencia, las personas que somatizan suelen ser vistas como dependientes, débiles y propensas al rechazo. El estudio busca retomar el significado de la experiencia de somatizar desde el punto de vista de aquellos que la padecen, con el fin de conocer la complejidad de un fenómeno humano que propicia vivenciar estados emocionales corporalmente, partiendo del supuesto de que legitimar sus quejas somáticas como una condición humana que no deja de ser real, puede abrir campo a retratar a la somatización desde un punto de vista que considere al sujeto como el experto en su padecimiento y como el mejor dotado para explicarlo. Volver a la somatización, desde esta óptica, se basa en el deseo de *volver a la cosa misma* para conocerla conscientemente antes de buscar clasificarla o encajarla en un modelo diagnóstico en un afán científico (Wertz, 2010).

Por lo tanto, la pregunta de investigación es la siguiente:

¿Cómo significan la experiencia de somatizar las personas que la padecen?

Por lo que el objetivo general se entendería como:

Describir y detallar la experiencia de somatizar de acuerdo con el relato de las personas que la padecen.

El cual se podría desglosar en los siguientes objetivos específicos:

- a) Conocer cuál es el significado subyacente a la experiencia de las quejas de los informantes. Explorar esta característica es importante dado que suele atribuirse un carácter voluntario de su parte para no “darse cuenta” de que sus quejas provienen de un registro emocional (Kroenke, 2007). Esto es como si hicieran un ejercicio consiente para no reconocer el origen psicológico de sus quejas.
- b) Describir los cambios existenciales que vienen con las quejas somáticas. Pretende conocer la manera en que el deterioro derivado de sus quejas se extiende a las diferentes dimensiones de su vida ya que la somatización suele ser considerada un medio de evasión social o una razón para abstenerse de realizar actividades cotidianas (Thomassen et al. 2003)
- c) Conocer cómo se comunican las quejas somáticas en contexto intersubjetivo. En el sistema de salud, la incapacidad para transmitir a los profesionales de salud el sentido de las quejas somáticas, propicia la difusión de conceptos ampliamente reconocidos como el *doctor shopping* el cual está asociado a sobre uso de servicios de salud (Carbone et al. 2000).

El contenido de estos objetivos específicos cobra sentido en el contexto de planteamientos teóricos que suelen reportarse en la literatura sobre somatización. En el siguiente apartado, se describe el procedimiento metodológico que llevó el estudio para la consecución de dichos objetivos.

4. METODO

4.1 Tipo de estudio

Se enmarca en la línea de estudios fenomenológicos que buscan describir la experiencia de una o varias personas respecto de un evento particular, con el fin de conocer el significado esencial que subyace a dicho fenómeno (Creswell, 1998).

4.2 Las Informantes

Se recurrió a un hospital de tercer nivel para tener acceso a pacientes que presentaban quejas somáticas. Las informantes procedieron del área del hospital que recibe principalmente pacientes que requieren ser tratados por algún problema de ansiedad. Estos pacientes son referidos por los psiquiatras del mismo y algunos de ellos tienen el diagnóstico de “quejas somáticas importantes”. Los criterios de inclusión y exclusión que se consideraron para buscar a los potenciales informantes fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Personas mayores de 18 años
- Personas que hayan sido identificadas con quejas somáticas importantes.

Criterios de exclusión:

- Presencia de enfermedades neurológicas.
- Presencia de trastornos psiquiátricos que conlleven alteraciones de la conciencia.
- Alteraciones neuronales evidentes.
- Epilepsia.
- Tumores cerebrales.
- Coexistencia de enfermedad crónica grave.
- Consumo exacerbado de alcohol, drogas o fármacos.

Considerando que el nivel de atención del servicio de salud del que derivaron los informantes es el de un hospital de tercer nivel, dichos criterios fueron previamente cuidados por los profesionales de salud mental que laboran en el hospital. El investigador, por su parte, corroboró que los participantes contaran con el perfil solicitado.

En el estudio se contempló un *muestreo por conveniencia* ya que sólo se incluyeron los casos que se pudieron identificar de acuerdo con los criterios establecidos y a los que se tuvo acceso (Hudelson, 1994).

Las informantes contactadas comprendieron cuatro mujeres que al momento del estudio fueron identificadas como con quejas somáticas importantes. Todas las informantes contaban con un diagnóstico psiquiátrico, considerado principalmente dentro del espectro de los trastornos de ansiedad, y se encontraban bajo medicación y supervisión psiquiátrica al momento de realizar la investigación. El perfil de cada informante se encuentra en la Tabla 1. Dos de las participantes pidieron que se conservara su nombre de pila y dos de ellas proporcionaron un pseudónimo.

Tabla 1. Datos generales de las informantes, junto con el tipo de quejas somáticas que presentaban.

Nombre	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	Quejas Somáticas
Consuelo	56 años	Casada	Capacitación como Maestra de primaria.	Hogar	Sudoración pronunciada y entumecimiento de brazos
Adriana	39 años	Casada	Maestría en Contaduría	Interrumpió su ejercicio profesional por sus quejas	Comezón pronunciada en la ingle y entumecimiento de brazos
Hortensia	49 años	Casada	Preparatoria	Hogar	Cansancio pronunciado, dolor corporal pronunciado y entumecimiento de brazos.
Ivanna	27 años	Soltera	Licenciatura en Mercadotecnia	Interrumpió su ejercicio profesional por sus quejas	Náuseas pronunciadas y dolor de cabeza

Todas las entrevistas se realizaron de forma individual en un cubículo y una sala de terapia de grupo del hospital con una duración entre 90 y 120 min cada una. Con tres de las informantes sólo se realizó una entrevista, la única

con quien se consideró una segunda entrevista fue con Adriana. Ésta se realizó en un consultorio particular al que el investigador tuvo acceso. La duración aproximada de esta segunda entrevista fue de 75 min. A lo largo de este encuentro se indagaron elementos de la experiencia de Adriana que quedaron inconclusos la primera vez por limitaciones de tiempo.

4.3 Estrategia de obtención de información

Se realizaron entrevistas semiestructuradas con cada participante. De acuerdo con Moustakas (1994), este tipo de entrevista es usual en estudios fenomenológicos, y esto se debe a que, como menciona Tarrés (2008), suponen un esfuerzo por parte del investigador para mantener la conversación en un tema particular, a la vez que le proporciona al informante el espacio y la libertad suficientes para definir el contenido de la discusión. De ahí que se esperaba mantener la conversación enfocada en el fenómeno de estudio que es la experiencia de somatizar, aunque se ofreciera la libertad al informante para construir su narración. Las preguntas que se tomaron como guía para la entrevista se encuentran en el apéndice A1.

4.4 Procedimiento

El investigador contactó personalmente con las informantes por medio de los profesionales de salud mental del hospital, las cuales ya habían sido informadas de la naturaleza de la investigación y ya habían aceptado participar en ella.

En de cada entrevista, se corroboró con cada informante el objetivo de la investigación explicitando que buscaba conocer *la vivencia que habían tenido respecto de sus quejas somáticas*. También se aclaró que la investigación comprendía un proyecto de tesis doctoral de la UNAM independiente del hospital, de la cual ellas formaban parte como informantes y como *coinvestigadoras*. Se tomaron todos los datos pertinentes para posteriormente poder comunicarse con ellas y a su vez el investigador les proporcionó sus datos. Se pidió autorización para audiograbar cada entrevista y se planteó la posibilidad de solicitarles un segundo encuentro en caso de que se considerara

importante. Finalmente, se aseguró la confidencialidad de la información que proporcionarían y se les brindó la posibilidad de elegir un pseudónimo.

Al finalizar cada entrevista, se agradeció atentamente su cooperación y el investigador puntualizó que estaría en contacto con ellas para completar la siguiente fase de su participación. En el caso de Adriana, fue en este momento en que se le solicitó continuar su entrevista en una reunión posterior.

4.5 Consideraciones éticas.

Todas las participantes firmaron una carta de consentimiento informado (Mondragon-Barrios, 2009) donde se explica el objetivo que persigue la investigación y donde queda clara su autonomía para abandonar el proyecto en el momento que lo deseen sin que esto afecte la continuidad de su atención en el hospital. Dentro del mismo, se aclara el propósito de las audiograbaciones, y se asegura la confidencialidad de la información que proporcionen.

Todas las informantes se encontraban bajo tratamiento psiquiátrico y asistían a terapia de grupo durante el lapso en que se realizaron las entrevistas, lo cual contribuyó a la contención de su estado emocional.

Al plantear a cada informante como un coinvestigadora, se aseguró que tendrán conocimiento de los resultados globales de la investigación, lo cual fungirá como la *devolución* o retribución por la información que ofrecieron en el estudio. El formato de consentimiento informado utilizado en este estudio se encuentra en el apéndice A2.

5. RESULTADOS: LA EXPERIENCIA DE SOMATIZAR

La secuencia en la que se presenta la experiencia de cada informante constituye el orden en que éstas fueron sumándose al estudio, es por ello que la primera experiencia que se presenta es la de Ivanna seguida de Hortensia, Adriana y finalmente, Consuelo.

En cuanto al proceso de Epoché que el análisis fenomenológico conlleva, principalmente mi labor consistió poner en pausa los posibles referentes teóricos con los que en psicología usualmente se explica la somatización, presentándome ante ellas primordialmente como *persona* antes que como profesional con saberes o explicaciones lógicas respecto de lo que padecían. Construir el análisis de las experiencias asumiendo mi propia vulnerabilidad como individuo, me permitió acceder a su vivencia de forma empática reconociendo que los diferentes estados afectivos, mentales e intersubjetivos con los que ellas se enfrentaron podían ser entendidos desde los significados que mis propias experiencias podían legarme.

Este ejercicio de Epoché me llevó a sensibilizarme principalmente sobre tres condiciones que envuelven su experiencia: en primer lugar, considero que los relatos reflejan personas en la búsqueda de reconocerse a sí mismas en el conflicto mente-cuerpo. En las experiencias de cada una de ellas puede intuirse fácilmente la dificultad que conlleva conciliar un cuerpo en sufrimiento donde la mente juega el papel desencadenante y el esfuerzo por significar dicha relación. Tal como aseguran Redekop, Stuart y Mertens (1999), las personas dentro de las culturas occidentales se desarrollan con recursos limitados para entender la compleja relación entre estas dos dimensiones. Esto puede demorar el acoplamiento de las causas psicológicas a su malestar corporal.

Un segundo punto que pude reconocer es que la conceptualización de sus quejas sólo como algo corporal es insuficiente, dada la complejidad emocional, mental e intersubjetiva que les da contexto.

Finalmente, un tercer elemento que resaltó a mi percepción fue reconocer que son personas que padecen a pesar de sí mismas. Las informantes se enfrentan a experiencias que súbitamente las colocan en una

posición de desventaja, por lo que existe en cada una de ellas el deseo de sobreponerse a un malestar que no eligieron padecer. Considerar el protagonismo de las ganancias secundarias o abuso del rol de enfermo como una forma de entender su condición me parecería erróneo, sobre todo porque el malestar que viven las expone a un nivel tal de sufrimiento, que estas ventajas parecerían fácilmente renunciables ante la posibilidad de ofrecerles un medio para controlar su malestar.

El producto de la Epoché me permitió intuir estas dimensiones en su experiencia y es con esa sensibilidad que se construyeron las descripciones de cada una de las informantes que a continuación se presentan.

5.1 IVANNA: el giro abrupto en la constitución del sí mismo.

La experiencia de Ivanna se centra en constantes náuseas que a pesar de la exploración médica, el tiempo y las circunstancias, sugirieron que estaban conectadas con su estado emocional. Me parece que el factor que resalta en la experiencia de Ivanna, en contraste con las otras informantes, es escuchar a una persona joven significar un malestar que la llevó a experimentar el decaimiento de su personalidad y ritmo de vida, y la búsqueda posterior para encontrar medios de alivio, que en lo profundo se motivaban por el deseo de recuperar su vida.

Descripción Textural

Yo trabajaba en un laboratorio farmacéutico y estaba en el área de ventas. Era becaria en ese instante. Tenía que ser la perfección andando cuando ni al caso.

Trabajaba y estudiaba al mismo tiempo. Mi mamá me contaba sus cosas, mi papá me contaba su pensar y aparte, mi novio también. Yo creo que mi sistema inmunológico bajó muchísimo, entonces comencé a adquirir bastantes enfermedades. Empecé con muchísimas infecciones en vías urinarias. Me detectaron tifoidea y bajé mucho de peso. Al terminar el noveno semestre de mi carrera, me titulé y fue cuando mi organismo dijo ¿sabes qué?, ¡ya no aguantas más!. Renuncié a mi trabajo.

Al final del día, todas las enfermedades recaían en el aparato digestivo: dolores de estómago, vómito y náusea. Sobre todo las náuseas. Pasó un mes y me volvieron a llamar para estar en ventas en el mismo laboratorio. No estaba tan bien como quisiera pero lo hice. Empecé con migrañas, luego me alivié. El último año los achaques empezaron otra vez. Se juntó que ya no me sentía a gusto en el laboratorio y yo ya me estaba sintiendo mal. No aguantaba subir a un elevador con muchísima gente, inclusive entrar en un consultorio médico, por la misma náusea.

Llegó un momento en que me daba miedo todo. Como que este tipo de circunstancias fisiológicas me dio inseguridad, desconfianza en mí. Sabía que, en lo físico, me sentía muy mal, pero tenía pensamientos que no me hacían normal. Mi primer miedo fue volverme a enfermar de tifoidea. Cuando tenía las náuseas tan fuertes dije, seguramente tengo otra vez esta bacteria. Entonces para mí, era bastante complicado comer en la calle. Me di cuenta que podía comer cosas de la calle pero en mi casa, como que se volvió una especie de escudo.

No me había dado cuenta que tal era mi miedo del mundo externo. Era el miedo a salir, el miedo a que me pasara algo. El miedo de cosas como el cine. Yo era cinéfila al mil por ciento. Pensar que tenía que ir a una fila de mil personas y estar en una butaca compartiendo con mil personas, era aterrador. Sentía que empezaba a sudar frío, ¡no voy a aguantar!, ¡me voy a poner mal. Yo y mi mente tan poderosa pero de forma negativa. Me autosaboteaba. No disfrutaba lo que hacía porque mi mente ya iba con un código de te va a pasar algo. Una cosa era el hecho de sentirme mal y otra es dejar de hacer cosas que antes me fascinaban.

Siempre he sido una persona bastante aprehensiva, con estrés, pero lo sabía canalizar. El estrés me servía como una especie de adrenalina. Después se convirtió en un estrés negativo. En una ocasión iba a una junta. Yo iba en el coche de copiloto. Se nos cerró un pesero de manera horrible. Como copiloto, sentí un miedo espantoso. Siempre cargo con una bolsita por si las dudas. Yo iba muy estresada y fue tanta mi náusea que sí vomite en el auto. Obviamente,

en la bolsita. De ahí me empecé a sentir muy mal. Se me salió de las manos, no lo pude controlar.

Yo era una persona sumamente sana y como que de la noche a la mañana me volví achacosa. Mi vida cambió trescientos sesenta grados de un momento a otro y como que mi esencia se perdió. Sentía que mi mente estaba como en el limbo, mi mente estaba en un lado, mi espíritu en otro, mi alma en otro. Yo me sentía perdida.

Estaba segura que mi problema era físico. ¡Si hiciera cuentas de todo lo que he gastado en médicos!, en gastos, en endocrinólogos, en internistas, en neurólogo. Y todo para que me dijeran, “es que estás bien”. Pensé que era una cuestión de mis plaquetas. Hasta que fui a un ginecólogo y me hizo un perfil tanto hormonal como de tiroides. El perfil hormonal salió bien, pero lo que salió pésimo fue la tiroides. Me mandó con un endocrinólogo y ya me reguló la tiroides. Con las terapias, me estoy dando cuenta que todo esto es también por causa del estrés. Pues estaba estresada a un nivel impresionante. Yo pensé que mi vida iba a cambiar en cuanto me dijeron que tenía hipotiroidismo. Y más o menos me empecé a sentir bien, pero no como quisiera.

Me costó trabajo darme cuenta que lo emocional era lo que me estaba provocando todos mis achaques. Y ningún médico me dijo oye, ¿sabes qué?, igual necesitas ayuda psicológica o de un psiquiatra. Yo siempre he buscado ayuda. Yo dije que igual necesitaba ayuda psicológica. Empecé a ir a una terapia de psicoanálisis, pero no veía grandes cambios. Era una terapia que estaba saliendo carísima. No terminé con ella. Estuve yendo con una persona que tiene digamos dones curativos y también ella me decía “es que estás bien”. ¡Ay no!, ¡es que no puede ser!, si la ciencia y los “dones” me dicen que estoy bien ¿por qué me siento tan mal?.

Llegué a pensar que tenía enfermedades graves, el problema es que nadie me las detectaba. Si escuchaba en la radio sobre la médula espinal decía, ¿qué tal si mi problema viene de ahí? o si me dolía mucho la cabeza ¿qué tal si tengo un tumor?, que te digan que estas sana y que tú te sientas mal, es una de las cosas que dices “¡es que no puede ser!, no soy

hipocondriaca". Es horrible salir de un consultorio con un diagnóstico de es que no tienes nada. Y entonces, que te digan tus papás es que ya come, ya has tu vida normal. Me criticaron a morir. Me sentía la *freaky* de la familia. Como que nadie me entendía.

Cuando estaba muy tensa era un hormigueo en la cara, en el brazo izquierdo y después en la pierna izquierda. Yo dije, no vaya a ser la de malas que ahora hasta una embolia o una parálisis. Obviamente, era otro miedo. Este hormigueo no era constante. El endocrinólogo me mandó unas pastillas carísimas. Yo con náusea y más pastillas. Puro veneno y todo al estómago. Dejé el medicamento. Con la migraña tenía que tomarme algo porque si no, el dolor incrementaba, y si no lo controlo y empieza la náusea, con la pena, ya perdí. Siempre fue una sinergia entre cabeza y sistema digestivo. Aunque el dolor de cabeza era de vez en cuando.

Para mí, la náusea ya es sinónimo de estrés, ya lo he comprobado. Puedo estar muy tranquila y no tengo náusea. Pero si tengo algo muy importante que hacer, que según yo me genere estrés, sea trabajo, sea cuestión familiar, sea una cuestión económica, la náusea luego, luego provenía. Desde ir a una entrevista de trabajo, y era bien chistoso porque llegaba con mucha náusea y como que al ir platicando inconscientemente me relajaba. Me ayudaba mucho el hecho de poder sacar todo lo que he hecho, mi currículim y todo eso. Me desahogaba y ya salía del lugar casi como si nada.

Si no sentía náusea era la mujer más feliz. Comía muchísimo. Sonreía y todo. Empezaba la náusea o empezaba un malestar y ¡no quería ver a nadie!. Trataba mal a la gente. Mis pensamientos eran terribles. Era una sinergia porque entre más me sentía mal, sea náusea, sea dolor de cabeza mis pensamientos eran más negativos. Siento que lo emocional era tan fuerte que se tornaba en algo físico.

Las náuseas eran constantes pero se agudizaban en mis periodos menstruales. Era todo el año haciendo cálculos, era todo el año sintiéndome mal. Unos días más otros días menos. Yo creo que de los siete días de la

semana cinco me sentía mal. Era desde que me despertaba. Desayunaba y me sentía muy molesta. Me bañaba y seguía con náuseas. Me *disque* arreglaba. Dices: ¡no!, es que no puedo ni pintarme ¡no tengo ganas!. Y a mí lo que más me traumaba era que no podía comer como yo quería. Yo soy una persona que cuando como, ¡como!, parezco pelón de hospicio. Pero comer con náusea era horrible, no podía ni hablar. No te pasa ni un mililitro de agua. Obviamente, bajé mucho de peso porque me impedía comer bien. Ya no era una cuestión de anorexia o bulimia Si yo empezaba a comer y un pedacito de carne lo partía en mil pedacitos, mi mamá me decía, tienes náuseas verdad, y yo, pues sí. Un guisado en 15 o 20 minutos. La sopa era un calvario. Llegaba a un restaurante y la garganta automáticamente cerrada. Y obviamente, mis papás y mi hermana, “¡ay! ¿por qué no comes”. “Es que no puedo, no me entra”. Y me sentía traumada y también los traumaba a ellos. Llegó un momento en que me sentía ¡ay! ¿por qué no puedo?.

Era muy raro porque yo tenía náusea, pero tenía hambre. Qué combinación tan más nefasta. Al principio, por tanta náusea de la tifoidea me hizo ser una mujer flaquísima. Entonces dije ¡no!, aunque tengas náuseas de no poder comer pues ¡come!, o sea no importa, ¡come!; tuve que vivir con ella, respirar y olvidarme. Ni comiendo, ni no comiendo, ni haciendo lo que fuera se me quitaba. Lo único que me podía ayudar era el mismo hecho de que yo solita como que la sacara, sin vomitar. Que nada más se sale el ruidito de ¡uuug!. Pero realmente no. Yo creo que lo que me ayudaba un poquito era el hecho de relajarme. Irme a mi cama. Me sentía tan mal, que no tenía ganas de nada. Mantenerme relajada, pensar en otra cosa, viendo la tele, más o menos, ¡más o menos!, una veces sí se me quitaba, otras veces como que no. Probé todo lo que podía probar en cuanto a medicina. Hasta el famoso limoncito. No me importaba que me ardiera el estómago. No me servía. Lo chistoso es que a pesar de tener tanta náusea, no vomito. Si yo hubiera vomitado por cada náusea que hubiera sentido, yo creo que ya no estaría en este mundo ¡de verdad!. Yo ya sabía detectar cuando era una náusea porque algo te calló mal, que sí iba a vomitar. Y una náusea que ya vivía conmigo, ya era así como mi amiguita imaginaria.

A veces sí me dormía llorando porque decía, qué mala onda la estoy pasando mal. Sintiéndome triste. No sé si eso sea depresión o sea tristeza. Yo con una actitud de caerle mal a todo el mundo, porque esto solamente lo sabe mi gente muy allegada. Mis padres, mi hermana y mi novio. Me decían, es que cambia tu actitud. Sí, para ti es muy fácil pero ¡no puedo!, no era una cuestión de que no quisiera. ¡Yo quiero comer, quiero hacer mi vida, quiero salir, quiero gozar!, me queda claro que quiero hacer eso ¡estoy muy joven!, pero literal, ¡no puedo!. Me invade el miedo, me invade la inseguridad, me invade perder la confianza. Ya no es una cuestión de flojera o una cuestión de que “¡ay no!, ¡pues ahí que me mantengan!” era frustración al final del día. Inclusive, antes me decían eres muy inteligente, eres capaz, eres eficiente, llegó un momento en que no lo creía. ¿Por qué me dices tantas cosas positivas de mí si ahorita me siento como basura?.

Eran broncas con Dios, “¿por qué quieres que esté así?, quisiste que naciera ¿pero por qué tengo que vivir esto?, no entiendo el aprendizaje que quieres que tenga, esto no es una buena calidad de vida, mejor llévame porque realmente esto no es vivir, no estoy disfrutando nada”. Llegaba a pensar en morirme pero que fuera cosa de Él. Tantas cosas que hice, echarle tantas ganas para lograr mi título y todo. Para no estar creciendo. Para estar estancada.

Me privó año y medio de mi vida, en donde no podía hacer nada, casi era de estar en mi casa porque ahí me sentía bien, ahí era mi burbujita de cristal. Y llegué aquí [hospital] la verdad por un milagro. Mi hermana está en un laboratorio. Casualmente, está manejando un antidepresivo que se llama Prozac. En una plática con su actual jefa le dijo, ¿sabes? tu hermana no está bien, igual necesita ayuda. Fui a mi cita con la psiquiatra y me dijo, sabes qué, seguramente es una cuestión de neurotransmisores. Me dio los medicamentos. Me sentí aliviada. Dejé de sentirme totalmente *freak*. Sentí que me devolvieron la sangre al cuerpo. Voy a poder entender por qué me pasó. Voy a salir adelante.

Mi vida sí ha cambiado de un mes para acá. He visto cambios paulatinos. De repente, aparecen las náuseas pero ya no son constantes. Fue mi primer periodo con medicamentos, y estoy bastante tranquila. Inclusive yo tenía problemas visuales, severos. Veía como si me hubiera echado una de tequila. Entonces fueron lentes. Yo ya no tenía dinero para nada. Usaba los lentes casi diario. Desde que empecé con el tratamiento, he visto bastante bien. No sé si sea coincidencia.

Todavía no me siento excelente. Si alguien me dice, vamos a comer, vamos a tomar un café. Todavía no lo he hecho. No me siento segura al cien. Tengo muchas ganas de recuperarme. Para que ya estas náuseas desaparezcan. Y olvidarme de los achaques. Espero tener todas las herramientas para canalizar el estrés. Me queda clarísimo que fue lo que detonó todo. Siempre va a haber, en el trabajo, en la familia, en la pareja, en el medio externo. Hay muchas variables externas como la contaminación, el tráfico de la ciudad. Tengo que recuperar mi esencia. Tal vez ya no sea la de antes, si no sea la persona que soy ahora. Que sirva de aprendizaje para valorar cosas que cuando estaba sana no valoraba. Para poder disfrutar, porque al final del día creo que nosotros para eso estamos, para ser disfrutar y ser felices.

Descripción Estructural

El momento del cambio

Las sumatoria de tensión de las diferentes actividades y relaciones sociales marca el inicio en el deterioro en el bienestar de Ivanna (I.). Ella vive este deterioro como una *llamada* de atención por parte de su cuerpo. Se privilegia el malestar producto de enfermedades bien identificadas como son las infecciones urinarias, la migraña y principalmente por la tifoidea, la lleva a cuestionar su relación con el medio, lo que resulta suficientemente importante como para renunciar a su trabajo. La renuncia conlleva más que el objetivo de aliviarse de las enfermedades. Es una demanda para retirarse y reorganizarse.

I. percibe una relación causal entre la aparición de sus primeras enfermedades y la aparición de la desconfianza en sí misma. El malestar corporal no se queda sólo en su salud física sino que *desorganiza* su sistema de creencias y de referentes del mundo. Esta desorganización la vive como la aparición de sus diferentes miedos, como comer en la calle, salir al cine, y especialmente, enfermarse de tifoidea. En la experiencia de I. queda difuso si en dichas situaciones aquello que se temía y que se prevenía con temor, era la aparición de las náuseas o si simplemente se trataba del miedo o la creencia de que algo podría pasarle. Lo que I. sí deja en claro es que estos pensamientos constituían una negatividad involuntaria, un “autosabotaje”. I. experimenta la autonomía de ciertos pensamientos que la llevaban a desconfiar del mundo.

Al notar que su mente produce pensamientos llenos de temor y desconfianza, I. adquiere conciencia de la condición de su deterioro: “Sabía que, en lo físico, me sentía muy mal, pero tenía pensamientos que no me hacían normal”. En un momento de su vida pudo haber librado la experiencia de “casi chocar” sin tener la sensación de náusea y el temor a que “algo podría pasarle”. La mente de I. sufre una “lesión” que la coloca en un espectro negativo de pensamiento y que le causan malestar. El posible choque con el microbús la sobrepasa y es inducida vomitar en el auto. Este deterioro es vivido como un cambio rotundo en su vida: “...mi mente estaba como en el limbo, mi mente estaba en un lado, mi espíritu en otro, mi alma en otro. Yo me sentía perdida”. La independencia de las náuseas y los pensamientos cargados de desconfianza que operan en la vida de I. desconfiguran la persona que reconocía en ella misma. No encuentra en sí misma a la persona que entendía el estrés como adrenalina

De la fisiología a lo emocional.

La primera impresión de I. sobre sus náuseas y sus “achaques” la llevan a buscar ayuda para corregir un problema con su salud física, lo cual implica realizar estudios médicos. I. se realiza perfiles hormonales y de tiroides (no hace explícito qué otros procedimientos pudo haber realizado), asistir al psicólogo y con una persona con dones curativos, en función de responder a la pregunta “¿qué es lo que está causando mi malestar?”. Dentro de los estudios

médicos, I. es diagnosticada con hipotiroidismo, sin embargo, percibe que el alivio que puede provenir de reequilibrar su tiroides es parcial. Con las terapias I. logra hacer la atribución explícita de que su tiroides estaba mal a causa del estrés que manejaba. Esta atribución se hace más nítida a la distancia ya que correspondería al tiempo en que ya está siendo atendida en el hospital. El estado emocional de I. le dificulta ver un resultado completamente satisfactorio una vez que se reguló su tiroides. Es probable que su malestar haya sido demasiado pronunciado e incluso el alivio fisiológico que pudo obtener se haya ensombrecido. Un malestar pronunciado justifica la necesidad de cambiar de horizonte de referencia y recurrir a la ayuda psicológica o de curación tradicional, los cuales son medios subjetivos en donde se ponen en juego explicaciones que van más allá de una enfermedad médica. En el caso de I. estos esfuerzos no cumplen con la función de aclarar la razón de su padecimiento.

I. tiene dificultad para comunicar que el malestar no sólo corresponde a una creencia, sino que es una experiencia que la afecta objetivamente. Al enfrentar diagnósticos médicos infructuosos, su malestar se atribuye a un problema de actitud, dado que *si no hay una enfermedad entonces puede hacer su vida normal*. La confrontación de los otros para que se sobreponga a un malestar que no está bajo su control contribuye para que I. se sienta poco comprendida. A los ojos de la familia I. podría verse como poco dispuesta a mejorar, ya sea por una actitud renuente a la mejora o por debilidad de carácter. Este conflicto entre la percepción de los otros y la experiencia real de I. dificultan la transmisión adecuada de la naturaleza de su conflicto. Al no contar con un diagnóstico médico para su malestar, I. teme estar padeciendo alguna enfermedad grave que los médicos no pueden detectar, como un problema en la médula espinal o un tumor en la cabeza (en lo relativo a la migraña).

Con el tiempo, I. desarrolla la certeza de que su náusea es indicador de estrés. En tanto existiera una actividad que la colocara en un estado de tensión, las náuseas se disparaban de manera involuntaria. En contraste, la falta de tensión en su ambiente comprendía un elemento que mantenía la náusea controlada. En la experiencia de I. se dibuja la situación de platicar en

una entrevista de trabajo como un contexto que también podía aliviarla. Cabe señalar que en ese momento I. se beneficia de este mecanismo de forma involuntaria: “como que al ir platicando inconscientemente me relajaba”. La experiencia no refleja un manejo propositivo de la plática para calmar la náusea. Se requeriría de mayor exploración para saber si *hablar* podía servir como un mecanismo estable del que pudo echar mano para aliviar la náusea, acotándolo como una forma de *desahogo de tensiones o pensamientos negativos*.

El contraste entre la presencia/ausencia de tensión le permite asociar que su estrés está relacionado a la aparición de la náusea. I. explicita que llegar a dicha conclusión le llevó tiempo. Es probable la náusea estuviera enmarcada en la complejidad de su vida diaria donde sólo el tiempo y la constante aparición de determinados eventos evidenció cuáles estaban relacionados con su náusea y cuáles no, por lo que sólo la experiencia prolongada de la náusea le permitió conocer qué la disparaba.

Para I., la náusea y negatividad estaban conectadas. Para ella no son condiciones aisladas, sino un continuo que va de un estado mental negativo a un padecimiento corporal objetivable que se cristaliza en las náuseas. La interdependencia de ambas permitía que I. experimentara un incremento/disminución de malestar proporcional entre las dos; confirmando la sinergia que existía entre ambas condiciones.

Náusea

I. nombra su malestar en singular, refiriéndose a él como “náusea” lo que sugiere una condición unitaria. Llega a llegar a significarla como “casi su amiga imaginaria”. Lo que le confiere un sentido de “identidad” independiente de ella. En contraste a esta concepción, náuseas en plural comprendería un condición que se interrumpe dando paso a experiencias distintas de un mismo malestar. La náusea de I. no necesariamente precede al vómito, más bien constituye una experiencia estática estable a lo largo del tiempo. En el caso de sus periodos menstruales, I. menciona: “era todo el año haciendo cálculos, era todo el año sintiéndome mal. Unos días más otros días menos. Yo creo que de los siete días de la semana cinco me sentían mal.”

En I. existe el temor de que sobrevenga el vómito si su garganta o sistema digestivo participan de sus funciones normales. Ello la priva principalmente de poder comer con libertad o incluso de tomar agua o hablar sin temor a la náusea. Una de las dificultades que presenta por no poder comer es la pérdida de peso. La preocupación deriva principalmente de las observaciones de su familia, más que por una percepción personal de desarmonía en su cuerpo. Aunque la náusea permanece, decide esforzarse por comer, reaccionando a la preocupación generalizada por su pérdida de peso.

I. no cuenta con método práctico para aliviar su náusea, o al menos uno que ella perciba especialmente efectivo. En su experiencia I. menciona que “sacársela ella sola” sin vomitar pudo ser de utilidad; sin embargo, reflexiona y aclara que en realidad irse a su cama, relajarse y ver la televisión podía ayudarla más, pero sólo algunas veces. I. abandona la primera explicación al considerarla inefectiva y ofrece una nueva que tampoco parece convincente a sus ojos. La náusea simplemente permanece y expone a I. irremediamente, al malestar y a la incomodidad de padecerla.

El malestar conlleva un sentimiento de frustración pronunciado. Por un lado, I. desea sobreponerse a la náusea, continuar y hacer una vida normal pero su malestar se lo impide. Por otro lado, sus familiares y personas más cercanas la exhortan a comer normalmente y a cambiar su actitud negativa. Los miembros de su familia perciben que la aparición de la náusea afecta por extensión el estado de ánimo de I., llevándola a estar irritable y no querer hablar con nadie. El enojo que produce la confrontación de los demás se traduce en autoreproches que generan sentimientos de devaluación y le ocasionan la impresión de permanecer estancada “sin poder avanzar”.

Las personas alrededor de I. le ofrecen un contraste entre su condición afectada y la dinámica de una vida normal. Observa a los miembros de su familia comer con libertad y solventar las exigencias de sus vidas sin salir afectados por el estrés. En la descripción de su experiencia, no está claro qué sentimiento acompaña esta comparación; sin embargo, sí refiere un pensamiento de “que bien que ustedes pueden y yo no”, lo cual podría colocarla en una posición de desventaja en relación con ellos. Mayor

exploración al respecto permitiría conocer si dicho pensamiento se acompañaba por sentimientos negativos como envidia o enojo.

La experiencia de malestar es producto de una imagen distorsionada de sí misma, I. percibe que su lugar para *existir en el mundo* es poco placentero y privativo, por lo que el pensamiento de *no seguir viviendo* aparece como horizonte de referencia. La decisión de seguir viviendo no está en función de I. sino de la figura de Dios. Para I., él puede contar con una razón lógica para su malestar y a la vez puede apelar a él para detenerlo, por ejemplo: “¿por qué quieres que esté así?... ¿pero por qué tengo que vivir esto?...“no entiendo el aprendizaje que quieres que tenga, esto no es una buena calidad de vida, mejor llévame porque realmente esto no es vivir...”

Recuperando el control

Después de año y medio, la consulta con una psiquiatra ofrece la posibilidad de entender su condición. La explicación que le da la psiquiatra sobre los neurotransmisores y el rol que posiblemente desempeñan en su padecimiento es un primer acercamiento a sentirse comprendida por otra persona acerca de su experiencia. La efectividad de los medicamentos afianza la sensación de que la ayuda que recibe es la correcta.

Con la mejora paulatina, las náuseas y los miedos aparecen sólo de forma ocasional en la vida de I., permitiéndole intensificar la motivación que siempre tuvo presente para sobreponerse a las limitaciones de la náusea. Comenzar a recuperar el control sobre su condición le permite considerar una actitud positiva, y en forma figurada el uso “indefinido” de los medicamentos, como medios efectivos para asegurarse una recuperación total.

Producto de los resultados hasta el momento obtenidos de su recuperación, I. no tiene una perspectiva certera sobre cómo será su experiencia en el mundo después de la náusea. La libertad psicológica con que cuenta la lleva a evaluar la posibilidad de salir eventualmente de casa y comer en la calle, así como reestructurar una identidad que valore las comodidad que provee el bienestar, a la par que gana la fortaleza necesaria para sobreponerse

al estrés de una vida normal, a fin de asegurarse la posibilidad de disfrutar y ser feliz.

5.2 HORTENSIA: padecer a pesar de sí misma.

Es probable que la experiencia de Hortensia sea la que mejor refleje que el sufrimiento al que están expuestas las informantes no está mediado por un deseo voluntario o por la necesidad interna de validar su malestar por medio de sus quejas, sino que se mantiene y sucede independientemente a sus esfuerzos. Es probable que lo exacerbado de sus quejas y lo evidente con que se observa su mediación por su estado emocional puedan invitar a significar su malestar teóricamente como de carácter hipocondriaco. Si nos permitimos alejarnos de la etiqueta de la hipocondriasis, es probable que se releve una mujer que padece dolores y sensaciones corporales legítimas que pierden validez sólo cuando se considera externamente que su deseo personal la lleva a perpetuarlas.

Descripción Textural

Hace cuatro años que yo empecé a venir aquí [hospital]. La Doctora me dijo que tal vez cuando yo era muy pequeña me di algún golpe, o que no respiré luego, luego al nacer. Yo le creo, porque mis problemas de ansiedad, de miedo, de angustia, de inseguridad, no los tengo de ahora, los tengo desde siempre, desde niña. Pero como era niña, me salía a jugar y se me olvidaban. Quizá me salí a pasear con mi novio y se me olvidaban. Tuve a mis hijos y ellos me absorbían, aunque todo el tiempo yo traía ideas. Pero ahora que ya soy un adulto casi de la tercera edad, tengo todo el tiempo del mundo para estar pensando tonterías.

El primer síntoma de dolor fue cuando nació mi hija, porque yo tuve un embarazo estresante. Ella va a cumplir diecisiete años. En el arco que tenemos en el pie, yo pisaba y sentía que se me partía en dos. Ahí fue un parte aguas y de ahí hasta la fecha. Cuando todavía no sabía qué era lo que tenía, tenía un

ardor en la lengua, pero ¡ardor! ¡intenso!, que no me dejaba ni comer a gusto, ni hablar a gusto. Empezaba dentro de la boca, en la lengua específicamente, y continuaba alrededor de los labios, como si yo hubiese comido algo muy picante y lo hubiese tocado con la orilla de la boca. Ese era un ardor así ¡terrible! ¡espantoso!, eso lo tuve como un año. Yo era muy autosuficiente hasta hace cuatro años que se me junto la pre menopausia, que tuvimos problemas económicos y se juntaron varias cositas, como la enfermedad de mi papá, que yo estuve muy cerca de él. Creo que todo eso me llevó a tocar fondo, de plano a sentirme ya muy mal. Cuando ya me empecé a sentir más mal, que ya empezó la taquicardia, que ya empezaron mis miedos, mis crisis, que de plano paraba en un hospital o en un consultorio médico, también llegué a sentir ese ardor en las piernas. Lo que me ardía era la piel. Me sudaban las manos, en mis días más terribles, de más crisis, mis manos sudaban y sentía que temblaba por dentro, yo ponía mi mano y decía ¡no! ¡no se mueve! pero yo por dentro ¡estaba temblando!.

Siento como que mi mente ya se acostumbró a sentir por ejemplo, la taquicardia, que fue lo primero que empecé a sentir. El subir escaleras, el ejercicio, me provoca taquicardia y a mí de la taquicardia me sigue la angustia, yo empiezo a sentir que el corazón me late fuerte, fuerte, y digo, ¡no! ¡no se va a detener! y cuando se detenga yo voy a caer aquí sin vida.

Incluso hace poco este dedo [meñique], se quedaba trabado, como cuando uno va cargando una bolsa pesada durante un trayecto largo. Hay ocasiones que al inclinarme siento así como que ¡ay!, como que algo se estiró por ahí. Incluso hay ocasiones en que al dar el paso en el aire siento como que el tobillo se me desconchínfló, algo se desarmó, a la hora de ponerlo en el piso me duele. Pero son ¡así!, pasan ¡rápido!, son momentáneos. Los dolores musculares de tendones, de huesos, sí persisten, pueden ser todo el día, toda una semana, hay ocasiones que es un mes completo que yo me siento terriblemente mal. Creo que me he acostumbrado a vivir con esos dolores. Esos dolores musculares terribles en todo el cuerpo y las contracturas en el cuello y en la espalda. Siento los músculos totalmente duros. Dolores de huesos. Muevo mi cabeza y truena.

Son dolores que los puedo soportar. Es como un dolorcito de muela que no es muy intenso pero que ahí está, que persiste, que me está molestando, que no me deja comer, que no me deja tomar frío ni caliente. Me siento mal, para donde yo vaya me siento a disgusto. Y si no me duele nada me siento cansadísima, me siento agotada. Es un cansancio con unas ganas de no hacer nada.

Me da miedo, porque no lo enfoco como que ¡ay pues me duele la espalda porque estoy tensa y los tendones por ende se contraen y eso me provoca dolor!, ¡no! o sea me duele la espalda por que como fumé, tal vez ya tengo ahí un problema en los pulmones. Siempre cáncer. Me duelen los huesos, me voy a cáncer de huesos. El estómago y pienso ¡ay Dios mío!, a lo mejor una úlcera. A todo le encuentro. Pero le encuentro cosas negativas. En lugar de decir ¡no, no, no!, es así porque estoy estresada y porque mi cuerpo está reaccionando, está pidiendo ayuda, quiere que yo le eche ganas, que yo haga [actividades] aunque me duela, me hundo y me dejo llevar, y me cuesta mucho salir de ahí.

[En la mano y brazo izquierdos] he sentido un hormigueo, como que se quiere dormir, y ¡no! ¡pues mi mente! ¡hermosa y preciosa! luego, luego empieza a pensar en lo peor: que es un infarto. Llegué al centro de salud, le dije doctora pues siento esto, esto y esto, me dijo, no, porque eso sería en el brazo derecho, y me dijo también, lo puede sentir en el derecho y no precisamente va a hacer el corazón, o sea pueden ser otras cosas.

La misma paranoia de que tengo enfermedades y cosas así, hace que yo me esté tocando, me esté revisando, ¡a ver ahora qué me encuentro! y que mi mente empiece a fastidiar por ahí. Y me he tocado la ingle y la siento igual que he sentido el cuello. Entonces digo ¡ah!, el estrés se me fue a la ingle. Y ahora por eso luego hasta cojeo un poco, por qué no me siento segura, me duele al pisar, al levantar para subir un escalón.

Si empiezo a preguntar ¿oye y que se siente con esa enfermedad?, no pues se siente que te duele la uña de este ladito, te duele un poquito más arriba, y al rato yo también lo siento, digo ¡ah yo también tengo esa enfermedad!, hace años, mi hijo tendría dos, tres años. Escuché que cuando uno tiene cáncer en los senos el pezón se hunde, entonces yo estando acostada, como luego me ando revisando, vi que estaba hundido el pezón, entonces dije ¡no, sí tengo cáncer en los senos!, no pues, creo que a la hora o al otro día ¡me dolían!, ¡me dolían los dos!, y me daba miedo ir al doctor, miedo a que me dijera sí señora efectivamente usted tiene eso. Es como cuando voy a recoger el resultado de unos análisis, los que sean, colesterol alto, o triglicéridos, me angustia, o sea, recojo el sobre y ¡no lo quiero abrir!, se lo doy a mi esposo y le digo por favor ábrelo. Fui al médico y me dijo ¡óyeme no! ¡a ver, espérate! o sea, sí se presenta eso, ¡pero estando de pie!, que tú te veas al espejo y veas una malformación entonces sí, entonces sí cuidado y vamos a checar, pero estando acostada es normal que se hunda y tú no tienes nada. Y ya en cuanto me dijo que todo estaba bien se me quitaron las dolencias, se me quito la tentación. Pero sí, mi mente es poderosa.

Con los doctores algunos la verdad que tal vez dicen, “no, sabrá Dios que tiene esta individua”, lo toman a uno como que ahora que le digo, o que le receto, si ya lo intentamos por un lado y por otro y ella sigue igual. Hemos gastado lo que no teníamos. Y sí lo teníamos, vendimos algunas cosas para [conseguirlo]. Mi esposo también me dice, mira, siempre que vamos al doctor entras con una cara que ¡Dios guarde la hora!, y sales así como que, a lo mejor no del todo, pero más [tranquila]. Me da mucha [seguridad], que yo platique con el médico. Hace que toda la revolución que yo traigo en la cabeza se calme, y yo salga de ahí pues animada. Sé que no voy a morir pronto, todavía me va a dar tiempo de ver crecer a mis hijos. Tengo miedo a sufrir, al dolor, a vivir esa experiencia. Ir a un hospital, ver al enfermo me da mucha tristeza. Desde siempre yo he sido así. Si yo voy a un panteón a visitar a un familiar que ya tiene años que murió ya no lloro, ya no sufro. Pero si yo paso cerca de un grupo de personas que están sepultando a alguien y yo veo que están llorando, que están sufriendo, me duele, me afecta mucho. A cada quien le llegara su

momento de sufrir y sufrirá. Esto no está bien, pero así he sido siempre, muy débil.

Muchas veces, yo trabajaba y me empezaba a sentir mal en el trabajo y le hablaba luego, luego a mi esposo al celular, oye por favor ven porque me siento muy mal. Era por la taquicardia. Y si por decir, yo andaba con mi hija, nos metíamos a un consultorio de Similares que hay tantos. El simple hecho de estar, de saber que estoy con un doctor, me daba confianza, mi ritmo cardiaco empezaba a bajar. En el Hospital Enrique Cabrera me ponían suero y me ponían tranquilizantes y ya eso me relajaba, y ya me iba a casa.

Ahorita que regresé a mi crisis no puedo andar sola, ni para ir al mercado. Necesito ir con mi mami, con mis hijos, con mi hija, con mi hijo o con mi esposo. Entonces siempre cargo mis pastillas de Clonazepam que es lo que me ayuda, me tranquiliza. ¡Ah!, y que yo no me dé cuenta que se me olvidaron las pastillas o que no traigo agua, porque en ese momento me empiezo a sentir mal. Me empiezo a sentir indefensa, no me siento protegida por que yo digo bueno, si me siento mal me tomo una pastilla y ya no pasa nada, pero como ya me di cuenta que no la traigo, aunque esté bien, eso me hace que me empiece a sentir mal. Eso me desespera, me hace sentir que la vida no vale la pena de vivir.

También cuando no puedo dormir me angustio, porque digo ¡no voy a dormir bien! ¡y mañana me voy a sentir mal!, simplemente el pensar ¡hoy no me he sentido mal! ¡ahorita estoy bien! y ¡empiezo!, mi corazón empieza a latir fuerte. Me cuesta trabajo conciliar el sueño, yo soy de la onda de que duermo mejor en la mañana que en la noche, así yo me levante temprano. Aunque me acueste a dormir a buena hora, me dan las siete de la mañana y yo estoy despierta. Para mí, dormir y al otro día despertar es como si yo el día anterior me hubiese cambiado de casa. Hubiese hecho mucho ajeteo, y hubiese pintado o lavado paredes. Luego, luego cuando despierto me doy cuenta, digo este día va hacer un día malo para mí. Lo siento en mi estado de ánimo, antes de que yo me mueva, y diga, ¡ay! me moví y me dolió acá. Y claro, esto conlleva a que me levanto de malas. Me hablan y a veces mejor no contesto,

incluso le he dicho a mí esposo, mira cuando me hables y veas que [no me siento bien], mejor ya no me preguntes nada, no quiero ser grosera contigo. Es una amargura y un coraje hacia los demás, de decir ¡ay si él anda hasta chiflando y cantando porque se siente muy bien! y yo me siento ¡de la patada!, me siento muy mal. Me duele todo, me siento mal, estoy enojada, estoy molesta, ahora entiendo a las personas cuando ya son mayores, ¡bájale a esa música, ¡calla a esos niños por favor!.

Hay días que dentro de lo malo no me siento tan mal. A mí me gusta guisar, me desestresa. Pero cuando me siento mal ¡me cansa!. Si hago un guisado complicadón que lleve de tiempo, la espalda me empieza a arder, a picar, a doler. Después la cintura. Es lo que últimamente más que la espalda y el cuello como que se me ha ido hasta la cintura el problema. Le he comentado a mi médico familiar en el seguro [social] que por favor me mande hacer una radiografía de espina dorsal para ver si no [tengo algo por ahí]. Él me examinó, me revisó, me tocó la espina dorsal y me dice que no, que todo está bien, que no hay para qué hacer [exámenes].

Últimamente, de unos meses para acá, de la muerte de la mamá de mi cuñada, lo que siento es un desgance más fuerte todavía que el cansancio, como si me fuera a desmayar. Es como cuando, bueno en mi vivencia, como cuando uno está en honores a la bandera que uno no ha desayunado nada y que esta el solazo así dándole a uno y que uno tiene que pasar a decir un fragmento de algo que está nervioso. Siento como que las piernas no me van a sostener, como que voy a caer al piso y los brazos bien agotados, toda yo. Creo que a lo mejor hasta se me baja la presión, no me he checado pero yo pienso que sí. La cabeza no me había dolido nunca, sí sentía así piquetitos pero así pasajeros. Últimamente, fue que ya empecé a sentir esos dolores de cabeza ya así de cinco o diez minutos. En el convivio con mi esposo, en las relaciones sexuales, no quiero, no me apetece y hay dolor cuando hay una penetración, mucho dolor. Como no me siento contenta, no me siento a gusto, no tengo deseo, no tengo placer, o sea lo que en su momento pudo haber sido algo ¡muy, muy bonito! ¡muy placentero! ¡ahora es muy desagradable!.

Ahora mismo traigo una infección en los ojos. Ya me ha dado varias veces, ahorita ya sé que medicina ponerme y me la pongo. Me da mucha comezón, amanezco con bastantes lagañas en los ojos, ardor, picor, ¡sí!, siento ardor y picor en los ojos. Yo no me enfermo casi de gripa o de tos, el doctor me ha dicho también que mis defensas bajan y el cuerpo busca como por dónde, entonces me ha dicho que la infección en los ojos puede ser un escape, de que el cuerpo también dice ¡ya párale ¿no?! ¡ya trata de calmartel!

Si iba a ser un día más o menos soportable en cuanto yo empiezo a sentir una dolencia o algo ya empiezo a pensar no pues yo ya nunca voy a estar bien, yo ya no puedo hacer esto, yo ya no voy a poder resolver aquello. O si tenía pensado salir a comprar algo, ¡ya no!, ya no quiero hacer nada ya me empiezo a deprimir, a angustiarse.

Cuando mi mente está tranquila, mi cuerpo está sano digamos, se siente por lo menos no con dolencias, aunque a lo mejor sí cansado. No me queda la menor duda de que todas esas *sintomatías* han sido provocadas la mayor parte por mi estado enfermo o sea por mi mente enferma, por ejemplo, mi mami ha trabajado más que yo y es ¡una hormiguita!, ella anda, sube y baja, pero es que su mente es una mente fuerte, es una mente sana. Hay días que se levanta y me dice ¡ay, hija!, y se queja, ¡como que amaneció doliéndome!. Pienso entre mí ¡eso no es nada!, si tú vivieras el infierno que yo vivo todos los días, eso ¡es mínimo!.

El hecho de agacharme me produce dolor o sentarme o estar acostada y enderezarme me provoca dolor, y si tenía planes a lo mejor de ir a caminar un rato o a ir a ver a una vecina por allá arriba para ofrecerle algo de mis trabajos que hago a mano, ¡ya no voy a poder ir! por que como ya amanecí con síntomas de dolencias ya lo asocio a que tengo alguna enfermedad muy fuerte y ya digo ¡para qué trabajo! ¡para qué hago! ¡para qué esto! ¡para qué el otro!.

Me siento maniatada, quiero pero no logro salir de ese miedo, me impide. Y claro, también por el dolor físico, porque me duele agacharme, y no puedo, por ejemplo, ser una persona que esté trabajando en este hospital,

trapeando, barriendo, porque sé que me va a doler todo. Que no puedo exprimir porque me duelen mis huesos. No puedo dedicarme a lavar ropa, o a ¡qué sé yo!, porque no me voy a poder mover o ¡no sé!, no me voy a poder desplazar como debe de ser, no voy a funcionar, o sea siento que eso me provoca frustración de que todavía puedo, pero no puedo, dicen que querer es poder pero no siempre.

En mi caso, yo sueño un campo de fútbol, empiezo a correr pero nunca llego a la meta, y he pensado que a lo mejor yo trato de escapar de todo eso que vengo arrastrando, de mis miedos, de mis dolores de cuerpo, de mi falta de ganas por seguir adelante, de mi cansancio físico y mental. No he pensado en el suicidio, pero sí he pensado ¡ay Dios mio ya! o sea si voy a seguir así, mejor ¡ya no quiero estar aquí!. Espero en Dios y tengo la fé pues que voy a salir nuevamente y que voy a poder regresar, quizá no con la misma energía, porque bueno, los años no pasan en balde, pero que yo voy a poder seguir trabajando; esa es mi esperanza y es algo que ahorita en estos últimos días me está motivando.

Descripción Estructural

17 años.

En un primer momento los malestares corporales no forman parte del mundo de Hortensia (H.). En este punto los miedos e inseguridades materializados en forma de *ideas catastróficas* forman parte de su hacer cotidiano permaneciendo en un nivel “audible” para su conciencia pero sin llegar a ser objeto de distracción mayor. Estas ideas dan un sentido de continuidad a la experiencia de H. en términos de que conectan el paso por su etapa infantil y adolescente hasta llegar a ser una mujer adulta.

H. identifica el momento en que las dolencias corporales se integraron a su vida (nacimiento y embarazo de su hija) y qué fue lo que sintió en esa ocasión (sensación de dolor en el arco del pie al pisar). A partir de este momento, se extiende un periodo de 17 años (edad de su hija) donde H. es

proclive a padecer malestares corporales. Sus periodos de crisis se ubican cuatro años antes del presente relato de su experiencia, donde el agravamiento de su malestar se asocia a la premenopausia, problemas económicos y su padre enfermo. Antes del agravamiento de su malestar, H. cursa un periodo de 13 años aproximadamente donde experimenta ardor en su boca y lengua por un periodo de un año, y en otro momento el mismo ardor en la piel de las piernas; la existencia de otros malestares dentro de ese tiempo no se abordada en la experiencia de H.; sin embargo, se asume que la presencia de malestares corporales comprende un evento latente en su vida. Se requería mayor indagación para conocer cómo vivió el periodo de tiempo entre su primera dolencia y el inicio de sus crisis hace cuatro años, dado que es un lapso significativo de tiempo donde su malestar debió estar presente de alguna forma, dado que el evento que ella identifica como “parte aguas” ya había sucedido.

Estos momentos decisivos en la experiencia de H., se desarrollan en torno a tensiones de situaciones de su vida. Para H., estos eventos tuvieron la cualidad específica de exponerla a tensión o estrés que ella asocia con la génesis de su malestar; por lo que cuenta con un *sentido de causalidad* entre tensión y sus dolencias, es decir, sus dolencias sucedieron a causa de tensión, lo cual le permite dar contexto a la razón de ser de las mismas en diferentes episodios de su vida.

Malestare(s).

Para H., vivir con dolencias implica una experiencia gradual que en los momentos de mayor bienestar van de un cansancio pronunciado y el deseo de “no hacer nada” hasta la presencia de malestares transitorios que son “momentáneos”, donde H. se vuelve consciente de alteraciones discretas como “estirones” cuando se mueve, o la sensación de que su tobillo se le “desconchinfló” en el aire causándole dolor al pisar, las cuales llegan a contrastar con las contracturas, dolores musculares y dolores de huesos que pueden abarcar días, semanas o meses. El dolor de H. no es intolerable sino una experiencia tenue que le ofrece la impresión de haberse acostumbrado a

sufrirlo y a vivir con él. El dolor persiste como un elemento inamovible en su vida cotidiana que en retrospectiva cuenta con una larga historia de aquejar a H., lo cual crea la *ilusión* de que se ha acostumbrado a vivir con él, ya que si la sensación de dolor fuera más intensa incrementaría el disgusto, resaltando la necesidad de aliviarlo y evitar que permaneciera en su vida, salvando la posibilidad a la costumbre, es decir, si sus dolencias no fueran tenues sino intensas sería más difícil que su percepción registrara haberse acostumbrado a ellas, más bien permanecen a un nivel tolerable pero sin dejar de provocar incomodidad.

Además de lo constante de algunos malestares de H., su experiencia comprende dolores y sensaciones “viajan” por su cuerpo a través del tiempo. Por ende, por periodos puede sentir dolor en los músculos de su cuello y después percibir que la tensión se desplaza a la ingle o sentir hormigueo en los brazos o sentir su dedo meñique contracturado. Para H. la región corporal es variable; sin embargo, el dolor emocional que la lleva a vivir ideas de desesperanza y el temor a estar enferma son una constante.

El malestar de H. cuenta con la complejidad de que compromete su cuerpo con diversas dolencias esparcidas por diferentes regiones corporales dependientes de diferentes momentos de su vida en los que siempre son acompañadas por desesperanza y temor a padecer enfermedades graves. No comprende una experiencia focalizada, solo en sus ideas o solo en su dolor corporal, sino una unidad indiferenciada de malestar tanto físico como psicológico.

Miedo a la enfermedad: asociaciones lógicas y contagio psicológico.

La preocupación de H. por padecer enfermedades graves se basa en *asociaciones lógicas* con relación a sensación corporal que percibe y la enfermedad que le puede sugerir; es decir, una sensación en el estómago la lleva a considerar una úlcera en el estómago; o el dolor en la espalda le sugiere un problema en la espina dorsal. Estas preocupaciones no constituyen ideas desprovistas de una experiencia física que funja como principal motivo para

asociarlas a determinadas enfermedades, sino que comprende una experiencia compartida a modo de reflejo entre una sensación corporal y las asociaciones que se despiertan en su mente. Para H., las asociaciones con enfermedades se desplazan a un nivel de preocupación que demanda una cantidad importante de atención, propiciando un sentimiento de temor y desconfianza de que su salud puede estar en riesgo. Estas preocupaciones no constituyen un elemento que suceda sólo como una idea “simplista” que refleja el miedo a estar enferma, sino que comprende un estado de malestar interno que penetra la vida de H. y que la provee de un sentimiento de temor y desconfianza importante, más bien el *sufrimiento* absorbe su existencia.

El temor por la enfermedad de H. cuenta con la característica de que puede potenciarse a través de experiencias externas a ella; esto puede entenderse como un *contagio perceptual* que puede proveerle la experiencia real de malestar en su cuerpo, por ejemplo: “Escuché que cuando uno tiene cáncer en los senos el pezón se hunde... como luego me ando revisando, vi que estaba hundido el pezón... creo que a la hora o al otro día ¡me dolían!, ¡me dolían los dos!”. Este contagio no se establece de una manera deliberada sino que sucede independiente a la voluntad de H. y la coloca en una experiencia real de dolor y preocupación por estar enferma.

La predisposición de H. para reproducir en sí misma elementos de enfermedades está en función de hacerse consciente de ellas y de las experiencias que implican. En tanto que H. es consciente de estos elementos se propicia la posibilidad de que ella las experimente. El puente que H. tiende para producir malestares asociados a enfermedades que “ella ve” parece estar asociado a la presencia de temor a padecerlas, ya que éste es el primer motivo para que ella se interese en saber en qué consisten y en qué se siente padecerlas. Sin embargo, este interés no es un acto deliberado sino una posibilidad que permanece independiente al control de H.

Se requeriría profundizar en la experiencia de H. para elucidar si el contacto físico con objetos, alimentos o situaciones que sugieran focos de enfermedad (por ejemplo, el transporte público, comida no preparada por ella o exponerse al frío sin el abrigo adecuado), también pueden disparar malestares

y preocupación por estar enferma con el fin de clarificar qué tan generalizada puede ser la predisposición a reproducir enfermedades y si no es que sólo se limita al registro perceptual.

Malestar y alivio.

La experiencia de H. gira en torno a la intensidad de su malestar y a la exigencia que éste le impone por aliviarlo en momentos de crisis. Existe una relación recursiva entre el malestar que H. experimenta y la búsqueda de ayuda médica para aliviarlo. Cuando sus sensaciones y pensamientos son demasiado intensos, la opción de recurrir a un médico se convierte en el medio privilegiado para que H. pueda deshacerse de su malestar, el cual se orquesta en torno a la idea amenazante de que es víctima de una enfermedad grave. Este fenómeno constituye una búsqueda por conciliar lo que H. identifica como estados de “salud y enfermedad”, siendo los servicios médicos el punto de unión entre la posibilidad de estar enferma o no estarlo, es decir, recibir de parte de un médico la certeza de que no está enferma desvanece los sentimientos de temor y dolor corporal que la hunden en malestar. Se erige como una persona sana. El *juicio médico* elimina –además del temor a estar enferma– un temor pronunciado a sufrir por parte de H. que se conecta paralelamente al temor a morir. Este miedo a sufrir encuentra eco en eventos como visitar un hospital u observar que alguien está siendo sepultado, los cuales despiertan desesperanza en H. Se requeriría profundizar en la experiencia de H. para comprender cabalmente cómo es que este miedo a sufrir impacta su vida, sin embargo retomando su narración, se puede asumir que es una experiencia que la coloca en un papel de vulnerabilidad que ella misma entiende como *debilidad*.

El alivio que H. busca se extiende a elementos asociados al apoyo médico como un consultorio o tener a la mano sus medicamentos. Estos elementos apaciguan sus preocupaciones permitiéndole recuperarse de momentos de crisis, por ejemplo: “nos metíamos a un consultorio de Similares que hay tantos. El simple hecho de estar, de saber que estoy con un doctor, me daba confianza, mi ritmo cardíaco empezaba a bajar”. Sin embargo, así como estos elementos pueden calmar sus preocupaciones, la ausencia de alguno de

ellos puede desatar una reacción espontánea que sumerge a H. en temor y preocupación sobre su salud, como es el caso de la desesperanza que experimenta cuando sabe que no tiene sus pastillas: “ [...] que yo no me dé cuenta que se me olvidaron las pastillas o que no traigo agua, porque en ese momento me empiezo a sentir mal [...] Eso me desespera, me hace sentir que la vida no vale la pena de vivir”.

Para H., el paradigma médico se convierte en el medio del que depende para asegurarse que su salud está intacta, propiciando una sensación de seguridad que la ayuda a aliviar sus crisis; sin embargo, no tener acceso a la seguridad “médica” también potencia una crisis, aún cuando su malestar esté controlado o en ese momento se sienta bien.

Levantarse en la mañana.

El estado de ánimo de H. juega un rol central en su experiencia al constituir un punto de referencia respecto de qué tan buenos o malos son sus días lo cual determina qué tan intensas pueden llegar a ser sus dolencias en ciertos días. H. reconoce que al levantarse, antes de que su malestar se vuelva “físico”, su estado de ánimo le permite ganar conciencia sobre qué tan bueno o malo será un día y esto está en función de qué tan molesta se sienta. En los días malos, experimenta una atmósfera llena de dolencias, cansancio, desesperanza y negatividad lo cual la lleva a repeler a las personas que la rodean: “ ...le he dicho a mí esposo: mira cuando me hables y veas que [no me siento bien], mejor ya no me preguntes nada, no quiero ser grosera contigo...es... un coraje hacia los demás, de decir ¡ay sí, él anda hasta chiflando y cantando porque se siente muy bien! y yo me siento ¡de la patada!, me siento muy mal”. El malestar y negatividad que H. vive inundan su percepción y no puede más que sentir envidia y coraje hacia las personas que se sienten bien, evidenciando la realidad opuesta en que ella vive, donde registra que su existencia “completa” transitando por dolencias y malestar: “Me duele todo, me siento mal, estoy enojada, estoy molesta, ahora entiendo a las personas cuando ya son mayores: “¡bájale a esa música, ¡calla a esos niños por favor!”.

Identificar qué atribución hace H. (si es que hay una), para que algunos días despierte con un estado de ánimo negativo y otros días no, es un tema que requeriría mayor indagación; sin embargo, en el papel sutil y desencadenante que el estado de ánimo juega en su malestar parece ser determinante, incluso cuando implica sólo un momento que antecede a los episodios de malestar.

“Querer” no siempre es “poder”.

H. alberga una visión de sí misma como una mujer incapaz de llevar una vida productiva sin que su malestar limite su desempeño. Esta visión es el resultado de la percepción que tiene sobre sí misma al estar muy enferma, es decir, su malestar ha generado la hecho considerar que por ser una persona “enferma” encaja en el modelo de una mujer no productiva, generando una percepción de sí misma como incapacitada.

Para H., su mente es una “mente enferma” que se empeña en vulnerarla exponiéndola a temores y dolencias que le proveen experiencias llenas de malestar. H. contrasta el estado de su mente con la mente sana y fuerte de su mamá que es capaz de interactuar con libertad en el mundo como “una hormiguita”. Una mente sana es capaz de “producir”, como el caso de poder desempeñar un trabajo que genere alguna remuneración económica.

La aparición de dolencias significa perder la motivación o el deseo de hacer cosas, lo cual se suma a la incapacidad que le provee el malestar, ya que *si su cuerpo duele*, muchas actividades físicas de las que pudiera formar parte quedan vedadas para ella (como exprimir una jerga). El pesimismo que H. experimenta en sus momentos de crisis se suma a la incapacidad real que tiene para usar su cuerpo con libertad. H. no es una mujer que pueda insertarse en las actividades del mundo con la misma facilidad debido a la vulnerabilidad de su mente. En este momento, la figura de Dios cobra especial relevancia en la experiencia de H. ya que se convierte en el medio por el cual puede sustraerse de su malestar, lo cual implica renunciar a su vida con el fin de disgregarse de una existencia apesadumbrada.

5.3 ADRIANA: *La búsqueda del significado.*

La experiencia de Adriana se instrumenta alrededor de un fuerte deseo por obtener un diagnóstico que le permita conocer la causa de su malestar. Esta búsqueda trae colateralmente una dificultad importante por intentar acoplar las quejas somáticas al sistema de salud. El caso de Adriana es el que mejor refleja la dificultad de significar el malestar de las quejas somáticas desde el punto de vista del enfoque biomédico en una sociedad occidental.

El relato de Adriana cuenta con la confirmación de fechas y periodos más claros con respecto a los relatos de las demás informantes ya que ella consideró estos datos importantes en el deseo de comunicar las dificultades que tuvo para atender su malestar en el sistema de salud, de tal forma que le permitiera escribir algo que sirviera de orientación a personas con quejas similares a las de ella.

Descripción Textural

Esto me inicia exactamente en enero de 2005. Detuve mi vida laboral y mi vida académica. Había terminado la maestría y no había vuelto a tocar los libros, y de un momento a otro [entré] a dar clases. Me dieron los documentos para que yo los empezara a rellenar. Llegó el momento en que lo llevo a revisión y no me lo aceptaban, y otra vez a revisión y no me lo aceptaban, y decía ¡cuándo voy a terminar!. Y yo me sentía muy preocupada, muy ansiosa, me sentía como con mucha inseguridad. En diferentes momentos de mi vida antes, ya la había sentido, pero ahí como que se me destapó. Como que se hizo más evidente y llegó un momento que ya no lo pude controlar, tenerlo en calma. Entonces, con esta situación de los *sílabos* [cartas descriptivas o avance programático] que yo entro a la universidad es que me da esa comezón. Dije ay, pues se me va a quitar. Después yo decía, ¡ay! no se me quita, bueno voy al baño y me echaba agua. Seguramente, ha de ser un hongo o debe ser por tanto calor [en este momento Adriana vive en Oaxaca]. Entonces, no se me quita en una semana, luego dos semanas, yo dije algo raro está pasando, voy a ir a una dermatóloga por que como era zona de la piel, y ella me dice, ah sí, tienes un hongo, te voy

a dar unas pomadas. Ya me las puse y no se me quitó. Fui otra vez a verla y le dije no se me quitó. Aparte me dio algo tomado y aquí [en el pecho] me empezó a salir una reacción, como ronchitas. De hecho cuando yo me ponía o muy nerviosa o muy molesta o algo así me aparecían, pero nunca me daban comezón. Era el indicador de nerviosismo.

Ya me empecé a preocupar más porque yo ya estaba en la escuela dando las clases y bueno no tenía la facilidad de poderme estar saliendo. Yo lo que hacía, por ejemplo, cuando me daba frente al grupo, me iba hasta atrás, les ponía algún ejercicio y nada más era así como respirar para arriba y para abajo, yo sentía así como que me salía el sudor. Yo les decía que tenía un problema de alergia y de repente me daba comezón. Entonces, lo que hacía era agarrar una cosa y como que soplarle. Me daban ganas así de decir ahorita no me hablen, no me pregunten nada, entiéndanle como puedan y ya, ¡terrible!.

Al principio, nada más empezó en las ingles ya después como que se fue subiendo y se fue para atrás, del monte de venus, creo, a la parte anal. Yo decía ¡es que esto no es normal!, esto no es la comezón que he sentido cuando me pica un mosco. Sentía como patas de hormiga, como gusanitos microscópicos, ¡no sé como sentía!. Era ¡feo! ¡feo!, era una sensación desagradable. Al principio me duraba a lo mejor dos, tres horas la comezón, y era como intermitente, me pasaba cuando estaba muy nerviosa. Había veces que me daban también así como piquetes, como piquetes así de aguja. Esa especie como de patitas, como la arañita o la hormiguita, como si fueran unos pequeñitos gusanitos, unas cositas, y una sensación de mucha desesperación al rascarme. ¡En la noche si era de diario!, en la noche antes de dormir, como que necesitaba la comezón para dormir, ahora lo veo así. En algún momento era totalmente desesperante, pero en otro momento era placentero. Era así como rascarme y sentir feo, pero después sentir ¡haa! ahora sí me duermo.

De repente, sentía como si fuera un nopal que tiene las espinas. Y cuando me ponía la ropa interior como que me picaban, como si se incrustaran. A veces me dolía una parte, en la ingle, sentía como si me cortaran, como si

me hubieran cortado, y con ese dolor que queda cuando uno se corta, entonces al ponerme la ropa interior exactamente quedaba ahí. Llegué a no usar nada debajo de ropa interior, la ropa de mujer tiene el resorte ¡uuuuuuy! ¡no, no, no! ¡no lo aguantaba!, mis faldas eran largas hasta el piso de esas faldas regionales. Un médico me dijo, oiga ¿y no ha pensado en los de los hombres?, son aguados. Entonces le dije a mi esposo, ¿sabes qué? de todos los que tú te pones voy a ver el modelo que sea largo, para que yo sienta que no tengo ahí nada. Ahí no me apretujaba nada, y como me los compraba más grandes pues es como si trajera un short, pero suavcito, suavcito, suavcito, y al revés, porque como tiene esas costuritas en la parte de adelante se sienten licito, entonces me evitaba las costuritas y ya decía ¡ah que felicidad!. Cuando era necesario, que me venía la menstruación, lo único que hacía, era que una ropa interior normal de mujer, cortarla, hacerle así como un hawaiano, pero que a la vez me detuviera la toalla.

Recuerdo que consulté con una amiga, y me dijo “¿sabes qué?, ¿por qué? no mejor vas a otra dermatóloga porque es parte de piel”. Este dermatólogo me dijo no, esto no es de aquí, esto es de alergología. Entonces cambio y me voy al alergólogo. Fui dando a la única que encontré que era alergóloga y ella me hizo unas pruebas aquí en los brazos, así de muchos puntitos y me puso diferentes químicos, y alimentos. No me salió ninguno. Estuve ahí recuerdo ese día como seis horas. Me dijo, sabes qué, seguramente eres alérgica al mezquite, eres alérgica al polvo de la cucaracha y al polvo en general. Y la verdad dije ¡ay cómo!, no me convence para nada su explicación, porque una hija de una amiga de mi mamá, ella según que tiene alergia al polvo y lo que le pasa es que estornuda mucho, la parte aquí de la nariz es la que se le pone mal y pues yo no estoy manifestando esos síntomas. Me dijo no, no, no, te vamos a poner este medicamento y te voy a poner unas inyecciones y te voy a ir inyectando cada semana un poquito. Y yo dije ¡ay no!, esto no me suena lógico, al menos para lo que yo siento.

Después de esta doctora me voy con otro alergólogo que era el que originalmente me habían mandado. Me revisó y todo, y dice no [en la ingle] no tiene nada. Entonces ahora qué hago si no es dermatológico, si no es

alergológico ¿qué hago?, ¿a dónde voy?. Seguramente es ginecológico, por la zona. [El ginecólogo] me dice, no, no tiene nada, un poco de flujo, le voy a dar a recetar unos óvulos y es lo único. ¡Ah bueno!, está bien y ¿acerca de lo de afuera?, “No, afuera no tiene nada, mire una pomadita que a lo mejor es algo, como cándida, aunque no tiene el síntoma, pero que es así como blanco”. Entonces, pues me la puse, yo como me ponía todo lo que me decían, bueno lo compraba y me lo ponía, fui como irritando un poco la piel y a veces ya no sabía si yo lo estaba sintiendo como tal o era la reacción de lo que me estaba poniendo, que realmente no necesitaba.

Esta amiga que tenía contacto en distintos médicos, me dice “¿sabes qué? hay uno que es el director de Displasia en el Seguro Social”. Voy, le doy todo mi antecedente clínico, y me dice “¿se ha hecho una colposcopia?”. No, no me he hecho colposcopia. Bueno le vamos hacer una colposcopia. Pero yo veía que todo mundo se iba adentro y yo decía no pero no es ahí, mi padecimiento es externo y como que no me hacían caso. Cuando me revisa el cérvix tengo una erosión y esa erosión tiene un poco de flujo. Cuando lo vi dije por eso tengo la comezón. El doctor me dice, “¿sabe?, que voy a mandarle hacer una biopsia y le voy a tomar ahorita de una vez la muestra, se va a analizar y vamos a ver qué es”. Entonces le dije “bueno doctor sí, sí perfecto, pero ¿qué piensa usted que puede ser?”. Yo pienso que es virus del papiloma humano. Yo oí eso y yo dije “¡no lo puedo creer!”.

Él me manda hacer el estudio de la biopsia, me lo entregan como en un mes, y yo me seguía sintiendo mal. Le dije que me sentía mal de la parte de afuera que eran las ingles y nada más me dio una pomada otra vez, me la volví a poner y nada. Vuelvo a ir por los resultados, y efecto ahí me ponían que era ¿cómo?, un compilomaplano secundario que podía ser virus del papiloma humano. Y yo dije “¿pero cómo?”, o sea “¿cómo fue que me llegó esto?”, si yo no he sido una mujer promiscua. Yo lo que pienso es de mi esposo. Yo le digo a él que él era el que me había pegado esto, y entonces él me dice, no, pero es que yo tampoco, ¡pero cómo!; él había sido casado, entonces él se había divorciado por una infidelidad o algunas cuestiones por parte de la esposa que él había tenido y aparte a ella la habían operado de la matriz, yo le dije a él

“¿pero de qué la operaron?” me dijo “no sé, de la matriz”, pero “¿de qué?”, “no pues no sé”.

Veía a los demás y decía “ay ¿cómo es posible que a mí me dio eso? ¿por qué a los demás no les dio?, yo no veo que las mujeres se anden rascando en la calle ¿por qué me dio esto?”. Decía dentro de mí, “¿cómo es posible que este hombre me vino a pegar esto? ¡cómo pudo ser!, según yo me cuidé tanto ¿y cómo me viene esto a pasar?”.

Esto es en enero de 2007, enero o febrero, y me dan la consulta o la operación hasta julio 2007. Todo este medio año me la paso también con comezón. Sentía como que no cuadraba, yo decía no es que algo está pasando aquí raro, me dan medicamento, me dan pomadas o pastillas, ahora vamos a atender a su esposo también, lo analizan, y no sale nada.

Llega julio, me operan donde me tenía que operar, me hacen conolizacion térmica. Yo dije ya con esto me alivie. Pues no, me acuerdo que una semana se me va la comezón y yo dije “no ¡pues sí!”. Estaba en vacaciones, no tenía los grupos, por qué para esto trabajaba en dos universidades una en la mañana otra en la tarde, se me va la comezón por qué no tenía presiones y mi mamá fue a la casa a cuidarme. Tengo resuelta la cosa de la comida por la niña que me ayudaba. Todo eso estaba como tranquilo. Me vuelve a dar la comezón de repente, pero en eso yo siento que se me va pasando para atrás, y yo dije ¡ay no! ¡ahora que está pasando!, me pongo más nerviosa: ¿Y ahora a quien voy a ver?, nadie me sana de esto y yo me no puedo curar. Voy al proctólogo y me dice, “no, lo que tiene usted es una dermatitis químico bacteriana”. Voy a ver a otro ginecólogo y él me dice, “no, lo que pasa es que tienes quemada la parte bulbar”.

Me sentía pues sí, pues muy apagada, me sentía que mi vida académica estaba truncada por que yo quería hacer un doctorado, yo quería seguir estudiando. Van tres veces que yo intento hacer la tesis [de maestría]. La última vez que lo hice no podía, mi razonamiento no daba como antes, no

podía escribir como antes a nivel documental, yo decía “¿pero por qué?, si antes si lo pude hacer muy bien ¿por qué ahora no?”.

Mi carácter era muy irritable, me molestaba por cualquier cosa, me sentía sola, me sentía desesperada, me sentía incomprendida, me sentía que los demás pensaban que me estaba haciendo tonta y que era como para llamar la atención, pero yo decía “¡qué manera de llamar la atención!, ¡si lo que yo quiero es no tener esto!, lo que menos quiero es esto”. A veces sentía una sensación como de ardor, pero era de lo mismo que me rascaba, me sentía muy triste, llegaba mi mamá y lloraba, lloraba y lloraba, el llorar como que me liberaba un poco de esa tensión. Mi mamá era como la única que me entendía. Como que me escuchaba. Ella llegó a decirme, “oye, ¿no será mental?”.

Entonces después de este asunto lo que me pasa es que me empiezo a desesperar mucho más y llego a una conclusión: como yo no tenía buena relación con mi familia política, ni con mi suegra, y ese era un gran problema, entre ellos se llevan muy bien, pero a todos los que vamos entrando el trato no es muy bueno, en general para los yernos o las nueras. El punto era que yo no me sentía cómoda ahí y yo le decía [a mi esposo] es que yo ya no quiero ir a la casa de tu mamá, “¡ah no, ahora tienes que ir!, porque eres mi esposa, ¿qué van a decir?”. Yo dejo de ir a su casa de él.

En 2008 se me va así como desvaneciendo la comezón, y yo en ese tiempo decido que me voy a separar de mi esposo. Ya no iba a tener tanta carga horaria en la escuela. Y entonces, la comezón se va, y se va, como en unos seis meses, cuatro meses, cinco meses más o menos. Él va a Oaxaca para ver que ya no nos separáramos, que yo me viniera para acá [al D.F.]. Recuerdo que una vez estando en el teléfono hablando con él, y estando viendo qué me iba a traer para acá, de mudanza y todo, me vuelve la comezón hablando por teléfono, yo empiezo a sentir como un puntito y me empieza a dar comezón, aquí, de la ingle, y me rasco. Se empieza como a regar y no tenía control. Tenía la comezón, me rascaba, me daba más comezón, me ponía yo más nerviosa, de que me estaba dando la comezón y me decía yo, no se me termina, no me para, y eso mismo como que me alimentaba ese círculo de

ansiedad, y me volvía a dar la ansiedad, entonces, la ansiedad, de la ansiedad de la ansiedad. Y era un círculo del que no podía salir.

Yo me vengo para acá en 2008 y dije esto ya regresó. Y empiezo aquí a tratarme en el Hospital Dermatológico Pasco. Cuando me tratan la primera vez me dicen “a ver, la vamos a revisar y todo”, y me dicen, “es que usted no tiene nada”. ¡Lo mismo que me decían allá! [en Oaxaca]. Una doctora me hace una revisión y me dice “no, lo que pasa es que tienes aquí unos puntos blancos y eso es el virus del papiloma”. Yo dije “¡entonces sí es!”. Le dije “sí, pero a mí me da la comezón afuera no en la parte bulbar; exterior, pero en la ingle”. [La doctora] “no, no, no, es que mira, si lo tienes aquí, lo tienes acá, lo tienes en toda la parte externa, y también en la parte anal”.

En la Clínica Tehuantepec creo que se llama, este doctor me hizo un estudio, él también me dijo no tiene nada afuera. A la hora de salir hablaron con mi esposo, yo me estaba vistiendo, y [una] doctora me dijo a mí, “¿sabe qué señora?, ¿está usted trabajando?”. Le dije, “¡ay doctora!, yo no puedo entender cómo me dice eso, cuando ya di clases, cuando ya he estado con ese padecimiento desde 2005, 2006, 2007 y un poco de 2008, y no es que ¡yo no quiera trabajar!, no es porque yo sea floja, o que por puro placer me quede en mi casa”. Sí me quedaba a veces a rascarme cuando me daba la comezón o a echarme agua. Nada más era eso, abrir la regadera con agua fría, decía, a ver si así. Si la regadera hubiera podido sacar cubitos de hielo ¡mejor para mí!. Habría el congelador y metía así vasitos o cubitos. Mi esposo ya sabía que eran para mí. Agarraba un baldecito de agua le echaba el hielo con el agua fría, y a echarme agua con camisitas, de éstas que ya son como usaditas, que están suavécitas de algodón, me hacía como fomentos.

Un día, vino mi tío, y nos invito a una pizzería, notaba también que con ciertas cosas de comer me daba, por ejemplo con la salsas, con los irritantes. El chiste es que estando ahí, empecé a sentir, “¡ayyy Dios mío! ¿y ahora qué hago?”, aquí no hay una regadera. Sentía como calor, como que no me aguantaba ni yo sola, como que todo me subía y me bajaba, y finalmente lo

que hacía es, ahorita vengo, así como muy disimuladamente iba al baño a rascarme.

Pensaba que podía estar enferma de cáncer de piel por ejemplo, o que podía estar enferma de algo como, no sé, lupus, como algo que cuando me lo diagnosticaran iba hacer muy tarde y tanto peregrinar de nada iba a servir, porque yo decía voy a ver a uno, a otro, a otro, y nadie me dice ¡nada!. Me daban muchos diagnósticos, pero así como descabellados. Llegó un momento en que pensé en morirme, no matarme, porque nunca intenté hacerme algo, no, pero si decía yo, ¡ya Dios mío ya! ¡ya estuvo bueno! ¡ya por favor! si esto no se me va a quitar ya mejor mándame algo para terminar, porque era muy desesperante.

Busco donde asistir en el sentido de un tratamiento psicológico y llego al Instituto de las Mujeres del DF. Llego ahí buscando donde fuera gratuito porque yo no tenía dinero para pagar. Empiezo a ir. Fui alrededor de un año y dos meses. Empecé a notar que en ese trayecto de ir todos esos días allá no me daba la comezón y yo me sentía bien contenta, bien feliz. Regresando a la casa era cuando estaba la comezón y decía como que pasa algo raro. Me cayó el veinte de que era porque yo ahí me sentía muy tranquila, muy acogida, respetada, hablaba y me he dado cuenta que no era sana. Me sentía así en el piso. Me sentía como si se me hubiera acabado la cuerda. Que ya no podía continuar porque me sentía desgastada emocionalmente, físicamente me sentía mal porque era una comezón, comezón, comezón y no me paraba. En este trayecto que yo iba a terapia individual, terapia de grupo, y los grupos de crecimiento, yo empiezo a recuperarme y a ver también que yo tengo el poder y yo tengo la fuerza para poder salir adelante sola, aún sin tener la cuestión económica.

Fueron en total veintidos médicos, entre dermatólogos, ginecólogos y alergólogos. Yo ya estaba desesperada, me sentía como si yo estuviera loca. No me entendían los doctores. El director de displacia del Seguro Social en Oaxaca, me dijo: “mire señora, si lo que usted no quiere es tener relaciones sexuales con su marido, mejor dígaselo” y le dije, “a ver doctor, y yo le digo a

usted que, si usted no me puede atender, también me lo diga”. A veces me sentía regañada. El doctor me decía, se pone nerviosa, igual y usted lo está generando. Yo decía pero ¿cómo?. Yo sentía que sí tenía una enfermedad.

Nadie más que el doctor de aquí del dermatológico relacionó lo físico con lo emocional y lo mental, [yo le decía]: “*bueno, y ¿lo de las ingles doctor?*” “*ahí no tiene nada, le voy a decir una cosa hay enfermedades de acá [cabeza] que se transportan o reflejan acá [cuerpo]*”. Cuando voy a ver a la psicóloga, le dije, me acaban de decir esto. Me dijo, yo tengo una idea en relación con lo que tú tienes, pero no es aquí donde nosotros te podemos, bueno tu sí puedes seguir viniendo aquí, pero tú necesitas que te den un diagnóstico médico. La cuestión es ir al Instituto Nacional de Psiquiatría para que ahí te den un diagnóstico en relación con lo que tienes, yo siento que tienes ansiedad.

Eso fue a finales de 2009. Yo le decía a mi esposo “es que tengo que ir”. Me dijo, “no ¡cómo crees que vas a ir al psiquiatra!, tú no estás enferma de ahí, o sea ¡por favor! ¡eso es para los locos!, ¡gente que de plano esta mal!”. Eso fue como por tres meses, en el periodo de diciembre que las mujeres dejan de ir y ya no hay cursos, no hay talleres, no hay nada y se retoma hasta por febrero o marzo. Fue en marzo que llegué aquí [hospital]. En el primer acercamiento que tuve con preconsulta, yo le explico todo. El psiquiatra me dice: “¡sí!, usted tiene que estar con nosotros, nosotros sí la podemos atender. Lo que sigue ahora es que pase usted con su médico tratante que es el que la va a ver”.

Yo me sentía mal, ya la comezón, la verdad, creo ya ni me acordaba, pero yo me sentía mal de todo, me sentía triste, desesperada, una desesperación muy grande, una impotencia, ya me sentía de nuevo en el suelo, como que había subido un poco, así una lomita, pero otra vez me sentía mal, y yo siento que fue en diciembre cuando esta el tiempo muy triste.

El diagnóstico es *trastorno de ansiedad generalizada*. Con eso yo empiezo a leer acerca del tema y me doy cuenta de que el cuadro que ahí expresa sí es el que tengo. Leo una información de una persona que había

tenido un picor en la piel. Había tenido un fuerte estrés, porque había perdido unas tierras, y ese picor también había sido en los genitales. Entonces ahí como que me siento una fotografía de mí, así como que dije, si el señor ha vivido un estrés muy fuerte y él había ido a dermatólogos, y el psiquiatra lo habían llevado a la sanación, entonces pues yo me termino de convencer, y dije “¡no, sí!”.

La primera consulta con el psiquiatra, me dijo vamos a descartar que sea verdaderamente algo ginecológico, algo proctológico. Me manda al Hospital General al G. A. González y al dermatólogo. Al ginecológico finalmente fui con una doctora, fui al Hospital de la Mujer. Me hacen el estudio, me hacen toda la revisión, me dicen “usted no tiene nada, y ¿eso que tiene dentro?”. Le digo lo que pasa doctor es que me hicieron una conolización, porque yo tuve, bueno, tengo el virus del papiloma, nada más que ahorita la lesión ya no la tengo. [El doctor] a ver, vamos a revisar, ¡no aquí no hay nada!. Me dijo, a ver, esto se llama eversión glandular, la tienen todas las mujeres en edad reproductiva, y ahorita lo vamos a corroborar “a ver fulanito ven, a otro médico que estaba ahí, ¿qué es esto? ¿es una lesión de veras del papiloma humano?, ¡no!,” “vamos a llamar otro doctor, fulanito a ver venga, ¿qué es esto?, dime si es virus del papiloma en relación a lo que nosotros conocemos aquí,” “¡no!, esto se llama eversión glandular, dice no sé porque la operaron, cuando usted no tiene nada”.

Alguna vez platicué con mi papá en relación a mi padecimiento cuando se me empezó a ir para atrás para la parte del ano. Y papá me dijo, sabes qué a mí también me pasó en algún tiempo. Y ¿cómo te lo quitaste?, pues yo me ponía quadridrem, fui a ver un proctólogo, me hizo varios estudios, y me dijo no, no tiene hemorroides, no tiene una fisura, no tiene nada. Le voy a dar quadridrem, se la va a aplicar en el momento en que usted sienta la comezón y ya después se le va a quitar. Y dice mi papá que le duro no sé, tal vez unos quince años, mucho tiempo, y le digo, pero papá en qué momento se te quitó, me dice, no, es que yo tenía que sacar adelante el trabajo, las tenía que sacar adelante a ustedes, lo que yo hacía era ponerme el famoso quadridrem mañana, tarde y noche, hasta que un día se me quitó. Así de la noche a la

mañana se desapareció. Mi papá es una persona que no se queja por lo general, que expresa sus emociones. Yo le pregunté, bueno papá pero qué pasó en ese momento que tú sentiste que ya se fue, qué pasó en tu vida normal, en la cotidianidad. Y me dijo bueno, uno, que cerré el taller, porque él tenía un taller mecánico automotriz, y dos, que mi vida empezó a cambiar. Le dio cáncer en el riñón, le extirparon el riñón, y luego, luego, mi papá se recuperó, ¡cuando la herida era enorme! Y a partir de ahí yo creo que mi papá cambió muchísimo su forma de ser, en su manera de actuar. Me dijo “ahora lo veo que eso era una cuestión como de nervios, que no era nada físico”.

Cuando se me empezó a pasar para atrás, dije, no va a ser que me vaya a llenar de comezón, o sea llenar completamente, hasta ahí llegué a pensar, porque mi mamá tubo un problema de dermatitis atópica o neurodermatitis atópica. Y a mi mamá le salió como ronchitas en toda la cara, y en la parte del cuello. Mi mamá se empezó a llenar. Al principio, mi mamá pensaba que era lo mismo que ella había tenido nada más que a mí me había salido en la parte genital. La piel ya se le estaba abriendo literalmente. Y yo le dije, y qué vamos a hacer a dónde vamos a ir. Porque era lo mismo, entre dermatólogos, dermatólogos, y dermatólogos. Y me dice, escuché de un homeópata me dicen que es muy bueno. Le dijo mire, no la voy a curar de hoy para mañana, esto va a ser lento, pero va a ser seguro. Cuando empecé con esto, me dijo: “¿no será lo que yo tengo?”. Se ponía fomentos de agua fría, a veces hielos, o maizena, o polvo de haba.

A mi otra hermana le acaban de diagnosticar fibromialgia. Porque a ella le daban piquetes y dolores en las articulaciones a partir de que nació su segunda niña, y la niña tiene dos años. Y le habían dado mucho medicamento para las reumas y para la artritis y no se le quitaba el síntoma. Recientemente, un reumatólogo le dio el diagnóstico de fibromialgia. No tiene mucho que estaba platicando con ella y me dice, “yo pensaba que nosotras éramos sanas”. Le digo “si te acuerdas, nosotros tuvimos muchas situaciones en cuanto a comunicación en la familia. A mí me cuesta todavía de repente trabajo comunicarme”.

Con lo que a mí me pasa, yo interpreto que es porque yo estoy insatisfecha sexualmente, porque yo le decía al psiquiatra, “bueno yo entiendo que sea algo de ansiedad, pero, ¿por qué ahí?, ¿por qué en esa parte? ¿por qué no en la mano? ¿por qué no en el pie? ¿por qué no en la pierna? ¿en la espalda? ¿por qué?”. Yo llego a ese punto, y veo que tengo muchas cosas que sanar pero también lo relaciono porque a mi esposo no le interesan las relaciones sexuales por ejemplo, y a mi sí, yo había como tapado ese punto. Hoy yo digo: “bueno, tengo que seguir un proceso y tengo que hacer ¡lo que yo quiero!, ¡lo que yo deseo!, ¡lo que yo necesito!, y si no lo obtengo aquí, yo lo voy a buscar de una manera que yo considere que sea la mejor”.

Ahora me siento mucho mejor, como que ya quité idea de una enfermedad de la piel, algo como un cáncer en la parte de los labios. Últimamente estaba yo muy contenta, ya estaba yo aquí con medicamento. La comezón me venía de repentito así un poquito de comezón nada más. Estaba yo en la computadora sentada y dije: “¡ah! voy a empezar hacer de nuevo lo de la tesis”. Veo que había examen general de conocimientos. Dije “¿qué día es hoy?, ¡en dos días!, ¿cómo? ¿no puede ser? ¡se me pasó! ¡cómo no se me ocurrió antes!, ¡hubiera entrado!, ¡y sí lo paso!, tantas clases que di que todavía me acuerdo, ¿pero como no me enteré?”. Que agarro y que hablo por teléfono a la Universidad, y que pregunto. Me dicen la convocatoria fue desde abril, desde febrero, quién sabe cuándo salió. Pero oiga ¿no puede hacer una excepción?. Entre que llamo, y que pregunto, y que hago, después me di cuenta que empecé, empecé otra vez con la comezón.

Entonces, ya de manera como más racional, yo pude decir, “aunque me titule dentro de veinte años, ¡con calma!, ahorita no es mi momento”. Hay algo en mí, o en la forma en que yo percibo las cosas cuando no puedo controlarlas, que digo: “si estaba en mis manos, ¿por qué no lo hice?”, como una especie de desesperación consiente, *que me siento capaz de que sí lo puedo hacer, pero que no lo hice*, por ejemplo dije, pude haber estado ahí ¿pero por qué no?. Después dije “bueno, tranquilízate, o sea, no va por ahí”. Y yo misma me hablo a mí misma, no, yo quiero modificar esto, quiero aprender una nueva forma de vivirme a mí misma, ¡porque no quiero estar así toda la vida!. Entonces agarro

mi pelotita y entonces empecé con mi pelotita, me salí al parque a caminar, de por si yo hacia una hora de caminata a partir de que fui al instituto de las Mujeres. Diario caminar como que me levantaba el ánimo, antes de tomar el medicamento. Hice todo eso y en la tarde ya estaba tranquila, y dije, ¡ah!.

Quiero continuar con mi tratamiento aquí, continuar con la cuestión Psiquiátrica, tomé la decisión de empezar a estudiar nuevamente por internet. Estoy haciendo las gestiones para volver a entrar a nivel virtual a dar clases y ahorita estoy en el propedéutico de psicología precisamente. Me gusta mucho la cocina, y me metí a uno de cocina Italiana y a otro de postres y pasteles y aprendí a hacer muchos panes, y ahora es lo que hago, estoy vendiendo eso, entonces ya, la cuestión económica está un poco más solventada.

Descripción Estructural

Un problema cotidiano

Un problema que podría pensarse de carácter cotidiano se reconoce como el momento determinante en que la comezón se incorporó a la vida de Adriana (A). La comezón aparece en el momento en que tiene problemas para llenar los documentos que le pedía la universidad para dar clases. Este es un problema unitario que podría considerarse como una experiencia a la que muchas personas se exponen en sus actividades diarias; sin embargo, en la vivencia de A. éste se tiñe de un matiz especial y se convierte en el detonante de la experiencia de la comezón. Puesto en perspectiva, existen experiencias que pueden poner a las personas en un grado importante de tensión o malestar que termina por delimitar un antes y un después en sus vidas y es probable que la experiencia detonante del malestar de A. no sea del todo de este tipo. Su malestar se manifiesta en los problemas de su hacer cotidiano, en un problema que podría ser usual en su desempeño laboral, más que en una experiencia extraordinaria, fuera de sus horizontes de referencia.

Es probable que justo detrás este problema, transcurrieran diferentes experiencias emocionalmente importantes que pudieron terminar filtrándose en la vida corporal y consciente de A. en la forma de comezón. La carga

emocional de otros eventos concomitantes en su vida que pudieran dar un sentido diferente al evento no se explicita en su relato, sin embargo, el malestar de A. puede anclarse oportunamente a una experiencia en su vida, lo cual le ofrece una identidad y un punto de referencia en el tiempo para explicarlo. Por ende, un problema de trabajo, que podría sentirse como cotidiano, se reconoce como el momento particularmente significativo en que la comezón se presentó en su vida.

La comezón.

La experiencia de comezón se asocia a la sensación de tener gusanitos, hormiguitas, arañitas o espinitas. Estas metáforas retratan la comezón como una sensación viva y en movimiento, es decir, sentir patitas de arañas u hormigas que se desplazan a nivel microscópico causando la comezón, o la sensación punzante de tener espinitas como las de un nopal que se incrustan en la piel con el resorte de la ropa interior. La comezón podría ser una experiencia que en sí misma no es dolorosa, sino desesperante, y más bien el constante rascado es lo que podría terminar causándole dolor.

Una característica importante de la comezón es que podía durar por mucho tiempo, lo cual la diferencia de una comezón ocasional que desaparecería con sólo rascarse. Una característica que guarda la comezón de A. con relación a una comezón cotidiana, u ocasional, es que puede haber una sensación de placer al rascarse: “En algún momento era totalmente desesperante, pero en otro momento era placentero. Era así como rascarme y sentir feo, pero después sentir ¡aah! ahora sí me duermo”. Se requeriría profundizar en la experiencia de A. para discernir si la comezón desaparecía con el rascado o más bien se desvanecía poco a poco después de las tres o cuatro horas en que llegaba a molestarla. A pesar de lo placentero del rascado, puede que no haya sido un medio por el cual la comezón pudiera controlarse, lo cual la diferenciaría de una comezón normal, como ella la menciona.

La comezón de A. comprendió un factor que la alejó de vivir con libertad, considerando que tuvo que cambiar su ropa y abstenerse de salir a trabajar. Tomando en cuenta la persistencia de la comezón, quedarse en casa podía ser más cómodo dado que tenía que rascarse frecuentemente. A. describe en un

primer momento que la comezón era *desesperante*, por lo que es probable que lo desagradable de la comezón es que no se le podía quitar. En casa tenía la privacidad para poder rascarse y tomar acciones como bañarse o ponerse fomentos de agua fría. La privacidad pudo ser importante dado que la comezón se localizaba en la zona genital, por lo que podría ser más libre de rascarse quedándose en su casa.

Probablemente la comezón que A. vive con tanta desesperación en forma de patitas de hormiga, genere un malestar importante debido a los ratos tan prolongados en que ella tenía que padecerla, sobre todo si el rascado no era un medio de detener tajantemente la sensación. La comezón podría no estar asociada a dolor en sí misma, pero su carácter “incontrolable” podría ser la causa de que se viviera como desagradable.

Problemas con el diagnóstico.

La manera en que A. entabla contacto con los profesionales de salud refleja que una parte de sí misma siempre se sintió poco identificada con los diagnósticos que le fueron hechos. A lo largo de su relato, ella expresa situaciones como: “voy al alergólogo” [...] “Me dijo, sabes qué, seguramente eres alérgica al mezquite, eres alérgica al polvo de la cucaracha y al polvo en general”. Y la verdad dije “¡ay cómo!, no me convence para nada su explicación [...] pues yo no estoy manifestando esos síntomas”. Sin embargo, en otra parte de sí misma se conserva la necesidad de saber qué es lo que tiene. Ella va asociando los rasgos de su malestar con los especialistas a lo que puede visitar, considera alergólogos, dermatólogos y ginecólogos. Es probable que la comezón se haya adaptado a la óptica del profesional con el que asistía, algunas veces se concebía en la óptica de las alergias, otras como un problema de la piel, otras como un problema de su aparato reproductor, etc. A lo largo de su experiencia A. sentiente que *no la entendían*, y los chequeos médicos se focalizaban en quejas que ella no refería sino que las que los médicos encontraban importantes: “Una doctora me hace una revisión y me dice “no, lo que pasa es que tienes aquí unos puntos blancos y eso es el virus del papiloma.” [...] “Le dije sí, pero a mí me da la comezón afuera no en la parte bulbar; exterior, pero en la ingle” [...] “*no, no, no, es que mira, si lo tienes*

aquí, lo tienes acá, lo tienes en toda la parte externa, y también en la parte anal".

Es probable que la idea de conseguir un diagnóstico certero tampoco haya sido fácil de desatender, ya que a pesar de ir con varios especialistas que no le dan un diagnóstico acertado. Tampoco logra dejar de buscar ayuda médica. Esta búsqueda tal vez se fundamente en que A. vive una experiencia corporal, que parece una enfermedad más física que psicológica, por lo que se privilegian los servicios médicos y la urgencia de aliviar lo que parece una "enfermedad física". Así mismo, en su interpretación, el temor por padecer una enfermedad grave es un elemento que atraviesa su experiencia, lo cual puede contribuir a esta relación: "Pensaba que podía estar enferma de cáncer de piel por ejemplo, o que podía estar enferma de algo como, no sé, lupus, como algo que cuando me lo diagnosticaran iba hacer muy tarde y tanto peregrinar de nada iba a servir, porque yo decía voy a ver a uno, a otro, a otro, y nadie me dice ¡nada!". A. llega a considerar confiables algunos de los diagnósticos que se le ofrecen. Se asume como una persona contagiada del virus de papiloma humano y acepta operarse una erosión en el cérvix. En su relación con los médicos, ella padece una enfermedad biológica, y reconoce que tuvo pocas referencias que la orientaran para considerar que su malestar era de índole psicológica: "Nadie más que el doctor de aquí del dermatológico relacionó lo físico con lo emocional y lo mental".

La comezón sólo es vista como algo emocional con base en la sospecha de que fuera un problema de actitud, por lo que recibe interpretaciones del tipo: "mire señora, si lo que usted no quiere es tener relaciones sexuales con su marido, mejor dígaselo". Las cuales incrementan el sentimiento de incompreensión y más tarde, seguir buscando algún médico pueda orientarla al respecto.

Que A. viera necesario visitar 22 médicos pudo estar motivado por temor a que la comezón fuera un "síntoma" o el indicio de una enfermedad médica. Los médicos, al no encontrar un lenguaje de quejas con el que estuvieran familiarizados, pudieron terminar explorando aquellos rasgos de su malestar que consideraron importantes para descartar otras enfermedades conocidas.

A., por su parte, persiste dentro de una búsqueda de ayuda, para lo que ella en primera instancia también considera biológico, pero que al no encajar en el modelo de alguna enfermedad médica, se propician sentimientos de que los médicos no la entienden o que su malestar no se enfoca tal como ella lo vive, sino bajo los síntomas de enfermedad que suelen diagnosticarse: “Pero yo veía que todo mundo se iba adentro y yo decía no pero no es ahí, mi padecimiento es externo y como que no me hacían caso”. Finalmente, al no encontrar relación entre las quejas que presentaba y los síntomas usuales de una enfermedad, su malestar se asocia a problemas emocionales, sin embargo, estos se catalogan como problemas de actitud más que de un dolor emocional.

El brote de la comezón

Cuando A. comienza a observar que la comezón no aparece cuando participa en talleres o actividades en el Instituto de las Mujeres, la idea de que su padecimiento puede tener algo que ver con su estado emocional se hace evidente. Más tarde, A. pudo observar algunos momentos de tensión en que la comezón se disparó automáticamente: “Recuerdo que una vez estando en el teléfono hablando con él (su esposo) [...] yo empiezo a sentir como un puntito y me empieza a dar comezón, aquí, de la ingle, y me rasco. Se empieza como a regar y no tenía control”. Ella describe su forma de pensar de la siguiente manera: “Hay algo en mí, o en la forma en que yo percibo las cosas cuando no puedo controlarlas, que digo, “¡si estaba en mis manos, ¿por qué no lo hice?!” [...] *“me siento capaz de que sí lo puedo hacer, pero que no lo hice...”*. A. comprende que mientras permanezca tranquila, es muy probable que la comezón no aparezca. Cuando se da cuenta de que el periodo para titularse de la maestría por el examen de conocimientos generales ya había pasado, la tensión la hace sentir un *brote de comezón*, ella se dice a sí misma: “aunque me titule dentro de veinte años, ¡con calma!, ahorita no es mi momento”.

Con estas experiencias A. es capaz de reconocer libremente que la tensión que llegue a sentir y la manera en que piense de las cosas que la presionan pueden permitir que se abra un canal para que aparezca la comezón. Esta certeza la lleva a agarrar su pelotita o salir a caminar, como actividades que hacen contrapeso al nerviosismo y las ideas angustiosas, de

esta manera A. puede sentir que puede enfocar cierto esfuerzo para que la comezón ya no aparezca.

Otros casos de comezón

Leer sobre el caso de un hombre que tenía el mismo picor que ella, hace que A. considere que la psiquiatría es el medio por el cual se puede aliviar. Esta experiencia más tarde se complementa cuando su papá le comunica que, en algún momento de su vida, padeció una comezón muy similar a la de ella en la zona genital.

Los *otros casos de comezón*, sobre todo la experiencia de su papá, la llevan a considerar que los problemas emocionales son causan su malestar, sobre todo porque en el relato de su papá se confirma que la comezón también aparecía para él en momentos de mucho trabajo o tensión. A. considera que este problema puede surgir de un rasgo de carácter compartido en su familia: “nosotros tuvimos muchas situaciones en cuanto a comunicación en la familia. A mí me cuesta todavía de repente trabajo comunicarme.” Comunicar aquello que sienten o que piensan es algo que A. considera que pudo llevar a su familia a padecer malestares como la dermatitis de su mamá, la fibromialgia en su hermana o la comezón en su caso y el de su papá.

Que A. considere que comparte una determinada forma de ser con su familia y a la manera en que pudo ser educada, cumple una función importante dado que puede permitirle obtener una “causa” más clara para entender por qué tuvo que sufrir la comezón, ya no como un problema que sólo lo corresponde a ella, sino que se puede explorar en otras personas. Esto le permite ampliar el horizonte y generar una percepción colectiva y no individual del malestar, lo cual cancela la carga que puede significar ser una única persona con problemas emocionales. Estas asociaciones vienen a cubrir la necesidad que en algún momento se buscó solventar con un diagnóstico médico, la cual es saber *qué es lo que tiene y en qué parte de su vida se enraíza*. A. cuenta con una historia congruente que puede ofrecerle la sensación de que sabe *qué es lo que tiene y de dónde* es que este malestar viene.

¿Por qué en la zona genital?

La comezón de A. se instituye como un problema psicológico en tanto que ahora puede ofrecer una interpretación sobre el simbolismo que tiene en su vida haber padecido comezón específicamente en la zona genital. Esto se asocia directamente con su deseo sexual, que ella considera que puede estar insatisfecho. Esta interpretación puede terminar de mudar la experiencia de su comezón del campo de lo médico a lo psicológico, situándolo ahora con relación a sus emociones y no tanto a una enfermedad biológica. En el momento que la experiencia se asocia a una imagen mental, también se le ofrece un sentido de correspondencia, por lo que la comezón se traslada del plano médico, al nivel subjetivo, emocional y psicológico.

Así mismo, el diagnóstico de ansiedad generalizada cumple el rol de ofrecerle un nombre a la experiencia que vive. Este diagnóstico es una “etiqueta” que puede ser reconocida por un profesional, que si bien es de origen médico, refleja una condición más parecida a lo mental que a lo corporal. En un último momento, ella es una persona con un diagnóstico, pero un diagnóstico psicológico o mental, por lo que el diagnóstico físico de un médico queda descartado por su lógica.

Vivir con calma y aprender

Las extensas pruebas respecto de la asociación entre los momentos de tensión y la aparición de la comezón, llevan a A. a considerar mantenerse en calma. Pasar por cinco años de incertidumbre respecto de *qué era lo que tenía*, la llevan a considerar ahora *saber, conocer o estudiar*. Busca aprender una manera de cubrir sus gastos con la repostería, terminar su tesis de maestría, comenzar a dar clases de nuevo y buscar entrar a estudiar psicología. La angustia vivida al no poder entender su comezón, la llevan ahora a armarse de recursos, los cuales buscan cubrir la falta de información que tuvo antes y así recobrar el dominio sobre su vida.

5.4 CONSUELO: el significar la experiencia por más de 10 años.

El relato de Consuelo refleja la persistencia de un sudor exacerbado que se remonta a más de diez años, esto le da un matiz distinto a la experiencia de las otras informantes dado que puede hacer atribuciones más amplias sobre el papel del malestar en su vida. Una parte sobresaliente de su relato es la manera en que convive después de tanto tiempo con el sudor y la manera en que puede extender los significados de su malestar en sus experiencias de la infancia.

Descripción Textural

Siempre me he acordado que de niña tenía calor, mucho calor, entonces por eso me puse a pensar después y digo bueno si yo desde niña he sudado como loca a mis hijos, tengo cuatro hijos, y dos de ellos sudan, como siempre han hecho mucho deporte, sudaban así extraordinariamente diferente a todos sus demás compañeros, se empapan en sudor, entonces les decían los niños fuentes mares ¡una cosa impresionante!, y otra de mis tías, también me llamó la atención, que tuvo una vida muy, muy difícil, ya hace muchos años le dio viruela negra, o sea tuvo una vida muy tormentosa, ella siempre se empapaba en sudor.

He estado tratando de hacer memoria, de acordarme, que me molestaba cuando yo tenía esos sudores. Yo me acuerdo que una ocasión, estaba yo chica como de 8 años, estábamos en Acapulco o no me acuerdo. Nos estábamos bañando así muy aprisa en un lugar pequeño que no era el hotel, y [teníamos que] salir rápido porque estaban esperando otras gentes. Yo me acuerdo que sudaba y salí de bañarme y me enredé en mi toalla, y yo estaba pero chorreando así y yo decía pues es que hace calor, yo lo relacionaba con el calor de la playa. Pero no, era sudor. Pasa también cada vez que voy a la playa, me acabo de bañar y estoy sude, y sude, y sude, y sude, y no es por el calor, es por algo que me molesta, algo que no me deja así a gusto.

En el primer año de primaria tuve una maestra que era ¡tremenda! o sea, nos pegaba, nos golpeaba las manos y todo eso, y me acuerdo que me

empezó a dar todos los días náusea: acabada de desayunar y ¡huaaa! iba para afuera el desayuno. Iba con una angustia que yo me acuerdo, los sudores también. Yo me acuerdo que me llevaba mi papá, la actitud o la manera de relacionarse con mi mamá era de prisa, de angustia, de que ya se nos hace tarde para la escuela, para el trabajo, ¡para no sé qué!, Tenía 6 años, pero lo podía percibir y empecé con esos vómitos. Una vez, por sentirme menos en la escuela, por tener pena de ir a pedir permiso para ir al baño me hice pipí. Al otro día para colmo, me hice popó también, por que empezaba a sentir como dolor de estómago muy fuerte, y no me atrevía a pedir permiso de ir al baño. Empecé con eso, con la ansiedad, con un nerviosismo muy especial que apenas recuerdo, pero sí lo siento todavía, me empiezan a dar así como cosquillitas. Después me empezó una tos, como a los 8 años, nos cambiaron de maestra. A la otra maestra la sentía muy amenazante y a la siguiente era buena y todo, pero yo veía que no se fijaba en mí, que se fijaba en todas y todo, pero en mí ¡no!, entonces me empezó a dar una tos, una tos muy fuerte, que me llevaron al médico y que pues ¡no!, me daban de todo, me daban un té de ajo, que me acuerdo terrible, pero estaba mal y mal y mal y no me componía, hasta que quien sabe cómo me habré compuesto. Una tos muy semejante me vino con mi segunda hija en el embarazo, a partir del sexto mes. Hasta me mandaron a un lugar cálido para que pudiera ayudar y no se me fuera a venir el parto antes y todo eso. De tos, y tos, y tos, y tos, nació la criatura, y en el momento de haber nacido ¡se quitó la tos!

Muchas de mis emociones siempre eran en el pecho, cuando mi marido me hace algo, o me dice alguna cosa “X” o “Z”, o se me clava en el estómago o me duele muchísimo aquí el pecho, le digo: “¡es que me has vuelto a romper el corazón!”. Yo he tratado de entender, la tos por ejemplo, siento que es ansiedad, que es así un estado sofocante, esa relación que yo siempre tengo de sentirme desganzada en los brazos, no en el cuerpo, en los brazos, y a sentirme así como con ese picor, esa sensación en el pecho, y esa angustia que se me va al estómago, como que ¡se prende algo así y se me va al estómago!,

Para mí, la menopausia fue una situación muy difícil, porque dije, hígole, ahora sí voy a ser ya viejísima, pues yo todavía me sentía pues con muchas ganas de hacer cosas, pero empezó la menopausia y se acabó toda ilusión y se acabó todo. Que fue cuando empecé realmente, que hizo explosión esta ansiedad así patente y clarísima. Yo sentía la “sudades” desde toda mi vida, la sudoración. Entonces, el doctor me mandó cosas. No me sirvieron. Yo decía, “voy a cambiar de doctora”; fui a ver otra doctora y lo mismo me empezó a recetar. Se murió desgraciadamente, la doctora y ya no la puede ver. Vi a otra doctora, entonces esta doctora fue la que me mandó parches, pastillas, cápsulas de todo, geles, me ponía todo lo que anunciaban para la sudoración. Jamás me hizo efecto nada, ni los parches más efectivos me hacían, o sea el bochorno ese que sube y todo que es muy clásico de la menopausia pues tal vez sí se controlaba, pero era tanto el cuadro que yo tenía de la cintura para todo arriba, los brazos y todo de sudor.

Han pasado diez años después de la menopausia, y esto ha seguido. Yo dije, esto está relacionado con algún otra cosa, entonces me di cuenta que cuando tenía una ansiedad así de un nivel muy alto, por ejemplo eventos especiales de casa fuertes, la boda de un hijo, alguna cosa así; cuando me enfrento a grupos nuevos de personas, de amistades, entre comillas gente nueva o conocida, llego, y antes de entrar a donde voy a entrar ¡estoy bañada en sudor!, o sea el maquillaje, todo, todo, todo, se me descompone, así ¡gotas! pero haga de cuenta que entro a la regadera y abren el grifo y estoy yo metida allí, entonces es muy incómodo.

Cuando yo empiezo a sentir una inseguridad, empiezo a sentir miedo o algún temor a algo desconocido, empiezo a sudar, pero ¡me empapo en sudor!, ya cuando llego a sentirme tranquila, que llego a sentir que baja algo en mí, entonces ya me empiezo a refrescar, me empiezo a sentir cómoda, empiezo a poder platicar, a poder relacionarme mejor con las personas.

Un día tuve una crisis muy fuerte. Me acuerdo que yo tenía varios compromisos de trabajo, porque yo soy maestra. [En casa] tenía un evento: el cumpleaños de mi esposo. Le dije: “¿qué quieres de comer?”, me dijo: “yo

quiero un pavo y no sé qué”. Dije, “¡ay, Dios mío! ¿dónde voy a conseguir ahorita un pavo?” si era Octubre, pues todavía no era Navidad y no había pavos. Entonces me sentía muy agobiada. El pavo tenía que estar al otro día a las nueve de la mañana listo porque yo me iba a trabajar. Fuimos a buscar a varios lugares el pavo famoso, y nunca lo encontramos. En la noche estaba toda desesperada, yo dije, “¿qué hago?”, dije “bueno, voy al Wal-Mart de cerca de mi casa y pregunto a ver si no tienen uno aunque sea congelado”. Y sí, fui y efectivamente había uno muy congelado y eran como las nueve de la noche. Entonces, en el momento que me dieron el pavo yo empecé a sentir así como una fuerza tremenda de mi cuerpo, pero así de tensarme, de crisparme, tomé el pavo, lo eche en el carro y dije, “¿ahora qué hago? ¿cómo descongelo este animal y lo tengo listo para las nueve de la mañana?”. Yo lo sentía así como que algo me zumbaba en la cabeza, y decía, “¿qué voy hacer?”. Pesqué el carro y me fui caminando por el pasillo y me acuerdo que iba así como aturrida, y empecé a sentir como una crispación de la quijada. Como que se me empezó a entiesar la quijada y yo me empecé a poner así y empecé a temblar, iba en el carro con el pavo y todo. Llegué a la caja y le dije a mi esposo “¿sabes qué? me siento mal”. Ya pagamos, nos fuimos, y en el coche yo me acuerdo que iba así como perdida, pero con la sensación de temblar. Empecé a sentir un cansancio tremendo en los brazos. Me empieza como si estuviera muy cansada: entonces, pierdo toda la fuerza en los brazos, empiezo como a sudar muchísimo, empieza una sensación aquí en el estómago como que me sube algo, como que se me empieza a soltar el estómago y es muy desagradable.

Llegué a la casa, aventé todas las cosas del súper y yo sabía que tenía el tiempo contado para meter a descongelar el pavo. “¡Dios mío, es que no voy a dormir! ¡es demasiado lo que tengo que hacer!”. Me subí, me puse a relajar un poquito, y apagué las luces y todo en mi cuarto. Me tapé así con el cojín, pero estaba temblando. Al otro día, me levanté con una sensación así como un desgaste tremendo. Como con todavía la sensación [de] que estaba así como atorada de la quijada. Me fui a trabajar, tuve el pavo, tuve todo. Sentí un alivio enorme de que eso había salido y eso como que me balanceó un poquito. En la

escuela me sentía con demasiada como adrenalina, me molestaba el estómago y los brazos muy cansados.

Entonces esa noche teníamos algún evento en la casa familiar, de un rezo, de un novenario que estábamos haciendo, llegaron todos los invitados, me empecé a sentir mal porque dije: “¡ay ¿qué hace tanta gente aquí?”. Yo sacada de onda por que no iba a saber cómo interactuar con los invitados. Me empecé a sentir otra vez así, como que no podía respirar bien. Yo llevaba la oración. Empecé a rezar y se me empezaron a trabar las quijadas. Entonces, mis hermanos me volteaban a ver y notaron algo raro, entonces pasé lo que estaba leyendo, y le dije a una de mis hijas: “¿sabes qué? me voy a mi recámara, no me siento bien”. Total que empecé otra vez con la misma tembladera del día anterior, como que se volvió a repetir otra vez lo mismo. Necesitaba que alguien me abrazara para que pudiera dejar de temblar.

Me llevaron con un internista, me dijo, “no, señora ¡no se preocupe! es normal por la menopausia, no se preocupe, mire tome”. No me acuerdo que medicamento me dio. Me empecé a tomar el medicamento, pero yo seguía con ese, estaba en la escuela, por ejemplo, con mi trabajo, llegando todas las coordinadoras que venían de visita de la jefatura de sector y a mí me molestaba, o sea el que me vieran y yo sentirme tan mal, con los brazos sobre todo cansados. Apenas y podía hablar y empezaba a temblar. Como si estuviera en una rueda de la fortuna y que yo estaba hasta arriba, que se quedaba el juego ahí parado y que yo veía para abajo la inmensidad de las calles y todo, me sentía con ¡un terror!, así de no poderme mover, como con pánico de moverme, porque me iba a caer y me iba a desbarrancar, entonces empezaba a sudar así a mares, a mares.

Ya evitaba todo tipo de relación con personas, porque me sentía ansiosa, me sentía nerviosa. Porque a mí me cuesta muchísimo trabajo relacionarme con personas nuevas, sobre todo si son de mi mismo sexo, y que las veo más jóvenes o algo, me repelo, me empiezo a hacer chiquita interiormente, digo “es que ¡no puedo! ¡me caen mal! ¡no quiero!”. Era muy terrible ir al súper y encontrarme gente o ver a la gente que venía así, me empezaba a dar ¡pánico! y yo decía, “¡no, no! ¡yo ya me voy!”. Las personas

me chocaban, o sea decía “¡ay no! ¡no! para qué ver tanta gente, ¡no! ¡no quiero! ¡no quiero platicar con ellas!, no quiero saber nada”, quería aislarme. Y no salía, no quería ver a nadie, ni hablar por teléfono, ni tener relación con nadie.

Mis hijos me decían, “no, mamá, es que tienes que salirte a caminar, tienes que hacer ejercicio”. Una de mis hijas dejó cuanto tenía que hacer y empezó, en su casa, a acondicionar para que me pudiera dar clases de aerobics, y yo al contrario, yo estaba brincando y yo estaba desconectada, estaba con nervios, con esa ansiedad horrible, el sudor, sudor y sudor.

En ese lapso que yo empecé a tener las crisis esas tan fuertes, tuve las bodas de dos de mis hijas. Entonces, el compromiso de las bodas a mí, de que supuestamente los papás de la novia pagan todo lo de “X” cosas, a mí me pusieron muy tensa, y yo dije, “¿qué vamos hacer?, ¿de dónde vamos a sacar para cumplir con esto?”. Total que nos endrogamos con préstamos y esto y el otro, entonces eso a mí me empezó a desequilibrar mucho, ya que pasaron las bodas, empezó la menopausia y a los tres meses de ese suceso de la última de mis hijas que se casó, tuvimos una boda en la misma iglesia donde se había casado mi hija, ya íbamos rumbo a donde iban a servir un banquete, y empecé a sentirme muy mal, ahí fue una de las primeras veces que yo sentí cómo empecé a sentirme mal, se me empezaron a cansar los brazos, y yo iba con una sensación de miedo, como de una sensación muy extraña.

Me acuerdo que llegamos a la boda, seguimos la misma ruta que mi hija cuando se casó, la misma ruta hacia el salón y todo eso, yo estaba volviendo a vivir todo lo de la boda de mi hija, llegamos a la boda empezaron ahí las andanzas de la fiesta y todo esto, y yo me empecé a trabar de la quijada, y empecé a temblar desde que llegamos, que nos estacionamos, yo iba caminando, iba tomada del brazo de mi esposo, me acuerdo que veía las banquetas, las divisiones del cemento, las iba viendo y las sentía ¡enormes!, así como que tenía que dar unos pasos enormes y como a una especie de pánico, una especie de miedo, no sé, pero sin saber porque, yo decía bueno “¿qué me pasa? ¡si no tengo nada!, ¡estoy bien!”, en fin. Sudando pero a

mares, maquillaje, todo lo que traía en la cara chorreando, llegué a la casa donde estaba todo mundo sentado, empezó la música, empezó todo el arguende, el ruido y empecé a temblar. Uno de mis hijos me vio, vino a verme, “¿qué pasa mamá?”, “¿sabes qué? me quiero ir, ya no puedo estar aquí”, pesqué a mi esposo, nos fuimos a mi casa, y haga de cuenta que me llevaba así cargando arrastrada, porque yo iba totalmente bloqueada, con temor de dar el paso para alcanzar los bloques [de la banqueta] y llegar al coche. Llegamos a mi casa, le hablé a uno que estaba en la fiesta que es psiquiatra, él me había estado atendiendo esos días y me había mandado Tafil, y entonces me dijo, “toma Tafil de 50”, y yo tiemble y tiemble así ¡fuertísimo!, le decía a mi esposo ¡agárrame fuerte! ¡porque necesito sentir así, la presión de alguien!.

Después, vine aquí a psiquiatría, estuve tomando, no me acuerdo, Prozac, no me acuerdo. Me dijeron que tenía una depresión fuerte, porque me daba por llorar mucho. Con anterioridad había tenido ¡si! una verdadera depresión por qué no tenía ganas de bañarme, no tenía ganas de levantarme, empezando por el dulce, a mí siempre me ha gustado muchísimo el dulce, el dulce y los pasteles ¡bueno! para mí son una panacea de tomarla todos los días.

Me jubilé y me salí de la escuela, porque hubo un momento en que había algo de retiro voluntario. Pero llegué a mi casa y como que el mundo se me vino encima, porque fue una etapa en que mi esposo se quedó sin trabajo. Tenía dolores de cuerpo generalizados, me dolían todas las articulaciones. Todas las articulaciones eran para mí un suplicio, me empezaron a deformar las articulaciones Tuve que ir al cardiólogo porque me empezó a subir la presión, hasta subirme mucho. Cuando estoy muy tensa o muy nerviosa o muy preocupada por el pago de algo, inmediatamente me sube la presión, entonces yo digo, “bueno, algo tiene que estar conectado, algo tiene que estar pasando, ¿por qué tengo yo estos sudores tan fuertes?”. Me tuvieron que mandar a hacer hasta un estudio del corazón que para ver si no estaban mis arterias tapadas, porque él oía que una de las arterias estaba tapada y no sé qué. Me hicieron el estudio y ¡no! no tengo nada.

Me retiré y empezó otra vez la depresión, fue cuando volví otra vez a venir aquí [hospital], y la doctora que me estaba viendo en ese entonces me dijo, vamos a mandarla a terapia. Para mí, fue muy enriquecedor porque éramos diez mujeres en la terapia, y todas ellas contaban sus vivencias, sus experiencias, y realmente yo me nutrí muchísimo de ver el valor que tenían muchas de ellas, la fuerza con que trataban de luchar, aunque nos conectábamos en muchas cosas, pero me dio valor, yo dije, “bueno, pero si ella que tiene tanto y está luchando y está todo, cómo no voy yo a quitarme ese miedo, a dejarlo atrás y a dar pasitos, poco a poco, me voy a soltar, voy a ir caminando y a ver qué pasa”.

Yo ya tenía 56 años, una cosa así, y entonces mi hermana vio un mensaje en el periódico que solicitaba una maestra. Fui, me entrevistaron y me dijeron, perfecto, se queda y yo dije, “¡ay mi madre, no es posible”. Bueno, pues a mí eso me ayudó muchísimo a salir adelante, trabajé, gané mi dinero, y me sentía muy, muy satisfecha.

Últimamente hablé con el cardiólogo, y le dije, “bueno, doctor yo siento que como ya no puedo tomar parches para la terapia de remplazo hormonal”, porque una de mis hermanas hace menos de un año le detectaron cáncer de mama, y nos prohibieron a todas las demás de la familia tomar remplazo hormonal. Yo pensando dije, “es que no puedo seguir con estos bochornos voy a tener 80 años y voy a seguir sudando, eso no es posible. A lo mejor no llego ni a los 80, porque a los sesenta y algo, el año que entra ¡me muero!, cuando sea, pero quiero vivir esta etapa que ya soy la abuela, ya sin ese sudor que me hace ver como una niña que anda corriendo como chivo loco, subiendo y bajando montes”. Entonces les pregunté a mis médicos y les dije, “bueno, ¿qué esto no podrá ser algo de las hormonas? ¿o algo?, yo no sé, ustedes son médicos, ustedes me podrán decir si eso tiene que estar conectado con algo, pues no sé, algo psicológico, ¿algo que se conecte en mí en determinada forma que me hace sudar así?”; porque me decían, “¿cómo es posible que no se le quiten con todo lo que ha tomado los bochornos?”, dije es que no son bochornos, los bochornos menopáusicos de la edad pues como que tal vez se han retirado, yo lo siento, lo percibo, y esto, yo siento que es otra cosa, siento

que es un sudor que me mata, un calor terrible que tengo que andar cargando con el abanico a todos lados. Los médicos como que no me entendían, yo les decía es que yo siento que eso está conectado con algo, con algo. Me dije, “bueno, me voy a observar a ver qué pasa”, y sí, sí me he dado cuenta que va relacionado con situaciones emocionales.

Ahora que no estoy ya tomando hormonas ni nada de eso, me he dado cuenta que ha empezado otra vez a conectarse lo del dolor de estómago. Por ejemplo cuando yo empecé con estas crisis de ansiedad, a mí hasta me daba risa, yo decía, “bueno ¿cómo es posible?”, llegaba a un centro comercial e inmediatamente, empezaba a tener la necesidad de ir al baño, entonces yo decía “¡no puede ser! ¡ya no puedo ir al súper! ¡por que inmediatamente me dan ganas de meterme al baño!”. Digo ya no voy a ir al súper, porque inmediatamente voy a ir al baño, y en mi casa no tengo ganas. Eso como que ahora, la sudoración que ya deje de tomar el medicamento, yo digo, ya se me tenía que haber quitado, que digan que todavía después de diez años, “¡ya tengo diez años ¿qué pasó?, entonces ¡ya tengo que estar bien!”, entonces, por eso empecé a conectarlo con que era otro tipo de cosas. Y me dicen “no te preocupes hombre, la menopausia dura diez o veinte años”, les digo, “no mira, veinte años yo no quiero durar y diez años, diez años tenerlos que soportar con el abanico, ya pasaron diez años, y yo todavía sigo con una sudoración terrible, excesiva”. Que yo dije, “es que tengo que hacer algo”, y lo hice, lo hice y desde entonces, empecé como a despertar, pero ahora este bochorno, esta sudoración tan grande que no me deja, y que en todos lados se me presenta, mire ¡ahorita ya estoy tranquila! y ya se me pasó.

Descripción Estructural

“...calor, mucho calor”.

En la memoria de C. se realiza un esfuerzo por reconocer el momento específico en que la sudoración se presentó en su vida. Existe la certeza de que la sudoración la ha acompañado desde su infancia, y en su horizonte de referencia, se dibuja como la experiencia de sentir calor: “Siempre me he

acordado que de niña tenía calor, mucho calor, entonces por eso me puse a pensar después y *digo bueno, si yo desde niña he sudado como loca*". Aunque sea de una manera sutil, la exposición al calor cuando era niña le ofrece sentido a la constante sudoración que ha vivido a lo largo de los años. En su recuerdo de la playa, el agua de una regadera se confunde con el sudor que produce el calor; no es el agua lo que la mantiene mojada, sino su sudor. Esta anécdota es la primera referencia con que C. puede anclar su experiencia en su pasado; sin embargo, C. no tiene la certeza de que esto sea una asociación concluyente.

Reconocer el origen de su experiencia, lleva a C. a plantear que la sudoración también ha sido característica de dos de sus hijos, mencionando que dos de ellos sudaban "extraordinariamente diferente a todos sus demás compañeros" y al reconocer que su tía también sudaba de la misma manera. Si bien con sus hijos no recuerda una causa específica para el sudor, asocia que la sudoración de su tía es consecuencia de la vida tormentosa que vivió. Se requería mayor indagación para conocer si C. considera algún paralelismo entre su vida y la vida de su tía, que la llevara a considerar que son "eventos tormentosos" los que han causado su sudoración, y a la vez, indagar qué causa percibe que puede justificar la sudoración de sus hijos. Esta puede ser una cuestión de "herencia", ya que *por ser sus hijos es lógico que ellos también suden*, o porque su desarrollo también comprendió la exposición a muchas experiencias desagradables. Reconocer que las desavenencias de su vida han fungido como una razón de existir para su sudoración, ofrecería una nueva explicación que no requería ser planteada en función de una anécdota en particular (el caso de la experiencia en la playa), sino asumir que es la constante presencia de eventos difíciles lo que da sentido a su malestar, en forma de situaciones problemáticas a las que estuvo expuesta en su infancia y en su desarrollo posterior hasta la edad adulta. Reconocer esta *sumatoria de eventos* puede aclarar la percepción de C. y ofrecerle la sensación de que su sudoración tiene un *sentido* y una *razón*, que si bien tiene una conexión con el calor que sentía en su infancia, en el fondo es la expresión "manifiesta" de aquellos momentos difíciles por los que atravesó a lo largo de su desarrollo.

Malestar paralelo.

Adicionado a la experiencia de sudor, C. describe una expresión distinta de malestar que asocia a la interacción que tuvo con figuras cercanas en la infancia. La “prisa y la angustia” de la relación de sus padres y la agresividad de su maestra ocasionan que vomite sus desayunos, y que en la escuela, no solicite ir al baño cuando lo necesita. Posteriormente, percibir que su segunda maestra no se fijaba en ella genera que se enferme de una tos que no podían quitarle.

En estas situaciones C. asume que la interacción con estas personas desembocaba en dichos malestares. C. describe sensaciones corporales desagradables asociadas con cada una: “...me empezó a dar todos los días náusea...”, “...me hice popó también, por que empezaba a sentir como dolor de estómago muy fuerte...”, “Empecé con eso, con la ansiedad, con un nerviosismo muy especial que apenas recuerdo, pero sí lo siento todavía”. Las sensaciones físicas que C. vive cobran sentido en función de la relación con sus padres y maestras. Esto se muestra de manera más clara cuando relata que “una tos muy similar” a la que tuvo a los 8 años, le dio durante el embarazo de su hija: “nació la criatura, y en el momento de haber nacido ¡se quito la tos!”. Aunque no lo hace de manera explícita, C. conserva la sensación de que la tos era dependiente de su estado. Muy dentro en sus horizontes de referencia, C. tiene la certeza de que su malestar corporal tenía una conexión con estas situaciones de su vida. Las sensaciones corporales que relata se instituyen como experiencias corporales reales que acompañaban la sensación del sudor: “Iba con una angustia [a la escuela] que yo me acuerdo, y los sudores también”. Esto sugiere que la experiencia de malestar que C. vivió a lo largo de su infancia, pudo construirse en función de varias sensaciones corporales, donde la sudoración contaba con mayor protagonismo, pero no era la única manifestación de malestar.

Para C. la relación entre lo que le pasa, sus emociones y su cuerpo se vive como un tránsito directo: “siempre todas las emociones se me clavan aquí, cuando mi marido me hace algo [...] se me clava en el estómago o me duele muchísimo aquí el pecho”. El fenómeno transita la existencia de C. circulando

de forma que es accesible a su percepción por lo que puede dar cuenta de la complejidad emocional y corporal que conlleva: “Yo he tratado [de entender] los tos, por ejemplo, siento que es ansiedad, que es así un estado sofocante, esa relación que yo siempre tengo de sentirme desganzada en los brazos, no en el cuerpo, en los brazos, y a sentirme así como con ese picor, esa sensación en el pecho, y esa angustia que se me va al estómago, como que ¡se prende algo así y se me va al estómago!”.

A pesar de que C. sufre la presencia del sudor, su experiencia refleja *malestares paralelos* que acompañan esta fuerte sensación corporal, y que para su conciencia es accesible reconocer que dicho malestar en su totalidad se apoya en el tránsito (ineludible) entre las situaciones, las emociones y su cuerpo.

Menopausia (climaterio)* ≠ de sudoración.

En un principio, la sudoración de C. es asociada a la menopausia; sin embargo, el paso del tiempo y las experiencias hacen manifiesto que su sudoración era diferente de ésta. Al observar que los medicamentos recetados por los doctores para contrarrestar los bochornos no surtían efecto, C. comienza a ratificar ésta diferencia, son las situaciones a las que se expone las que desatan el sudor, por ejemplo, las situaciones desconocidas que le provocaban temor, inseguridad o miedo. Por el contrario, C. observa que una vez que logra calmarse o acoplarse a dichas situaciones, comienza a refrescarse y a poder “relacionarse” con las demás personas.

La menopausia constituye un momento determinante en la vida de C., que si bien prueba ser independiente de la sudoración, constituye el evento más próximo al inicio de las “fuertes crisis”, que comenzaría a experimentar posteriormente. La menopausia, como un indicador de que está pasando de “la madurez a la vejez”, pudo ser un cambio drástico para C., no resulta claro en su experiencia si ella considera que dicho evento “psicosocial”, tuvo alguna

* Es importante aclarar que Consuelo se refiere sólo como “menopausia” a lo que propiamente es el climaterio, el cual es un periodo de transición que se prolonga durante años, antes y después de la menopausia. Ésta última se define sólo como el día en el que la mujer tiene su última menstruación. A lo largo del texto se con se conservará menopausia por ser el término que Consuelo utiliza a pesar de que las implicaciones de éste sólo dan cuenta de una parte de su experiencia.

influencia en su autoconcepto como mujer “que envejece”, de tal forma que pudiera ser un factor contribuyente para sus posteriores crisis. Esto más allá del componente biológico reconociendo la *reconfiguración psicológica* que implica un cambio de este tipo para una persona en su posición.

Para C., la sudoración es algo incómodo que afecta su interacción social. En su relato sostiene que *son gotas, como si abrieran la regadera o el grifo y ella estuviera ahí metida*. La participación del sudor en el malestar de C. cuenta con la particularidad de que afecta su apariencia: “...el maquillaje, todo, todo, todo, se me descompone...”. La humedad del sudor constituye una manifestación visible a los ojos de los demás, esto se diferencia de otras sensaciones “internas” de malestar, donde no hay un indicador visible que dé cuenta de ellas, éstas no puede ser “vistas socialmente”, el sudor y sus consecuencias sí pueden ser observados. El hecho de que las demás personas observen cómo se “desarregla” la apariencia de C. por la humedad del sudor, puede alentar afectos negativos, como el temor a estar siendo juzgada por los otros, o en sentido contrario, propiciar un medio por el cual los demás reconozcan que se siente incómoda, lo cual facilitaría el reconocimiento de su estado de malestar. En ambos casos, la visibilidad del sudor lo hace un malestar capaz de “hablar por sí solo” ya que no es un fenómeno que se pueda ocultar. Se requeriría mayor indagación para reconocer qué impacto tiene en el autoconcepto de C. las consecuencias “observables” del sudor, ya que es un fenómeno que se inserta entre ella y las personas con las que interactúa socialmente.

Periodos de crisis.

Las crisis fuertes de C. se circunscriben a un periodo determinado en que participó de compromisos sociales que representaban una gran responsabilidad para ella. Estas crisis no son fenómenos constantes o repetitivos en su vida dado que todas se presentan paralelamente al periodo de la menopausia. En el relato de su experiencia no se menciona que hayan existido periodos de crisis de esta naturaleza previamente en su vida, sin embargo, C. menciona que, con anterioridad, sí tuvo un periodo de “depresión” que ella justifica de la siguiente manera: “me daba por llorar mucho [...] no tenía

ganas de bañarme, no tenía ganas de levantarme...”. Esta depresión le fue sugerida por el servicio psiquiátrico al que asistió para ser tratada por sus crisis graves. Se requeriría mayor indagación para dilucidar en qué se diferencia este primer periodo de malestar [además del llanto, y la falta de ánimos], de las crisis más graves que vivió producto del cocinar para el cumpleaños de su esposo o de participar de las bodas de sus hijas. Puede intuirse que su anterior depresión cuenta con una manifestación diferente de las crisis que presentaría más tarde en el periodo de menopausia, si estas diferencias responden a distinto grado de malestar entre ambos momentos, o a una percepción diferente de ambas experiencias, es un factor que no es abordado en su experiencia.

El malestar de C. durante sus crisis comprende una *constelación* de sensaciones que acompañan la sudoración. Corporalmente, estas sensaciones comprenden temblor involuntario, crispación o engarrotamiento de la quijada, cansancio o pérdida de fuerza en los brazos, sentir que se le suelta el estómago; perceptualmente las crisis la llevan a experimentar que los bloques de pavimento en las banquetas son más grandes que su tamaño regular y una sensación de temor y vértigo que vive de la siguiente manera: “[es] como si estuviera en una rueda de la fortuna y que yo estaba hasta arriba, que se quedaba el juego ahí parado y que yo veía para abajo la inmensidad de las calles y todo, me sentía con ¡un terror!, así de no poderme mover, como con pánico de moverme, porque me iba a caer y me iba a desbarrancar, entonces empezaba a sudar así a mares, a mares.” A nivel del pensamiento, C. siente rechazo por las personas y busca alejarlas de ella, justificado en la sensación de que le “chocan”, sobre todo si son de su mismo sexo.

Estas experiencias de crisis comprenden un malestar intenso que se acompaña de diferentes sensaciones corporales, perceptuales y tipos de pensamientos, además del sudor. A lo largo de su relato, C. sostiene que su malestar principal ha sido el sudor; sin embargo, su experiencia refleja que “el sudor” comprende un concepto que envuelve múltiples sensaciones corporales y no solo la humedad de la sudoración. Éste se compone de múltiples sensaciones corporales y pensamientos desagradables, donde la manifestación particular del sudor, cuenta con un especial importancia para C.,

de tal forma que especialmente se refiere a él como su principal queja al momento de hablar de su malestar; sin embargo, éste es solo una representación de aquello que en lo “real” es una experiencia compleja.

El malestar después de la jubilación.

La falta de dinero en el momento en que se C. se jubila propicia un momento de tensión importante para ella y comienza a sentir que el “mundo se le va encima”. Corporalmente, esta sensación se manifiesta en forma de dolores de articulaciones y la presión arterial alta, para los que la observación médica no ofrece una explicación inmediata: “Me tuvieron que mandar a hacer hasta un estudio del corazón que para ver si no estaban mis arterias tapadas, porque él [el médico] oía que una de las arterias estaba tapada y no sé qué. Me hicieron el estudio y ¡no! no tengo nada.” Estas manifestaciones de malestar más bien son percibidas por C. como producto de la tensión que vivía por los problemas económicos.

Este malestar se acompañaba de un ánimo depresivo que la lleva a buscar ayuda psiquiátrica. Su convivencia con otras mujeres en terapia grupal contribuye como un factor motivacional para que C. gane fuerza después de su jubilación. Así mismo, sus problemas económicos parecen aminorarse cuando comienza a trabajar de nuevo. Esta recuperación producto de situaciones que estimulan su estado de ánimo, contrasta con sus problemas con la presión y con las articulaciones, los cuales comenzó a tener después de la jubilación. No se llega a aclarar si en su experiencia posterior, ambos malestares desaparecieron producto de este “segundo aire” motivacional que le ofreció la terapia grupal y el volver a trabajar. Si no fuera así, estas manifestaciones de malestar serían elementos cuyo curso aún requeriría ser explorado. Sobre todo si se considera que algún problema en las articulaciones podría ser síntoma de alguna enfermedad biomédica. Es probable que en el interior de C., exista la creencia de que ambos malestares pueden estar conectados con los problemas que vivía producto de la transición entre ser una mujer productiva y la jubilación.

Mucho tiempo con la sudoración.

La falta de efectividad del reemplazo hormonal lleva a C. a reflexionar que continuar siguiéndolo ya no es necesario. Es probable que el tiempo prolongado por el que le fue administrado la haya llevado a considerar que más bien ya constituía un riesgo, sobre todo, considerando el antecedente de cáncer de mama en su familia. Sin embargo, conserva un su deseo por deshacerse del sudor que expresa de la siguiente manera: “A lo mejor no llego ni a los 80, porque a los sesenta y algo, el año que entra ¡me muero!, cuando sea, pero quiero vivir esta etapa que ya soy la abuela, ya sin ese sudor que me hace ver como una niña que anda corriendo como chivo loco, subiendo y bajando montes.” Aunque el reemplazo hormonal no parece funcionar, derivado de “auto-observarse”, C. llega a percibir que el sudor es causa de “situaciones emocionales”. Sólo es capaz de llegar a esta conclusión con el tiempo, dentro del cual, estuvo el periodo en que recurrió a los tratamientos hormonales.

La dificultad de C. para transmitirles a los médicos que su malestar es diferente de los bochornos de la menopausia, afianza el pensamiento de que sólo si se esfuerza puede sobreponerse a la sudoración. Esto constituye una reconfiguración es su deseo por “salir adelante”, similar al que motivó la participación en terapia grupal y volver a trabajar, previamente en su experiencia. En su horizonte de referencia, C. guarda el sentimiento de que sus esfuerzos personales pueden ayudarle a ganar más beneficios de los que había encontrado hasta el momento, entre ellos la administración del reemplazo hormonal.

5.5 DESCRIPCIÓN ESTRUCTURAL GLOBAL: *El significado de la experiencia de somatizar.*

De acuerdo con Wertz (2010) la descripción estructural global admite ser construida en forma detallada con el uso de citas textuales o en forma de unas pocas líneas que expresen el mismo significado pero de forma sintética. Se ha optado por tener ambas versiones dentro del estudio con el fin de que los rasgos de la experiencia puedan ser vistos de forma detallada en una descripción estructural extensa y de forma general en el cuerpo de un breve texto. Dentro de este apartado, primero se presenta la descripción extensa y después de ésta, la versión sintetizada. La estructura invariante de la experiencia de somatizar derivada de los relatos de cada una de las informantes se organiza tomando en cuenta el comienzo, desarrollo y término de las quejas tal como ellas las vivieron.

De manera general, la vivencia de las quejas, así como las atribuciones y experiencias objetivas que cada una vivieron, resulta similar en todos los casos, y sobre todo, cada una refleja el protagonismo de su estado emocional como un mediador importante de su malestar.

5.5.1. *Descripción estructural global en extenso.*

El comienzo de la experiencia: *La significación aparente de un cuerpo enfermo.*

La experiencia de somatizar comienza con la presencia de determinados eventos que hacen sentir una tensión particularmente elevada en la vida de las informantes, que si bien no es la primera vez que experimentan una situación de esta naturaleza, en este momento específico, la tensión que emana de dichos eventos deriva en una desorganización de *sí mismas* que lleva a desencadenar un periodo de sufrimiento existencial que tiene un foco especialmente ceñido a su experiencia corporal.

De manera sutil, este momento de inicio tiene una cualidad de *punto límite*, entre quiénes eran y las personas en que se convierten. Esta transición las lleva de una existencia organizada, suficientemente independiente y optimista, a una experiencia con matices de confusión, desesperanza y

pesimismo. Existe la sensación de que se ha perdido algo en ellas, como habilidades, capacidades, herramientas, fortalezas que antes las definían y mediaban su relación con el mundo. En consecuencia, la pérdida las hace entrar en un periodo extendido de ineficiencia personal y privación existencial.

(I): *“Yo era una persona sumamente sana y como que de la noche a la mañana me volví achacosa. Mi vida cambió trescientos sesenta grados de un momento a otro y como que mi esencia se perdió. Sentía que mi mente estaba como en el limbo, mi mente estaba en un lado, mi espíritu en otro, mi alma en otro. Yo me sentía perdida.”*

(H): *“Yo era muy autosuficiente hasta hace cuatro años que se me juntó la premenopausia, que tuvimos problemas económicos y se juntaron varias cositas, como la enfermedad de mi papá, que yo estuve muy cerca de él. Creo que todo eso me llevó a tocar fondo, de plano a sentirme ya muy mal.”*

(A): *Esto me inicia exactamente en enero de 2005, detuve mi vida laboral y mi vida académica. Y yo me sentía muy preocupada, muy ansiosa, me sentía como con mucha inseguridad. En diferentes momentos de mi vida antes ya la había sentido, pero ahí como que se me destapó. [...] llegó un momento que ya no lo pude controlar, tenerlo en calma”.*

(C): *“En ese lapso que yo empecé a tener las crisis esas tan fuertes, tuve las bodas de dos de mis hijas [...] eso a mí me empezó a desequilibrar mucho, ya que pasaron las bodas, empezó la menopausia [...] ahí fue una de las primeras veces que yo sentí como empecé a sentirme mal”.*

Una vez instalado el malestar, se activa una significación *biológico-patológica* de su condición propiciando que se vivan como enfermas exclusivamente en el sentido corporal y médico, mientras que la interacción de otras regiones de sí mismas en la manifestación de su malestar (intersubjetivas, mentales, emocionales), permanecen silenciosas en sus horizontes de referencia. La activación de este sentido de enfermedad conlleva esforzarse por descartar enfermedades graves y conseguir un diagnóstico que aclare su condición.

(I): *“Mi primer miedo fue volverme a enfermar de tifoidea. Cuando tenía las náuseas tan fuertes dije: “seguramente tengo otra vez esta bacteria.”*

(A): *“Entonces con esta situación de los sílabos que yo entro a la Universidad es que me da esa comezón. [...] Seguramente ha de ser un hongo o debe ser por tanto calor”*

Como consecuencia directa, se activan parámetros que les hacen percibir a su malestar como la posible fachada de lo que en el fondo puede ser una enfermedad grave. Subyacente a esta percepción, permanece el temor al sufrimiento físico o la muerte, los cuales son consecuencias naturales de un cuerpo enfermo. Sin embargo, en el caso de las informantes, estos temores se viven amplificados e incluso independientes de su control voluntario al percibir que su mente mantiene un “registro o código negativo” respecto de lo que sienten corporalmente, lo que las mantiene en una experiencia de temor o preocupación constante. Mantener estos referentes respecto de su malestar las lleva a invertir una cantidad importante de energía mental y emocional en sobreponerse a su temor debido a que para ellas siempre está presente la posibilidad de que sean el indicio de una enfermedad grave o incurable.

(H): *“(En la mano y brazo izquierdos) he sentido un hormiguelo, como que se quiere dormir, y ¡no! ¡pues mi mente! ¡hermosa y preciosa! luego, luego empieza a pensar en lo peor: que es un infarto. [...] El subir escaleras, el ejercicio, me provoca taquicardia y a mí de la taquicardia me sigue la angustia, yo empiezo a sentir que el corazón me late fuerte, fuerte, y digo, ¡no! ¡no se va a detener! y cuando se detenga yo voy a caer aquí sin vida. [...] Siempre cáncer. Me duelen los huesos, me voy a cáncer de huesos. El estómago y pienso ¡ay Dios mío!, a lo mejor una úlcera. A todo le encuentro.”*

La constante presencia de pensamientos asociados a estar gravemente enfermas y la necesidad de encontrar un diagnóstico motivan la búsqueda de diferentes especialistas en medicina que se espera puedan ofrecer algún alivio a su condición de “enfermedad”.

(C): *“Tuve que ir al cardiólogo porque me empezó a subir la presión [...] Cuando estoy muy tensa [...] por el pago de algo, inmediatamente me sube la presión...”*

(H): *“Le he comentado a mi médico familiar en el Seguro que por favor me mande hacer una radiografía de espina dorsal [...]. Él me examinó, [...] y me dice que no, que todo está bien, que no hay para qué hacer (exámenes)”*.

Sin embargo, significarse como enfermas es un proceso que sólo ellas viven y que no comparten los profesionales de salud con los que asisten para ser atendidas. La interacción con el sistema de salud se vuelve infructuosa cuando los médicos no son capaces de reconocer alguna enfermedad médica en el malestar que motiva a las informantes a conseguir ayuda. Los médicos, por su parte, se enfocan a descartar malestares que pueden estar relacionados con las enfermedades médicas que ellos conocen y que en sus horizontes de referencia guardan significancia. Esta interacción genera una persona que se acerca a un servicio que no puede dar sentido a su malestar y un profesional que no cuenta con los referentes para significar el malestar de la persona que atiende. La consecuencia directa de esta relación es la percepción de incompreensión, que tal vez es mutua, entre los informantes y los profesionales de salud con los que asisten.

En el caso de las informantes, se propicia la sensación de estar fuera de los parámetros conocidos de malestar dentro de la salud. Ellas presentan quejas para las que los profesionales de salud -en este caso médicos en su mayoría- no encuentran relación con lo que ellos conocen como “enfermedad”, por lo tanto, ellas tienen “algo” que no es una enfermedad, pero que de cualquier forma las expone a una malestar determinado y que no deja de ser real. La búsqueda de asistencia médica puede reflejar una motivación personal para escapar de dicho malestar al esforzarse por encontrar a “aquel profesional” que sea capaz de ofrecerles un medio para aliviarse. Este es un beneficio muy similar al que se obtiene con los medicamentos y procedimientos médicos, que en el momento que se administran, el sujeto “sabe” que se dirige a la curación o al alivio. Las informantes buscan esa intervención determinante

de los profesionales con los que asisten, de manera que puedan anular un malestar que resulta privativo y doloroso en sus vidas.

A pesar de su esfuerzo, los servicios de salud no son capaces de ofrecer ese escape a su sufrimiento ya que no cuentan con el remedio o la “medicina” que ellas requieren, por lo que se propicia una sensación de vacío y extrañeza respecto de sí mismas. Por un lado, por presentar quejas que no pueden ser atendidas en el paradigma médico, lo cual crea disonancia entre su autopercepción como personas enfermas y la posibilidad negada por los médicos a ocupar este papel, lo cual las coloca fuera del sentido convencional de un enfermo y las confronta a su malestar al desnudo, sin el respaldo de una institución que las acoja y las lleve a la sanación; y por otro, porque al no tener este sentido de correspondencia con el sistema de salud, las posibilidades de aliviarse y escapar del malestar se reducen, ya que si contaran con un diagnóstico se abrirían los diversos caminos que se pueden seguir para comenzar a sobreponerse al malestar. Con un malestar no significado, la posibilidad de alivio no puede dibujarse en su conciencia. En consecuencia, las informantes se encuentran solas ante un malestar que nadie logra significar y con la falta de significación, las posibilidades de alivio se reducen.

(I): *“Que te digan que estás sana y que tú te sientas mal, es una de las cosas que dices ¡es que no puede ser!, no soy hipocondriaca. Es horrible salir de un consultorio con un diagnóstico de “es que no tienes nada.”*

(H): *“Con los doctores algunos la verdad que tal vez dicen, no, sabrá Dios que tiene esta individua, lo toman a uno como que ahora qué le digo, o qué le receto, si ya lo intentamos por un lado y por otro y ella sigue igual”.*

(A): *“Fueron en total veintidos médicos, entre dermatólogos, ginecólogos y alergólogos. Yo ya estaba desesperada, me sentía como si yo estuviera loca. No me entendían los doctores.”*

El asumirse como enfermas, las expone a una interacción que difícilmente encuentra eco en el sistema de salud, ya que los parámetros en que se

significa desde el lugar de la medicina son otros. Por lo que su búsqueda por alivio en ellos trae un sentido de exclusión y angustia ante la incertidumbre de padecer un malestar que para ellas tiene sentido, pero que parece que no es compartido por los “otros” que podrían ayudarlas en su condición.

Durante: Sufrir las quejas somáticas

A pesar de las informantes puedan nombrar sus quejas bajo un solo término, como el sudor o la náusea, las experiencias de malestar a las que están expuestas es mucho más amplia. Es probable que las palabras que seleccionan para referirse a su malestar reflejen una dimensión particularmente importante de su experiencia, sin embargo existe un despliegue de sensaciones corporales y eventos emocionales que también constituyen parte del mismo.

(H): *“Hay ocasiones que al inclinarme siento así como que ¡ay!, como que algo se estiró por ahí. Incluso hay ocasiones en que al dar el paso en el aire siento como que el tobillo se me desconchinfloó [...] Pero son ¡así!, pasan ¡rápido!, son momentáneos. Los dolores musculares de tendones, de huesos, sí persisten, pueden ser todo el día, toda una semana, hay ocasiones que es un mes completo.”*

(C): *“Como que se me empezó a entesar la quijada y yo me empecé a poner así y empecé a temblar.[...] Empecé a sentir un cansancio tremendo en los brazos. [...] empiezo como a sudar muchísimo, empieza una sensación aquí en el estómago como que me sube algo, como que se me empieza a soltar el estómago y es muy desagradable.”*

La desconfiguración ocasionada por el malestar también se caracteriza por fuertes sentimientos de inconformidad y rechazo por las personas que las rodean en los momentos de crisis. En algún caso, las personas que las rodean se significan por contraste con el estado deteriorado en que se encuentra, llevándolas a considerar que la “libertad y entereza” con la que ellos se pueden desplazar en el mundo es una posibilidad negada para ellas.

(C): *“Las personas me chocaban, o sea decía ¡ay no! ¡no! para qué ver tanta gente, ¡no! ¡no quiero! ¡no quiero platicar con ellas!, no quiero saber nada, quería aislarme. Y no salía, no quería ver a nadie, ni hablar por teléfono, ni tener relación con nadie.”*

(I): *“ Yo con una actitud de caerle mal a todo el mundo [...] Era frustración al final del día. Inclusive, antes me decían eres muy inteligente, eres capaz, eres eficiente, llegó un momento en que no lo creía. ¿Por qué me dices tantas cosas positivas de mí si ahorita me siento como basura?.”*

(H): *“Me hablan y a veces mejor no contesto, incluso le he dicho a mí esposo: mira cuando me hables y veas que (no me siento bien), mejor ya no me preguntes nada, no quiero ser grosera contigo.”*

(A): *“Mi carácter era muy irritable, me molestaba por cualquier cosa, me sentía sola, me sentía desesperada, me sentía incomprendida, me sentía que los demás pensaban que me estaba haciendo tonta y que era como para llamar la atención, pero yo decía ¡qué manera de llamar la atención!, ¡si lo que yo quiero es no tener esto!...”*

Las reacciones emocionales no sólo terminan dirigiéndose a las personas que las rodean sino que también las llevan a albergar sentimientos de fuerte minusvalía y severas evaluaciones en contra de sí mismas. Se suscitan sentimientos de devaluación y pensamientos que las llevan a desconfiar de la fortaleza que podrían tener para sobreponerse a su malestar y en específico a los temores que lo componen. Por lo tanto, la idea de sobreponerse al malestar queda descartada por su autoevaluación antes de poder llevarse a la práctica. Esto no las coloca en una condición con la que se sientan cómodas, sino en un periodo de auto-desaprobación de su estado y una constante auto-recriminación por la falta de fuerza que podrían tener para sobreponerse a su condición.

(I): *“No era una cuestión de que no quisiera. ¡Yo quiero comer, quiero hacer mi vida, quiero salir, quiero gozar!, me queda claro que quiero hacer eso ¡estoy my*

joven!. Pero literal, ¡no puedo!. Me invade el miedo, me invade la inseguridad, me invade perder la confianza.”

(H): *“Me siento maniatada, quiero pero no logro salir de ese miedo, me impide. Y claro, también por el dolor físico, porque me duele agacharme, y no puedo, por ejemplo, ser una persona que esté trabajando en este Hospital, trapeando, barriendo, porque sé que me va a doler todo.”*

(A): *“Me sentía pues sí, pues muy apagada, me sentía que mi vida académica estaba trunca por que yo quería hacer un doctorado, yo quería seguir estudiando. Van tres veces que yo intento hacer la tesis (de maestría). La última vez que lo hice no podía, mi razonamiento no daba como antes, [...] si antes si lo pude hacer muy bien ¿por qué ahora no?...”*

Más allá de sus momentos de crisis, en la relación intersubjetiva la carga emocional apesadumbrada que experimentan suele ser un factor a tomar en cuenta por las personas que las rodean para significar el malestar que viven como un problema de actitud de su parte. Al momento que se percibe que su malestar puede estar mediado por elementos afectivos, se genera la impresión de que podrían *sobreponerse a lo que sienten*. En la experiencia de las informantes la percepción de su estado de ánimo e incluso el inicio de sus periodos de crisis no se encuentra bajo su control voluntario sino que se activan de forma automática. Los comentarios que las llevan a considerar que las son ellas las que no desean sobreponerse a su malestar generan sentimientos de minusvalía adicionales a los ya provocados por el malestar mismo, lo cual las lleva a tener sentimientos de frustración importantes y de incompreensión por parte de los demás respecto de su condición.

Estas creencias se ven secundadas por la percepción de los médicos que al no poder ofrecerles un diagnóstico llegan a considerar que la condición de las informantes podría explicarse mejor por un problema de actitud o por creencias derrotistas u opositoristas. Esta percepción de los médicos alimenta la percepción de la familia para continuar significando que lo que a ellas padecen puede ser más un problema de debilidad emocional que una enfermedad “real”.

(I): *“Es horrible salir de un consultorio con un diagnóstico de “es que no tienes nada”. Y entonces que te digan tus papás es que ya come, ya has tu vida normal. Me criticaron a morir. Me sentía la freaky de la familia. Como que nadie me entendía”.*

(H): *“Mi esposo también me dice, mira, siempre que vamos al doctor entras con una cara que ¡Dios guarde la hora!, y sales así como que, a lo mejor no del todo, pero más (tranquila). Me da mucha (seguridad), que yo platique con el médico. Hace que toda la revolución que yo traigo en la cabeza se calme, y yo salga de ahí pues animada.”*

(A): *“El director de displasia del Seguro Social en Oaxaca, me dijo: mire señora, si lo que usted no quiere es tener relaciones sexuales con su marido, mejor dígaselo”*

(C): *“Mis hijos me decían, no mamá, es que tienes que salirte a caminar, tienes que hacer ejercicio. Una de mis hijas dejó cuanto tenía que hacer y empezó, en su casa, a acondicionar para que me pudiera dar clases de aerobics, y yo al contrario, yo estaba brincando y yo estaba desconectada, estaba con nervios, con esa ansiedad horrible, el sudor, sudor y sudor.”*

Por consecuencia, se genera la percepción de que durante el transcurso de su malestar, los médicos no lograban entender cabalmente su malestar. Además, se genera la sensación de que, como profesionales de salud, ante la ausencia de factores médicos para su malestar, se limitaron a descartar la presencia de alguna enfermedad, y no se llegaron a dar a la tarea de sugerir que su condición podría estar relacionada con otros factores de índole emocional.

(C): *“...les pregunté a mis médicos y les dije, ¿bueno, que esto no podrá ser algo de las hormonas? ¿o algo?, yo no sé, ustedes son médicos, ustedes me podrán decir si eso tiene que estar conectado con algo, pues no sé, algo psicológico, ¿algo que se conecte en mí en determinada forma que me hace sudar así?; porque me decían: ¿cómo es posible que no se le quiten con todo lo que ha tomado los bochornos?, dije*

es que no son bochornos, los bochornos menopáusicos de la edad pues como que tal vez se han retirado, yo lo siento, lo percibo, y esto, yo siento que es otra cosa, siento que es un sudor que me mata, un calor terrible que tengo que andar cargando con el abanico a todos lados”.

Eventualmente, se hace evidente que su malestar se dispara de acuerdo con su estado de ánimo, sobre todo cuando tienen que enfrentarse momentos de tensión en sus actividades diarias. Mientras permanezcan tranquilas, el malestar no aparece, en tanto se ponen tensas o sus pensamientos se vuelven pesimistas, las quejas regresan.

(I): *“Sabía que, en lo físico, me sentía muy mal, pero tenía pensamientos que no me hacían normal.”*

(I): *“Para mí la náusea ya es sinónimo de estrés, ya lo he comprobado. Puedo estar muy tranquila y no tengo náusea. Pero si tengo algo muy importante que hacer que según yo me genere estrés, sea trabajo, sea cuestión familiar, sea una cuestión económica, la náusea luego, luego provenía”.*

(H): *“yo trabajaba y me empezaba a sentir mal en el trabajo [...] Era por la taquicardia. [...] nos metíamos a un consultorio de Similares que hay tantos. El simple hecho de estar, de saber que estoy con un doctor, me daba confianza, mi ritmo cardiaco empezaba a bajar.”*

(H): *“Luego, luego cuando despierto me doy cuenta, digo este día va hacer un día malo para mí. Lo siento en mi estado de ánimo, antes de que yo me mueva, y diga, ¡ay! me moví y me dolió acá.”*

(A): *“Tenía la comezón, me rascaba, me daba más comezón, me ponía yo más nerviosa, [...] y eso mismo como que me alimentaba ese círculo de ansiedad...”*

(A): *“...llego al Instituto de las Mujeres del DF. [...] Empecé a notar que en ese trayecto de ir todos esos días allá no me daba la comezón y yo me sentía bien contenta, bien feliz. Regresando a la casa era cuando estaba la comezón y decía como que pasa algo raro. Me cayó el veinte de que era porque yo ahí me*

sentía muy tranquila, muy acogida, respetada, hablaba y me he dado cuenta que no era sana.

(C): “Los médicos como que no me entendían, yo les decía “es que yo siento que eso está conectado con algo, con algo”. Me dije, bueno, me voy a observar a ver qué pasa, y sí, si me he dado cuenta que va relacionado con situaciones emocionales.”

(C): “Cuando yo empiezo a sentir una inseguridad, empiezo a sentir miedo o algún temor a algo desconocido empiezo a sudar, pero ¡me empapo en sudor!, ya cuando llego a sentirme tranquila, que llego a sentir que baja algo en mí, entonces ya me empiezo a refrescar...”

Después: establecerse en el terreno psicológico.

Escuchar o conocer casos de personas que han sufrido emocionalmente en otros contextos puede tocar su experiencia y permitirles sentir que ellas pueden sobreponerse a su malestar. El reconocer el sufrimiento de estas otras personas puede surtir un efecto apaciguador de su propio estado emocional y a la vez, fungir como un aliciente para comenzar a esforzarse por reconstruir su vida y mudar su pensamiento a sospechas de carácter emocional sobre su malestar.

(C): “...y la doctora que me estaba viendo en ese entonces me dijo, vamos a mandarla a terapia. Para mí fue muy enriquecedor porque éramos diez mujeres en la terapia, y todas ellas contaban sus vivencias, sus experiencias, y realmente yo me nutrí muchísimo de ver el valor que tenían muchas de ellas, la fuerza con que trataban de luchar, aunque nos conectábamos en muchas cosas, pero me dio valor, yo dije, bueno pero si ella que tiene tanto y está luchando y esta todo, como no voy yo a quitarme ese miedo...”

(A): Leo una información de una persona que había tenido un picor en la piel. Había tenido un fuerte estrés, porque había perdido unas tierras, y ese picor también había sido en los genitales. [...] dije, si el señor ha vivido un estrés muy fuerte y él había ido a dermatólogos, y el psiquiatra lo habían llevado a la sanación, entonces pues yo me termino de convencer, y dije ¡no sí!. [...] Alguna

vez platique con mi papá en relación a mi padecimiento cuando se me empezó a ir para atrás para la parte del ano. Y papá me dijo, sabes qué a mí también me pasó en algún tiempo.[...] mi mamá tuvo un problema de dermatitis dermatitis atópica o neurodermatitis atópica. [...]. La piel ya se le estaba abriendo literalmente. Y yo le dije, y qué vamos a hacer a dónde vamos a ir. [...] A mi otra hermana le acaba de diagnosticar fibromialgia. Porque a ella le daban piquetes y dolores en las articulaciones a partir de que nació su segunda niña, y la niña tiene dos años. [...] Le digo si te acuerdas nosotros tuvimos muchas situaciones en cuanto a comunicación en la familia. A mí me cuesta todavía de repente trabajo comunicarme.”

El primer contacto con una institución de salud mental comprende el primer acercamiento a un alivio más duradero de su malestar. Los psiquiatras pueden dar sentido a sus quejas dándoles la seguridad de que las pueden ayudar. Es probable que el carácter “mental” asociado a los psiquiatras haya servido como el receptor ideal para las sospechas que podían comenzar a considerar dentro de sí mismas sobre origen de su malestar. Las informantes pueden conseguir un alivio de la intervención psiquiátrica, porque además del medicamento, sus horizontes de referencia respecto de la relación de sus emociones con su malestar entran en consonancia con el ejercicio profesional del psiquiatra. Entonces sus quejas cobran sentido, no sólo para ellas, sino también a nivel intersubjetivo, lo cual les permite saber pueden recuperar su bienestar y en consecuencia, comenzar a aminorar su malestar.

(I): “Fui a mi cita con la psiquiatra y me dijo, sabes qué, seguramente es una cuestión de neurotransmisores. Me dio los medicamentos. Me sentí aliviada. Dejé de sentirme totalmente freak. Sentí que me devolvieron la sangre al cuerpo.”

(A): En el primer acercamiento que tuve con preconsulta, yo le explico todo. El psiquiatra me dice, ¡sí!, usted tiene que estar con nosotros, nosotros sí la podemos atender. Lo que sigue ahora es que pase usted con su médico tratante que es el que la va a ver.

Con la evidente disminución de las quejas somáticas, aumenta el sentido y la necesidad de comenzar a adquirir habilidades o comenzar a buscar nuevas formas de relacionarse con el mundo que reflejen un estado de salud emocional más íntegro de su parte.

El deseo de continuar su crecimiento y desarrollo de independencia es algo que se enfoca a futuro y que no se abandona. Las informantes guardan la seguridad de que “ahora que saben qué es lo que tienen”, podrán recuperarse con la ayuda del medicamento y los profesionales de salud mental por lo que albergan la esperanza de que su futuro puede ser mejor. Sobre todo, resalta el sentido protagónico que guardan sus emociones, actitudes y creencias ante la vida para asegurarse un bienestar en el futuro. La salud resulta de una actitud positiva ante la vida, de un deseo de vivir con mayor tranquilidad y de sentirse mejor con ellas mismas.

(A): *“Y yo misma me hablo a mí misma, no, yo quiero modificar esto, quiero aprender una nueva forma de vivirme a mí misma, ¡porque no quiero estar así toda la vida!. [...]Quiero continuar con mi tratamiento aquí, continuar con la cuestión Psiquiátrica, tome decisión de empezar a estudiar nuevamente por internet.”*

5.5.2. Síntesis de la descripción estructural global.

El un principio, la experiencia de somatizar permanece ajena a cualquier atribución psicológica. Se establece en un entramado de eventos que saturan de forma imperceptible la vida de las informantes con tensiones o “estrés”. Aparecen las quejas somáticas las cuales constituyen experiencias corporales palpables que, al ubicarse en el cuerpo, despiertan la significación de ser enfermedades médicas. Las privaciones que sobrevienen a las quejas establecen un punto límite en ellas antes y después de su malestar. Atestiguan la pérdida de su sentido de autonomía e independencia, y se notan irreconocibles y desorganizadas.

Emerge el temor por padecer una enfermedad grave. El temor se alimenta por el miedo a sufrir o morir, evidenciando un negativismo en su forma de pensar,

exponiéndolas automáticamente a un pesimismo importante en su forma de relacionarse con todas las cosas del mundo.

Cuando la exploración médica no encuentra una causa biológica para su malestar, el temor por su bienestar físico incrementa. Se preguntan qué tienen. Conservan la intención de encontrar ayuda en la biomedicina y comienzan las visitas y la búsqueda de un diagnóstico en muchos médicos generales y especialistas. Este proceso trae consigo sentimientos adicionales de desaprobación e incompreensión ya que profesionales de salud y familiares consideran que su sufrimiento es un problema de actitud: “si no están enfermas, ya deberían ponerse bien”.

Después de un tiempo prolongado en que permanecen buscando un “diagnóstico”, observan que sus quejas se agravan o se mantienen controladas de acuerdo con su estado de ánimo y a sus actividades cotidianas. Esto revela que su malestar está conectado con algo más que su bienestar biológico. Razón que hasta el momento había permanecido silenciosa. Se inicia la resignificación de sus quejas como algo biológico y se comienza a considerar la posibilidad de que dependan de su estado de ánimo.

La renuencia que hasta el momento existía a atribuir su malestar a sus emociones, termina de desaparecer cuando algún profesional o institución de salud mental, reconoce lo que les pasa y manifiesta que puede ayudarlas. Esto pone fin a la tarea de entender qué es su malestar, significándolo como dependiente de su estado psicológico y no de su bienestar biológico. A partir de este momento se proponen cuidar su forma de pensar y buscar otras formas de convivir con las presiones de la vida. Se reconoce que no pueden escapar de sí mismas, pero albergan la esperanza de vivir mejor.

6. DISCUSIÓN: DERIVACIONES TEÓRICAS DEL ESTUDIO DE LA EXPERIENCIA DE SOMATIZAR.

A través de la experiencia de las informantes, fue posible alcanzar el objetivo de retratar a la somatización con mayor amplitud en contraste con posturas que buscan llevar los factores complejos que le atañen a su mínima expresión. Cabe señalar que aunque el producto del estudio no deja de ser una imagen inicial de la experiencia de somatizar, comienza a delinear los diferentes caminos por los que se puede llegar a una comprensión distinta de la somatización desde una perspectiva compleja que considera importante la capacidad del individuo para dar cuenta de la condición que experimenta y para significarla subjetivamente, sin la necesidad de recurrir a criterios de clasificación elaborados externamente. Las aportaciones de acuerdo con los objetivos del estudio, las limitaciones y los elementos por desarrollar al respecto de las derivaciones teóricas se discuten a lo largo de los apartados siguientes.

6.1 La significación de las quejas corporales.

En un inicio, el estado emocional que alimenta las quejas somáticas de las informantes permanece acallado y más bien emerge una significación médica del malestar. Ellas comienzan a vivirse como mujeres enfermas en sentido biomédico y mentalmente, no significan la relación entre su experiencia corporal y su estado emocional. En el contexto occidental, siempre se ha considerado que la somatización puede definirse, de manera parcial, con base en la renuencia de los individuos a reconocer que sus quejas son de carácter psicológico y no de orden biológico (Kroenke, 2007). Esta tendencia a negar la relación de las quejas somáticas con el estado emocional, sería la razón por la que fenómenos como el *doctor shopping*, y el sobre uso de servicios, se siguen manteniendo en el contexto de consulta externa.

Cabe resaltar que, en el caso de las informantes, se reconoce fácilmente que esta negación de la conexión entre las emociones y la experiencia corporal no es un ejercicio de carácter consciente. Las informantes no buscan voluntariamente despojar su experiencia corporal de su correlato psicológico,

sino que la conexión entre lo que sienten corporalmente y la idea de una enfermedad biomédica se da de forma automática. Este podría ser un fenómeno inevitable considerando que la inmersión en un contexto cultural donde el estudio de la mente y el cuerpo se realizan por separado, llevará a los individuos a considerar aquellas afecciones corporales como de origen médico antes de que carácter emocional, dado que la información cultural que se les provee no contiene la significación de la conexión entre las dos dimensiones. Tal como lo mencionan Redekop, Stuart y Mertens (1999), en las culturas occidentales existen menos recursos de lenguaje para reconocer y significar la interacción entre la mente y el cuerpo. En este sentido, la significación médica que se da a las quejas somáticas en un principio podría ser un efecto natural del paradigma cultural en que estamos inmersos. Sin embargo, en el caso específico de las informantes, la no significación de la conexión mente-cuerpo, genera la posterior búsqueda de atención médica y los problemas para comunicar su experiencia a sus familiares y a los profesionales de salud.

Si este planteamiento resulta acertado, las quejas asociadas a los pacientes que somatizan como personas que sobre usan los servicios de salud y como individuos que tienden al *doctor shopping*, serían una consecuencia natural del sistema cultural “occidentalizado” que divide el estudio del cuerpo y la mente del ser humano. Aunado a este efecto, estaría el temor por reconocer que las quejas de carácter psicológico pueden ser más temidas en tanto que se asocian con la locura y la enfermedad mental. En tal caso, la división mente-cuerpo traería consigo un privilegio de lo corporal sobre lo emocional. Lo emocional por su parte, se puede significar de forma negativa en tanto que puede constituir la fuente de malestar de los individuos. En consecuencia, además de considerar que aquello que sucede a nivel corporal sólo puede ser de carácter biológico y ajeno a la dimensión emocional, los intentos por reconocer que en origen, el malestar puede ser psicológico implicarían confrontarse con la creencia cultural que preestablece a la enfermedad mental como un signo de desadaptación social.

Es probable que la existencia del cuerpo y la mente como entidades separadas produzca confusión en los individuos cuando tengan que

enfrentarse conscientemente con la necesidad de reconocer una conexión entre ambas dimensiones. De esta manera, podría explicarse la fuerte tendencia a buscar ayuda médica por parte de estas personas. Entonces, reconocer que las experiencias pueden estar asociadas con su estado emocional, requeriría sobreponerse al temor cultural por padecer una enfermedad mental.

Un elemento que las culturas orientales parecen no sortear de forma exitosa es la existencia de estigma por la enfermedad mental tal como lo menciona el estudio de Kohrt y Hrper (2008), al respecto de la unión mente-cuerpo en Nepal, donde a pesar de que se considera a un sujeto holístico unido en todas sus dimensiones, aquellas manifestaciones que afectan el *maan* (corazón-mente) de la persona, y que generan síntomas similares a los de las enfermedades mentales occidentales, tienden a ser no mencionados en contexto social por temor a ser expulsados de su grupo. Los autores concluyen que es importante considerar la relación mente-cuerpo dentro de la cultura, ya sea oriental como occidental, para entender de qué manera se permite el alivio de padecimientos mentales.

En el caso de las informantes, enfrentarse a un periodo prolongado conviviendo con su malestar, parece ser el medio por el cual sus propias experiencias comienzan a ofrecerles la certeza de que sus quejas corporales en realidad están conectadas con los eventos que enfrentan en lo cotidiano y con la manera en que piensan y que se sienten emocionalmente. La persistencia y palpabilidad de sus quejas juega a su favor y les permiten acceder conscientemente a la posibilidad de que sus emociones puedan influir sobre su experiencia corporal. Cabe señalar que la experiencia de las informantes conlleva un malestar significativo, que termina siendo un impedimento en todos los casos, para proseguir con sus actividades cotidianas. Taylor (2010) sostiene que las quejas somáticas en el grueso de la población, suelen ser transitorias y tienden a desaparecer en tanto que los eventos ambientales que les dan origen dejan de estar presentes. Asimismo, en estudios de pacientes que somatizan y que buscan atención en los servicios de consulta externa, no se reportan niveles elevados de deterioro en sus vidas más allá de la ocasional ausencia laboral o abstinencia de ciertas actividades

cotidianas (Thomassen et al. 2003). Es dentro del contexto de consulta externa que suele considerarse como contraproducente el sobre uso de los pacientes que somatizan debido a las pérdidas en tiempo y dinero que conlleva su atención (Lou, Goddeeris, Gardiner & Smith, 2007). Existe la posibilidad de que el nivel moderado de las quejas de este tipo de individuos no tenga el mismo efecto que tuvo para las informantes y por lo tanto, dificulte o postergue la posibilidad de que reconozcan que su malestar está asociado a sus emociones. Es así como se podría explicar la tendencia a que existan somatizadores puros, como los llaman Aragonés, Labad, Piñol, Lucena y Alonso (2005), los cuales son pacientes que no reconocen el origen psicológico de sus quejas y que suelen ser vistos como demandantes de atención y con poca disposición a abandonar el uso de servicios médicos.

Se requeriría explorar la vivencia de las quejas somáticas de menor gravedad para poder considerar de qué manera se puede sobreponer el paciente que somatiza a la asociación directa entre su experiencia corporal y la significación de una enfermedad biológica. Es probable que en casos de somatización menos grave, la difusión de información enfocada a orientar sobre la presencia de las quejas somáticas pueda dar resultado, de manera que se comience a retar al individuo a pensarse como producto de dimensiones interconectadas motivándolo a sobreponerse al dualismo mente-cuerpo.

El presente estudio también muestra la complejidad de las quejas somáticas retratándolas como experiencias corporales que suceden a la par de fuertes periodos de pesimismo, temor y retraimiento social. Ésta es una aproximación que hasta el momento no ha sido reportada explícitamente en estudios occidentales sobre la somatización. Sin embargo, los casos considerados guardan una similitud importante con aquellos presentados por Kleinman (1982) en personas de ascendencia china, tanto en Estados Unidos como dentro de Asia, y que habían sido diagnosticadas con neurastenia. La neurastenia comprendería una condición oriental para referirse a personas que padecen una condición de debilidad o cansancio del sistema nervioso, que daría origen a una serie de deficiencias corporales y mentales. Ésta sería una categoría diagnóstica que se usaría frecuentemente en China para referirse a

los casos que conceptualmente tendrían cierta similitud con la depresión occidental.

Regularmente, descripciones que consideran la yuxtaposición de experiencias corporales, mentales y sociales para dar cuenta de fenómenos de somatización es más típica de la descripción de malestares enraizados culturalmente como el coraje en el caso de los indios amuzgos en Oaxaca o el síndrome de Dath en India. Estos malestares no son considerados somatizaciones “occidentalmente entendidas”, sino producciones culturales con manifestaciones constituidas por quejas corporales, estados mentales y problemas sociales en conjunto.

Es probable que el presente estudio haya captado de manera unificada lo que en la óptica psicopatológica se podría expresar en términos nominativos como ansiedad, depresión y somatización por separado. Si bien el eje de análisis del estudio se constituyó por las quejas somáticas, los relatos de las participantes reflejan más que solo quejas corporales ya que muestran una gama de experiencias emocionales y procesos sociales que revisten y se interconectan con su experiencia de malestar. Existen aproximaciones psicopatológicas de la somatización que consideran que ésta es una manifestación secundaria a la presencia subyacente de trastornos mentales como ansiedad y depresión (Carbone et al. 2000). En estos casos, las quejas somáticas no serían el proceso a resaltar sino el trastorno mental subyacente.

Una de las ventajas de haberse acercado a la somatización desde un punto de vista fenomenológico, es que podemos evidenciar que las personas no viven sus quejas somáticas en segundo plano, sino como una realidad fusionada con procesos emocionales, mentales y sociales. Las informantes del estudio nos proveen argumentos para considerar importantes las quejas somáticas en tanto que son experiencias corporales que deben ser validadas y no consideradas como accesorias al deterioro mental de los individuos. Sobre todo si se retoma la tendencia a significarlas como corporales antes que mentales, lo cual puede impedir que un profesional de la salud las valide como una expresión legítima de malestar y no sólo como un problema de debilidad emocional o deterioro mental, lo cual lo puede llevar a prestarles menos

atención y a confrontar a la persona con la resistencia a padecer una enfermedad mental.

La significación de las quejas somáticas, por lo tanto, permanecería circunscrita al paradigma dualista entre mente y cuerpo, donde la tangible experiencia corporal de las mismas se piensa como una consecuencia de enfermedad biológica, en tanto que la conciencia corporal se preestablece como ajena a las influencias emocionales. De forma paralela, reconocer que las quejas somáticas podrían asociarse con estados emocionales perturbados confronta al individuo con el prejuicio cultural por padecer una enfermedad mental. Este factor reforzaría la tendencia a que la significación de las quejas somáticas se realizara en torno a lo corporal en vez de lo emocional. El inconveniente respecto de esta forma de significar las quejas somáticas es que frente a la atención médica, existe una tendencia por etiquetar el comportamiento de los pacientes sólo considerando el sobre uso de servicios y la constante búsqueda de apoyo en procedimientos médicos, generando una impresión negativa del paciente y la devaluación de una queja que debería ser considerada aún cuando “sólo sea de carácter emocional”.

Con base en la experiencia de las informantes, el presente estudio encuentra a las personas que somatizan como víctimas de la obturación cultural de la conexión mente-cuerpo, lo cual genera la confusión y el comportamiento errático que suele adjudicárseles en los servicios de salud, el cual sólo constituye una consecuencia a la dificultad que preexiste para pensar que ambas dimensiones pueden interactuar como partes de un continuo.

6.2 El impacto existencial de las quejas somáticas.

La experiencia de las informantes refleja una condición de deterioro importante en las diferentes áreas de su vida. Este deterioro se deriva de la vivencia de quejas somáticas que sobrepasan su control y que las exponen a grados importantes de sufrimiento. Las atribuciones que suelen hacerse con relación a la gravedad de su experiencia se construye en torno a los eventos de su vida cotidiana y en conjunción con sus estilos de pensamiento que en sus palabras se expresan como de elevado “estrés”.

El mecanismo disociativo de la conciencia, al cual se atribuye conceptualmente la aparición de las quejas somáticas en contexto occidental, tendría este sentido amortiguador entre lo que afecta a las personas y la posibilidad de expresarlo por un medio mental o corporal. Las experiencias que suelen considerarse en la literatura como fenómenos antecedentes a las quejas somáticas casi siempre son de orden traumático o eventos que exponen al individuo a grados elevados de afecto negativo (Waldinger, Schultz, Barsky y Ahern, 2006). En la experiencia de las informantes no se plantean experiencias de este tipo como medios facilitadores de su experiencia. En sus relatos las quejas somáticas se atribuyen a la carga emocional que su vida tuvo en un determinado periodo y que no necesariamente se reconoce como una experiencia unitaria de donde pudiera emanar una carga emocional drástica como la que sobrevendría a lo que se reconoce como *trauma*.

Los relatos de las informantes muestran que sus quejas somáticas se potenciaron por una trama de eventos problemáticos que produjeron un flujo de emociones intensas que terminó exponiéndolas al malestar. Sin embargo, los relatos reflejan que las informantes también contaban con un pesimismo que funcionaba como un mediador de las quejas. De esta forma, el contenido de los eventos a los que se enfrentan y su constitución mental, construirían la imagen completa de la génesis de sus quejas. Esta reflexión nos llevaría a considerar el mecanismo disociativo como un estado mental, que en función de una determinada experiencia ambiental, daría sentido a la aparición de la somatización.

Cabe señalar, que el mecanismo disociativo sería un concepto que únicamente tendría sentido en el contexto de culturas occidentales, ya que en ellas los individuos estarían condicionados a pensar sus experiencias sólo como de carácter emocional o corporal, dependiendo del tipo de evento al que se enfrenten. En las culturas orientales, una trama de eventos ambientales impactaría la existencia completa de los individuos dando origen a condiciones compuestas de síntomas corporales, mentales y sociales por igual, sin línea divisoria entre ellos. Este sería el caso de las manifestaciones de malestar orientales revisadas previamente.

En el presente estudio, es importante hacer hincapié en que la manera en que se construyen las quejas somáticas como las informantes las reportan, parece estar mediada por un estado de pesimismo y el contenido problemático de las experiencias cotidianas a las que se pudieron enfrentar. Por lo tanto, resultaría lógico cuestionar la necesidad de que forzosamente participen experiencias de origen traumático en la génesis de las quejas somáticas, ya que en el caso de las informantes no se presentan. Por otro lado, también es importante hacer énfasis en que la experiencia de malestar de las informantes las llevó a padecer un periodo importante de deterioro e incapacidad personal. Casos de somatización con este grado de malestar, usualmente no son reportados en la literatura, y tal como se expuso previamente, son los casos aparentemente menos graves de personas que asisten a los servicios de consulta externa los que se retoman para construir una imagen de la persona que somatiza (Brodine, & Hartshon, 2004).

Considerar que las personas puedan padecer malestares somáticos suficientemente graves como para deteriorar las diferentes áreas de su vida e incluso imposibilitarlas para contraer responsabilidades laborales o sociales de forma permanente, es una realidad que no había sido retratada y que puede observarse claramente en los relatos de las informantes. Se requeriría observar casos de somatización menos fuertes para poder considerar de qué manera la experiencia en ambas situaciones puede empalmarse y ofrecer una mirada del fenómeno que permita construir una forma más adecuada para conceptuar a estas personas.

Elizabeth Catwrigth (2003) describe diversos casos en los indios amuzgos que muestran el nivel de deterioro que se pueden vivir producto del coraje o el mal de ojo. Las personas en estos contextos, pueden perder todo sentido de bienestar, lo cual se refleja en estar postrados en cama por varios días, en incapacidad para comer, con falta de vitalidad en su apariencia e incluso el riesgo a perder la vida. Tomando esta realidad como referencia, el grado de deterioro por las quejas somáticas en el caso de las informantes, es una condición similar, que junto con el deterioro personal, se acerca también a la pérdida de la misma felicidad y fortaleza que caracterizan a una persona sana.

Con relación a los procesos que podrían pensarse importantes en el uso de servicios, la experiencia de las informantes permite entrever que la constante búsqueda de atención médica puede estar mediada por obtener un diagnóstico que les permita significar un alivio para su malestar y no sólo está motivado por un deseo inamovible a ser reconocidos o atendidos socialmente. En este caso, la experiencia de las personas que somatizan las pueden llevar a privilegiar el conseguir un diagnóstico con el fin de escapar a la incertidumbre de saber que presentan una condición que parece no tener significado dentro del sistema de salud al que asisten, de tal forma que obtenerlo les permitiría entrar en contacto con los medios de alivio para su condición. Éste es uno de los elementos que podría considerarse en paralelo con la experiencia de otras personas que somatizan y que son captadas por los servicios de salud en general.

De forma global, el estudio encuentra que a pesar de que el deterioro ocasionado por las quejas somáticas es elevado en el caso de las informantes, éste parece ser una condición susceptible de suceder cuando se contrasta su experiencia con las manifestaciones culturales como el coraje o el mal de ojo. Así mismo, es importante resaltar que el estudio muestra que pueden no ser del todo necesarias experiencias de carácter traumático para que exista una predisposición a generar quejas somáticas, ya que estas también pueden estar mediadas por el contenido problemático de la trama de eventos cotidianos a los que las personas hacen frente. Finalmente, nos parece importante señalar que la disociación sería un concepto útil en las culturas occidentales, pero que puede no tener un análogo en el sentido de culturas orientales.

6.3 Las quejas somáticas en contexto intersubjetivo.

Transmitir conscientemente la naturaleza de las quejas somáticas en el contexto intersubjetivo es una tarea que resulta difícil de cumplir para las informantes. El carácter conflictivo de la interacción se edifica en torno al sentido que ellas guardan respecto de que padecen una enfermedad biológica y la dificultad que las personas alrededor tienen para reconocer tal enfermedad que no es confirmada por las exploraciones médicas. En consecuencia, ellas

no están enfermas; sin embargo, continúan padeciendo en forma cotidiana quejas corporales con un sufrimiento constante.

Las personas que somatizan suelen ser consideradas como emocionalmente dependientes y demandantes de atención, por lo que se consideran personas inseguras y difíciles de tranquilizar (Waldinger, Schultz, Barsky y Ahern, 2006). Sobre todo, se ha conceptualizado que subyacente a sus quejas somáticas existe una tendencia a percibirse a sí mismas de una manera negativa lo cual produciría la falta de confianza en sí mismas que alimenta sus demandas de atención y apoyo de otros (Pribor, Yutzy, Dean & Wetzel, 1993).

La vivencia de somatizar aquí retratada nos permite reconocer que existe un sentido de autosabotaje y de pesimismo identificado por las informantes en la persistencia de su malestar. Ellas consideran que esta forma de pensar negativista influye en la manera en que sus quejas se agravan o se reducen de forma involuntaria. Controlar dichos pensamientos no es una posibilidad a la que ellas tengan acceso. Por el contrario, el saber claramente que estos pensamientos persisten a pesar de sí mismas, genera un sentido de desesperanza que las hace sentir que algo en ellas no es normal, y sobre todo, su mente comienza a significarse como independiente a su control, llevándolas a pensar que su mente es poderosa, ya que a través de su influencia, ellas pueden padecer un malestar fuerte e incapacitante, que evidentemente es considerado por las personas que las rodean como un problema de actitud antes que una condición real de “enfermedad”.

El hecho de que la exploración médica no pueda ofrecer resultados en los casos de personas que somatizan, no debería ser una justificación para pasar por alto las quejas corporales como una condición válida. Las experiencias analizadas en el presente estudio reflejan que sí puede existir un sentido negativista en las personas que somatizan, pero que más bien, puede ser una condición a la que están expuestas involuntariamente. La actitud necesitada e insegura de estas personas podría ser una manifestación de un malestar interno sobre el que no tienen control. La experiencia de malestar, por lo tanto, las expondría a esta condición automática independientemente a su voluntad.

Este argumento nos lleva a pensar que los problemas para comunicarse con las diferentes personas y profesionales con los que tienen que interactuar las personas que somatizan no traería ningún beneficio mientras se refieran a ellas como personas que buscan obtener ganancias secundarias o como pacientes indeseables por su tendencia a ser emocionalmente dependientes. Estos individuos pueden experimentar un malestar que no provocan, que no desean, y que sobre todo, es el resultado de la confluencia de diversos factores. La necesidad de legitimar su malestar como una condición real parece imperativa en la comunicación intersubjetiva. Stuart y Noyes (1999) sostienen que el hecho de rechazar a las personas que somatizan por sus demandas emocionales lleva a que las necesidades que subyacen a sus quejas no sean satisfechas y por consecuencia se propicia una exacerbación del malestar y una incapacidad para darles sentido.

Es probable que las posturas de autores como Ciechanowski, Kanton, Russo y Dwight-Jones (2002) y Waldinger, Schultz, Barsky y Ahern (2006), reflejen una realidad psicológica de las personas que somatizan, pero no encamina a una forma de pensarlas desde una óptica diferente. La sensación de que las personas que somatizan son difíciles de atender en los servicios de salud puede llevar a justificar posturas prejuiciosas respecto de su condición. Sobre todo si se considera que en los servicios de salud, el paradigma biomédico anularía la validez de dichas experiencias considerando que “sólo están en la mente” y que por no tener una base biológica pueden no ser tan importantes o impactantes como una enfermedad en sentido fisiológico. En el caso de las personas que somatizan, esta falta de valoración no lleva a otra cosa más que a perpetuar un estado de sufrimiento personal.

Los médicos como profesionales de salud, no cuentan con los antecedentes respecto de otras realidades de la complejidad del ser humano que resultarían ser complementarias una de la otra, como podría ser el manejo de las manifestaciones psicológicas en los casos de somatización. Se han hecho estudios que apoyan la postura de que sensibilizar a los profesionales de salud que no cuentan con bases en el campo de salud mental, puede tener resultados favorables para la atención de las personas que somatizan (García-Campayo, et al. 2002, Leigh, Mallios & Stewart, 2006). Sensibilizar a otros

profesionales de salud, permitiría que se repensarían las categorías conceptuales con que suelen referirse a ellos en estudios de consulta externa (Lou, Goddeeris, Gardiner & Smith, 2007) y a su vez, les proveería de las herramientas para poder hacer referencias oportunas a profesionales capacitados con mayor profundidad en condiciones de este tipo. De esta manera, el médico podría sentirse más capaz de enfrentar la atención de un paciente que somatiza y el paciente a su vez lograría contactar con otros profesionales capacitados para entender su condición. Una ganancia alterna de este ejercicio informativo sería limitar las fuentes de prejuicio en las familias de los pacientes respecto de lo “irreal” de las quejas somáticas en tanto que no tienen una base biológica que las justifique. Esta interacción problemática, que se observa entre las informantes y sus personas allegadas, no es una condición que suele reportarse en estudios de somatización; casi siempre es la relación con los médicos la que suele ser considerada como importante.

Una parte complementaría a la necesidad de sensibilizar a profesionales de salud no familiarizados con la somatización es la parte concerniente a los pacientes. Hay estudios que consideran que la renuencia de parte de éstos para reconocer la posibilidad de estar padeciendo una condición mediada por su estado psicológico y no su salud biológica es una imagen muy común en los servicios de consulta externa (Kroenke, 2007). Al respecto, los análisis considerados en el presente estudio permiten justificar dicha “renuencia” en la limitada posibilidad que las culturas occidentales tienen para reconocer la comunicación mente-cuerpo. Por ende, los pacientes estarían actuando en consonancia con la premisa de que aquello que se siente en el cuerpo es biológico y aquello que se siente en las emociones es mental. Esto puede constituir un medio facilitador de la incapacidad para hacer la asociación entre las sensaciones corporales y determinados estados emocionales, por lo tanto establecer una conciencia de la interacción mente-cuerpo puede verse socavada.

El ejemplo de culturas orientales y la evidencia de la ubicuidad de la somatización a través de las diferentes culturas, no permite más que sospechar que el intercambio entre la mente y el cuerpo son una consecuencia natural de la existencia del ser humano. Es por ello que en el presente estudio se desea

proponer a la somatización simplemente como otra forma en que se enferma el cuerpo. Es probable que el enfoque biomédico nos haya llevado a limitar los medios por los que la enfermedad se produce, e incluso haya llevado a anteponer las evidencias “observables” a otros factores subjetivos que no dejan de formar parte del sistema que integra al ser humano. Por lo tanto así como existen agentes patógenos, alteraciones metabólicas o lesiones fisiológicas que enferman al cuerpo, también existen emociones que pueden causar su deterioro y que, por medio de la experiencia de las personas que somatizan, nos recuerdan que son una posibilidad presente en la constitución del individuo.

Validar las experiencias emocionales como otro medio más para afectar el cuerpo, reclamaría repensar los prejuicios respecto de la enfermedad mental. De esta manera, las personas que somatizan podrían sobreponerse al temor que viene con la idea de la “locura” y reconocerían más fácilmente que dicha interacción es natural. Este es un reconocimiento que en culturas orientales sí se lleva a cabo y tal como lo relatan Rao, Young y Raguram (2007), sólo aquellos miembros más occidentalizados de estas regiones mundiales comienzan a temer a la enfermedad mental cuando somatizan, debido a que éste padecimiento deja de ser visto como una consecuencia natural de la conexión entre mente y cuerpo, y comienza a ser asociado con una desviación social.

La exploración de la relación intersubjetiva respecto de la somatización en el presente estudio refleja una realidad complicada en términos de reconocimiento social, tanto por parte de las mismas informantes, como por sus familiares y los profesionales de salud con los que interactúan. En primera instancia, es primordial la necesidad de validar las quejas somáticas como condiciones igual de importantes a una enfermedad biológica en tanto que sumergen al individuo en un sufrimiento existencial. Asimismo, se apoyaría la necesidad de un acercamiento más humano hacia las personas que somatizan que no perpetúe los posibles sentimientos negativos que existen hacia sí mismas por medio de la falta de legitimación de su malestar. En vez de ello, se propone sensibilizar a profesionales no familiarizados con esta condición respecto del estado psicológico que las personas que somatizan suelen

presentar, lo cual a la vez les permitiría hacer referencias más oportunas a profesionales que podrían dar respuesta a sus necesidades. Finalmente, se considera importante modificar las creencias culturales respecto del dualismo mente-cuerpo y la percepción negativa de la enfermedad mental, lo cual permitiría entender a la somatización como una condición humana susceptible de suceder y que puede ser reconocida tal como lo muestran las culturas orientales.

6.4 Aportaciones y limitaciones del método fenomenológico en el estudio de la somatización.

El estudio de la somatización a través del método fenomenológico permitió reconocer las quejas somáticas con una amplitud diferente a la que se considera dentro de la psicopatología. La persona que somatiza está sujeta al sufrimiento que produce un estado de emocional afectado que cobra cierta relevancia por la presencia de quejas corporales que suelen significarse como enfermedades biológicas producto del contexto occidental en el que las personas están inmersas.

Esta perspectiva explora a la somatización desde una óptica que ofrece resultados diferentes a aproximaciones psiquiátricas y psicopatológicas y la muestra como una condición humana que se funda en la inherente conexión mente-cuerpo y en la posibilidad de que factores emocionales, a la par de los factores biomédicos, pueden generar afecciones corporales genuinas que cuentan con un significado más allá de la apariencia objetiva de malestar. De esta manera, la somatización podría conceptuarse como una consecuencia natural del desenvolvimiento humano tal como se hace en culturas orientales.

De forma complementaria, la implementación del proceso de Epoché dentro de la investigación, permitió dirigir la mirada a un fenómeno que, si bien ya había sido descrito con anterioridad a nivel conceptual, nos permite reinterpretarlo y ofrecer una óptica diferente para comprenderlo. En específico, permitió develar la necesidad de reconocer que existe una tendencia por parte de las informantes a vivir como involuntario el malestar que deriva de sus quejas, y que de igual forma, son capaces de reconocer que durante los

periodos de crisis su mente funcionaba con base en una percepción negativa y pesimista hacia la vida. Este tipo de comportamiento ha sido reportado antes en la literatura sobre somatización (Waitzkin y Magaña, 1997), sin embargo, no se considera como una condición que forma parte del malestar, sino que se piensa como una actitud oposicionista, casi de carácter voluntario por parte de las personas que somatizan, para permanecer en un estado de sufrimiento.

La premisa del proceso de Epoché es poner entre paréntesis los prejuicios personales para poder escuchar y empatizar con la realidad del interlocutor de forma abierta y así poder intuir el sentido de su experiencia. El empleo de esta estrategia fenomenológica dentro del estudio, contribuyó a repensar las categorías que se tienen actualmente respecto de las personas que somatizan acercándolas más a la realidad del sufrimiento que experimentan. Estas aportaciones permiten asumir que el contacto con estos individuos requiere cierta actitud de apertura por parte de las personas y profesionales con los que interactúan, sobre todo si se considera que esta actitud empática puede permitir reconocer su sufrimiento más allá de la percepción superficial de las quejas.

El investigador mexicano Hugo Aréchiga (2003) realizó una compilación de diferentes autores que recuperan la importancia de una aproximación humanista en la práctica médico-paciente en oposición a posturas impersonales que suelen considerar la enfermedad sólo como un conjunto de síntomas y no como el problema de una persona. Su enfoque se apoya en los preceptos expuestos por Hipócrates respecto de la práctica médica, la cual debe ser un ejercicio moral y humanitario. A pesar de que la somatización es una condición diferente de una enfermedad biomédica, la aplicación de dicha atención humanista en los servicios de salud podría ser una forma de ofrecer una cara diferente a los pacientes que padecen quejas somáticas. Los casos de somatización podrían ser mejor identificados únicamente con permitirse entender al paciente más allá de los síntomas que presenta asumiendo un papel empático ante su condición. De esta manera, se podría transmitir un sentido de reconocimiento ante dicho malestar y generar en aquellos que lo padecen, la percepción de que pueden mejorar. El producto del proceso de

Epoché permitiría llegar a tales conclusiones considerando la experiencia relatada por las informantes.

A nivel conceptual, la aproximación fenomenológica del estudio permite reconocer que una diferencia importante entre las culturas orientales y occidentales estriba en la falta de un modelo de creencias culturales que permitan darle sentido a las quejas somáticas en contexto colectivo, como lo puede hacer la medicina Ayurveda en India o las creencias tradicionales en China. De acuerdo con Fábrega (1990), este sistema de creencias filosóficas referentes a la concepción holística del ser humano permite que las quejas somáticas adquieran un sentido grupal y en consecuencia, se conviertan en un “verdadero” lenguaje emocional que puede ser entendido por otro en un contexto colectivo.

Debido a la falta de este sistema de creencias es que podría explicarse la heterogeneidad de quejas corporales que suelen reportarse en contextos occidentales como el caso del presente estudio. Las creencias filosóficas que podrían dar sentido, por ejemplo, al síndrome de *Hwa Byung* en Corea, que es considerado de carácter somatomorfo en el DSM-IV (APA, 1994), regresan a un sentido de injusticia moral y social colectiva que se remonta a generaciones atrás, de acuerdo con el análisis de Kirmayer y Young (1998), lo cual daría sentido a las emociones que pretenden expresarse en su determinado contexto cultural, y sobre todo, al tipo de quejas corporales que manifiestan. Esto sería similar a la importancia del semen en la cultura Ayurveda el cual es el antecedente de las manifestaciones del Síndrome de Dath en India.

En el contexto de la cultura mexicana, creencias de este tipo han permanecido presentes a lo largo del tiempo en determinados pueblos indígenas (Zolla, del Bosque, Tascon y Mellado, 1988); sin embargo, en el contexto urbano es probable que el enfoque biomédico tenga mayor peso en lo relativo a la consideración de la salud y enfermedad (Clarac, 1992). Entonces, podría existir una diferencia entre las manifestaciones somáticas en occidente y la experiencia de malestar en sentido oriental, que al final reflejan la interacción entre la mente y el cuerpo, pero con sustratos filosóficos diferentes, que en el

caso de oriente, se les puede dar un sentido colectivo a diferencia de las culturas dualistas.

Si bien el estudio fenomenológico de la somatización resalta la importancia de reconocer un individuo complejo que presenta quejas de carácter emocional cuya validez debe ser reconocida en un contexto intersubjetivo, la imagen que se dibuja de la persona que somatiza requeriría ser reconceptuada desde los modelos empleados a nivel del sistema de salud médica y de salud mental para referirse al fenómeno. Por lo tanto las aportaciones del presente estudio podrían ser de difícil inserción en el contexto de la salud en general y la salud mental pública, que de acuerdo con Clarac de Briseño (1992), responde a una lógica institucional diferente a la que podría derivarse de estudios de esta naturaleza. Ésta sería considerada la principal desventaja de la estrategia metodológica utilizada en el presente estudio, ya que aunque los planteamientos teóricos que arroje sean válidos, la inmediata inserción en el sistema de atención en la salud, podría requerir un esfuerzo significativo de acuerdo con diferencias de carácter epistemológico.

En consecuencia, el presente estudio permitió conocer a la somatización desde una óptica más compleja cimentada en las creencias culturales, lo cual le permite alejarse del estándar de la biomedicina y de los diversos estigmas hacia la enfermedad mental; no obstante, poner en marcha estos planteamientos requeriría repensar el sistema hegemónico con que se observa la salud en el contexto nacional.

6.5 La indagación posterior

Al ser una aproximación distinta al fenómeno de la somatización, los planeamientos teóricos y metodológicos aquí abordados pueden ofrecer una serie de elementos que requerirían ser profundizados y que prometerían aportaciones importantes al trabajo concluido en el presente estudio.

En un primer momento, se podría sugerir explorar con mayor amplitud las experiencias individuales de somatización en estudios que consideren la experiencia de un solo informante. El presente trabajo recurrió a varios informantes para dar cuenta del objetivo de conocer el significado subyacente

de la experiencia de somatizar; sin embargo, en indagaciones posteriores, considerar casos únicos permitiría ofrecer elementos adicionales a las descripciones derivadas de los relatos aquí presentados (por ejemplo, estudiar el fenómeno en contexto intergeneracional tal como lo refleja la experiencia de Adriana). Podrían sumarse así elementos nuevos a la experiencia que permitirían retratar de manera más fiel el fenómeno de la somatización.

En el mismo sentido, sería importante indagar la experiencia de los profesionales de salud con relación a los pacientes que somatizan. Este sería un factor relevante considerando que la relación intersubjetiva entre ambos constituye un punto clave para encausar el reconocimiento y la atención en la somatizar. Por este medio se podrían sugerir medios de optimización de dicha relación con argumentos más amplios y más concienzudos. Aunado esto, el presente estudio cumple a un nivel descriptivo para retratar la experiencia de somatizar, sin embargo la propuesta de tipo de intervención clínica para aliviar el sufrimiento asociado a las quejas somáticas supera sus aportaciones inmediatas. Considerando que el estudio reconoce a la persona que somatiza desde un punto de vista fenomenológico, la interpretación del malestar que emerge de esta óptica podría ser puesta al servicio de intervenciones que fueran útiles en contextos aplicados, considerando que no todos los profesionales de la salud que atienden a las personas que somatizan son psicólogos o psiquiatras.

Asimismo, valdría la pena considerar manifestaciones somáticas en otros tipos de individuos, como sería el caso de varones y personas con grados menores de deterioro producto de sus quejas. Sí el planteamiento sostenido previamente respecto de que el puente entre la mente y el cuerpo es un medio insalvable en el ser humano, las posibilidades de que cualquier persona pudiera experimentar quejas somáticas sería esperable.

Finalmente, a nivel teórico, valdría la pena revisar con mayor detenimiento la pertinencia del mecanismo de disociación como la manera en que se puede explicar la somatización en contexto occidental. La disociación se entiende conceptualmente como un mecanismo defensivo que actúa en tanto las experiencias no pueden ser procesadas a nivel mental. En el caso del

presente estudio, se podría comenzar a considerar que más que un mecanismo defensivo puede ser una tendencia del pensamiento occidental a procesar necesariamente las experiencias de vida solo a nivel emocional, de tal forma que cuando esta predisposición falla, las emociones pueden llegar a extenderse a la esfera corporal. De lo contrario, la disociación tendría que ser un mecanismo presente en culturas orientales por igual, de tal forma que se tendría que reconocer su protagonismo con relación a los fenómenos somáticos. Esta es una línea teórica que requeriría ser explorada con mayor profundidad considerando los hallazgos del presente estudio.

CONCLUSIONES: EL CAMINO HACIA LA COMPRESIÓN DE LA EXPERIENCIA DE SOMATIZAR.

Recurrir a una aproximación fenomenológica para entender la experiencia de somatizar constituye un medio alternativo para dar cuenta del malestar de las personas partiendo desde un plano subjetivo. Ello nos lleva a reflexionar acerca de las ventajas y desventajas de las teorizaciones, primordialmente de corte positivista, que imperan hoy día en el campo de la salud mental.

Las experiencias de las informantes muestran a las quejas somáticas como el reflejo del sufrimiento al enfrentar tensiones de diversa índole a lo largo de su vida, que pasan desapercibidas para su conciencia, pero que son palpables en el sufrimiento corporal que experimentan. Pensar a la somatización como una experiencia, más que como una categoría diagnóstica, permite abrir la posibilidad a la escucha del malestar que las reviste, proporcionando un sentido al contenido existencial que afecta la vida de un individuo en ese preciso momento. Acercarse a la somatización esperando identificar síntomas que pudieran encajar dentro de categorías diagnósticas, borra la imagen completa del sufrimiento y antepone una construcción teórica a la experiencia de la persona que vivencia las quejas.

Es importante reconocer lo propicio de un acercamiento fenomenológico a la somatización ya que, tal como lo muestran las culturas con sistemas de creencias holísticos, el trasfondo que en ella se juega es la interacción natural de las dimensiones subjetivas de la persona, donde los afectos, las experiencias interpersonales, las creencias seculares, morales y espirituales, se encuentran entrelazadas al funcionamiento corporal y a las interacciones sociales de manera inamovible (Catwrigth, 2003). Por lo tanto, resulta pertinente preguntarnos en qué medida la somatización es una condición más cercana a la naturaleza humana, que a un mal funcionamiento mental. En culturas de corte primeramente dualista como México, convendría introducir la idea de que las quejas somáticas son un recordatorio de la inherente conexión mente, cuerpo, sociedad y de cualquier extensión humana, cuyas variaciones y desequilibrios puedan manifestarse a través de una dimensión usualmente asociada a la biomedicina como lo es la esfera corporal. Reconocer que

cualquier matiz de la subjetividad humana puede expresarse en lo físico y objetivo del cuerpo, permitiría complementar la visión de la biomedicina y abriría la posibilidad de que las quejas somáticas pudieran ser legitimadas como formas “reales de malestar”, aún cuando carecieran de indicadores de etiología biológica, como usualmente se espera en cualquier enfermedad.

Si bien el ejercicio de la ciencia desde la óptica cartesiana ha probado que objetivar el estudio de la realidad puede dar lugar a avances tecnológicos y explicaciones plausibles a los fenómenos humanos y de la naturaleza, no se debe olvidar que cualquier idea inspiradora de nuevos avances científicos nace en la subjetividad de un individuo (Ovejero, 1999). Si la subjetividad es un componente del ser humano, ¿por qué no trabajar con ella en los procesos donde juega un papel importante como es la somatización?

El proceso del *Epoché* permite poner en juego a dos personas, con el fin de que una de ellas logre entender empáticamente, desde su subjetividad personal, aquello que la otra vivencia. El acercamiento a la somatización con esta actitud abierta promete ser beneficioso en tanto que permite crear un espacio de escucha y entendimiento al malestar que una persona vive y que no se manifiesta verbalmente. Es en este espacio en el que el significado de las quejas somáticas puede alcanzarse y obtener un reconocimiento más allá de la singularidad de la persona que las experimenta. Por este medio, es posible llegar a un significado compartido y dejando de lado el sentimiento de inadecuación que surge de no encontrar un “origen biológico” a las quejas.

El objetivo a perseguir es que, una vez reconocida la importancia de los procesos subjetivos que revisten la existencia humana, se incluya esta perspectiva en el ejercicio de los profesionales de salud. Fomentar una atención *humanista* en los servicios de salud posibilitaría que casos diferentes a los de enfermedades biomédicas, fueran mejor atendidos. Esto no necesariamente implicaría que médicos u otros profesionales de salud se focalizaran inmediatamente en el contenido de las experiencias de las personas que somatizan, sino simplemente que estuvieran en posibilidad de pensar que el sufrimiento que viven las personas que acuden en busca de

ayuda, es real y que requiere ser considerado como importante y digno de atención.

En un sistema de salud como el nuestro, con influencias dualistas según lo ya mencionado, existen profesionales cuyo “trabajo” abarca profundizar en la vivencia subjetiva de las personas, por lo que el papel del psicólogo puede complementar el trabajo de cualquier profesional de la salud que se encuentre al margen del manejo de la subjetividad humana. Asimismo, más allá del manejo clínico, propiciar iniciativas de escucha mutua en contexto grupal también permitiría que aquellas personas que comparten la vivencia de quejas somáticas pudieran construir un significado para su experiencia al identificarse en la vida de otros. La experiencia de las informantes muestra claramente cómo la interacción grupal dentro de diferentes instituciones sirvió como un medio de alivio para sus quejas, lo cual resalta la importancia de cultivar relaciones de “pares” en la condición.

Ejercicios como el *Epoché* resaltan la importancia de reconocer a la otra persona en una relación horizontal en donde, antes de ser experto, se asume la vulnerabilidad del profesional como ser humano (Ashworth, 1999). El reto del *Epoché* comprende ejercitar una cara diferente del ejercicio profesional, recuperando una faceta sensible de nosotros mismos, donde se valoren los sentimientos empáticos y la posibilidad de entender la vida de otra persona como sujeta a las mismas reglas que la nuestra, de tal forma que relacionarnos con ellos a través de sentimientos de apertura nos lleva a validar una dimensión de igualdad entre cada uno de nosotros. ¿Qué tan posible es poder desarrollar una mirada humanitaria como ésta?; si bien puede ser difícil, no es una opción que permanezca inaccesible, sobre todo considerando que existen aproximaciones como la fenomenología que busca entender la ciencia desde una postura más acercada al alma humana y no sólo el empleo de formas racionales de pensamiento desprovistas de cualquier subjetividad.

En el caso de la somatización, la cual presupone una persona que busca comunicarse a sí misma a través de un lenguaje de quejas corporales, la institución de una mirada empática entre profesionales de salud y personas que padecen resulta propicia y prometedora. Puede ser difícil imaginar los medios

actuales de atención para la salud enfocados a una profesionalización más humanitaria; sin embargo, para el presente estudio es importante puntualizar que pueden existir buenas razones para considerar dicha dimensión como una propuesta que podría traer beneficios importantes, tal vez no sólo para la somatización, sino para las relaciones humanas destinadas a conectar las “ciencias de la salud” con el grueso de la población.

Los casos de las informantes muestran que la persona que somatiza padece un sufrimiento al que todo ser humano podría estar propenso, con la única desventaja de que en el contexto occidental, estas manifestaciones están desprovistas de sistemas de creencias que les den sentido culturalmente. La experiencia humana subyacente a la vivencia de somatizar comienza a ser retratada en los casos de las informantes, y sobre todo se hace evidente la importancia de sobreponerse a dichas desventajas culturales si es que se desea ofrecer una mejor atención a problemas emocionales de este tipo.

Con el propósito de ampliar la propuesta actual, en investigación posterior sería importante conocer la experiencia de somatizar en diferentes momentos de la vida tanto de hombres como mujeres; así como bajo diferentes relatos de acuerdo con las diferentes etapas de la vida. De esta manera, la imagen de la experiencia que comienza a ser dibujada en el presente estudio encontraría mayor amplitud y permitiría propuestas más amplias, fundadas y orientadas en evidencias. Al mismo tiempo, es importante considerar la posibilidad de que las culturas occidentales pudiesen recuperar lo que sigue conservándose en sociedades orientales, que reconocen el vínculo mente-cuerpo y que sostienen que fenómenos como la somatización son dignos de ser escuchados de forma comunitaria. Esto implicaría ofrecer otras opciones de pensamiento a la sociedad mexicana que pudieran proveer a las personas de formas alternas para entenderse así mismas y a los fenómenos que nos subyacen como humanos. Tomando como referencia el marco de las creencias prehispánicas se podría ejemplificar que es sólo un dilema conceptual considerar a la mente y al cuerpo como unidos o separados. Este no sería un trabajo que implicaría cambiar radicalmente la forma de pensamiento de la ciencia y servicios de salud, sino sólo ofrecer otros medios “didácticos” para comprender ciertos fenómenos humanos, reinstituyendo el papel indivisible

entre la mente y el cuerpo, a través de información referente a nuestro bagaje cultural como nación.

Se considera importante generar mayor conocimiento respecto del fenómeno de la somatización con el fin de que estar en posibilidad de plantear medios diferentes de entender a las personas que la padecen; y asimismo, reconocer una realidad que no es ajena a ningún ser humano aún dentro de culturas occidentales, una realidad que muestra que nuestras afecciones corporales pueden comunicar expresamente el contenido de otras esferas de nuestra existencia, las cuales vale la pena significar como parte de la sensibilidad y naturaleza de todo ser humano.

REFERENCIAS

Alcántara, L. y Vidal M. (2011, Mayo 25). Salud descarta origen infeccioso de males en Villa de las Niñas [Artículo electrónico]. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/418496.html>.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: Masson.

Aragónés, E., Labad, A., Piñol, J., Lucena, C. & Alonso, Y. (2005). Somatized Depression in Primary Care Attenders. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 145-151.

Aréchiga, U. H. (2003). *Ciencia y humanismo en medicina*. México: Siglo XXI.

Ashworth, P. (1999). "Bracketing" in Phenomenology: Renouncing Assumptions in Hearing About Student Cheating. *Qualitative Studies in Education*, 6, 707-721.

Ávila, L. A. (2006). Somatization or Psychosomatic Symptoms?. *Psychosomatics*, 47, 163-165.

Bäärheilm S. & Ekblad, S. (1997). Turkish Migrant Women Encountering Health Care in Stockholm: A Qualitative Study of Somatization and Illness Meaning. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24, 43-452.

Barsky, J. A., Peekna, H. M. & Borus J., F. (2001). Somatic Symptom Reporting in Women and Men. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 266-275.

Boyd, K. M. (2000) Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some exclusive concepts. *J. Med. Humanit*, 26, 9-17.

Brodine, A. H. & Hartshon, M. A. (2004). Recognition and Management of Somatoform Disorders, *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 91, 268-273.

Brown, R. J. (2004). Medical Unexplained Symptoms: a New Model. *Psychiatry*, 5, 43-45.

Carbone, L. A., Barsky, A. J., Orav, E. J. Fife, A., Fricchione, G. L., Minden, S. L. & Borus, J. F. (2000). Physical symptoms and utilization in primary care patients. *Psychosomatics*, 41, 512-518.

Catwrihgh E. (2003). Espacios de Enfermedad y Curación: Los Amuzgos de Oaxaca, entre la Sierra Sur y los Campos Agrícolas de Sonora, México: El colegio de Sonora.

Chaturvedi , S. & Maguire, G. P. (1998). Persistent Somatization in Cancer: A Controlled Follow-Up Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 249-256.

Ciechanowski, P. S., Kanton, W. J., Russo, J. E. & Dwight-Jones, M. M. (2002). Association of Attachment Style to Life Medically Unexplained Symptoms in Patients with Hepatitis C. *Psychosomatics*, 43, 206-212.

Clarac, d. B., J. (1992). *La enfermedad como lenguaje en Venezuela*. Venezuela: Universidad de los Andes.

Collins, F. E., (2006). 'Dissociation in Australia.' In G. F. Rhoades, Jr., & V. Sar (Eds.), *Trauma and dissociation in across-cultural perspective* (pp. 55-79), London: Routledge.

Compas, B. y Gotlib, I. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica. Ciencia y Práctica*. México: McGraw-Hill

Darghouth, S., Pedersen, D., Bibeau G. & Rousseau, C. (2006). Painful languages of the body: experiences of headache among women in two Peruvian communities.

Di Silvestre, C. (1998, Febrero 2). Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. Revista electrónica de epistemología de ciencias sociales. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=304242>

Emmelkamp, J., Kromproe, I. H., Van Ommeren, M. & Schagen, S. (2002). The Relation Between Coping Social Support and Psychological and Somatic Symptoms, Among Torture Survivors in Nepal. *Psychol Med*, 32, 1465-1470.

Ercikson, S. J. & Steiner, H. (2000). Trauma Spectrum Adaptation. Somatic Syntoms in Long-Term Pediatric Survivors. *Psychosomatics*, 41, 339-346.

Escobar, J., Gara, M., Waitzkin, H., Cohen Silver, R., Holman, A. & Compton, W. (1998) DSM-IV Hypochondriasis in Primary Care. *General Hospital Psychiatry*, 20, 155-159.

Fábrega, H. (1990). The Concept of Somatization as a Cultural and Historical Product of Western Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 52, 653-672.

Farooq S., Gahir, M. S. Okyere, E, Sheikh, A. J. & Oyebode, F. (1995). Somatization: A transcultural study. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 883-888.

Fitzpatrick, R. (1990). Conceptos comunes de enfermedad. En: Fitzpatrick R. La enfermedad como experiencia. México, Fondo de Cultura Económica.

Freud, S. (1894). The psychoneuroses of defense. In J. Strachey (ed. and trans.). The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud (vol. 3, pp22-60). London: Hogarth.

Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. México: Siglo XXI.

García-Campayo, J, Claraco, L. M., Sanz-Carrillo, C., Arévalo, E., y Monton, C. (2002). Assessment of a pilot course on the management of somatization disorder for family doctors. *General hospital psychiatry*, 24, 101-105.

Garralda, E. (2008). Somatization and Somatoform Disorders. *Psychiatry*, 7, 353-356.

González-Núñez, J. J. y Rodríguez, C. M. P. I (2002). *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica*. México: Plaza y Valdés.

Hagengimana, A. Hinton, D., Bird, B., Pollack, M. & Ptiman R. K. (2003). Somatic Panic-Attack Equivalents in a Community Sample of Rwanda Widows who Survive the 1994 Genocide. *Psychiatry Research*, 117, 1-9.

Helman, C. (1984). *Culture, Health and Illness*. USA: John Wright & Sons.

Martínez-Hernández (2000). *What's Behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Hoge, C. W., Terhakopian, A., Castro, C. A., Messer, S. C. & Engel, C. C. (2007). Association of Posttraumatic Stress Disorders With Somatic Symptoms, Health Care Visits, and Absenteeism Among Iraq War Veterans. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 150-153.

Hudelson, P. M. (1994). *Qualitative Research for Health Programs*. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization.

Interian, A., Allen, L. A., Gara, M. G., Escobar, J. I. & Díaz-Martínez, A. M. (2006). Somatic Complaints in care: Further Examining the Validity of the Patient Health Questionnaire. *Psychosomatics*, 47, 392-398.

Khan, A. A., Khan, A., Harezlak, J., Tu, W. & Kroenke, K. (2003). Somatic Symptoms in Primary Care: Etiology and Outcome. *Psychosomatics*, 44, 471-478.

Kirmayer, L. J. & Young, A (1998). Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological, and Ethnographic Perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60, 420-430.

Kleinman, A. (1977). Depression, somatization and the "New Cross-cultural Psychiatry". *Social Science & Medicine*, 11, 3-10.

Kleinman, A. (1982). Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 6, 117-190.

Kohrt B. & Harper, I. (2008). Navigating Diagnoses: Understanding Mind-Body Relations, Mental Health and Stigma in Nepal. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 32, 462-491.

Kroenke, K. (2007). Somatoform Disorders and Recent Diagnostic Controversies. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 593-619.

Lam, K., Marra, C. & Salzinger, K. (2005). Social Reinforcement of Somatic Versus Psychological Description of Depressive Events. *Behavior Research and Therapie*, 43, 1203-1218.

Längle, A. (2006). *La Fenomenología en la Praxis del Análisis Existencial*. México: GLE México y GLE Internacional/Viena.

Laurell, A. C. (1982). La enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2, 7-25.

Leigh, H. Stewart, W., Mallios, R. (2006). Mental health in psychiatry training residency programs. Part I who teaches, where, when and how satisfied?. *General hospital psychiatry*, 28, 189-194.

Lou, Z., Goddeeris, J., Gardiner, J. C. & Smith, R. C. (2007). Cost of an intervention for primary care patients with Medically Unexplained Symptoms: A randomized controlled trial. *Psychiatry Services*, 58, 1079-1086.

Mai F. M. & Merskey H. (1980). Briquet's Treatise on Hysteria. A Synopsis and Comentary. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1401-1405.

Marty, P. (2003). *La Psicósomática del Adulto*. Buenos Aires: Amorroutu Editores.

Mechanic, D. (1962). The concept of Illness Behavior. *Journal of Chronic Disease*, 15, 189-194.

Mondragon-Barrios, (2009). Consentimiento informado: una praxis dialógica para la investigación. *Ética y medicina*, 61, 73-82.

Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. USA, Sage publications.

Mumford, D. B. (1989). Somatic sensations an psychological distress among students in Britain and Pakistan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 231-326.

Mumford, D. B. (1993). Somatization: a transcultural perspective. *Internatonal Review of Psychiatry*, 5, 231-242.

Otero, J. y Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicósomática. *Aperturas psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis*, 1 (16), 1-17 recuperado el 23 de Octubre en <http://alejandria.ccm.itesm.mx/biblioteca/digital/apa/APAelectronicas.html>

Ovejero, A. (1999). *La nueva psicología social y la actual posmodernidad*. Oviedo: universidad de Oviedo.

Perry, C. T., Oum, P. & Hafter Gray, S. (2007). The Body Remembers: Somatic Symptoms in Traumatized Khmer. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 35, 77-84.

Pribor, E. F., Yutzy, S. H., Dean, T. & Wetzal, R. D. (1993). Briquet Syndrome, Dissociation, and Abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 10, 15071511.

Raguram, R., Weiss, G. M., Channabasavanna, S. M. & Devins, M. G. (1996). Stigma, Depresión and Somatization in South India. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 1043-1049.

Ranjith, G. & Mohan, R. (2006). Dhat Syndrome as a Functional Somatic Syndrome: Developing a Sociosomatic Model. *Psychiatry*, 69, 142-150.

Rao, D, Young, M. & Raguram, R. (2007). Culture, Somatization, and Psychological Distress: Symptom Presentation in South India Patients from a Public Psychiatric Hospital. *Psychopatology*, 40, 349-355.

Redekop, F., Stuart, S. & Mertens, C. (1999). Physical "Phantasies" and Family Functions: Overcoming the Mind/Body Dualism in Somatization. *Family Process*, 38, 371, 385.

Salgado de Snyder, N. V. & Díaz-Perez, M. J. (1999). Los Trastornos Afectivos en Población Rural. *Salud Mental*, número especial, 68-74.

Saxe, G. N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Leiberg, G., Schwartz, J. & van der Kolk, B. A. (1994). Somatization in patients with dissociative disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 9, 1329-1334.

Sheehan, B., Bass, C., Briggs, R., & Jacoby, R. (2003). Somatization Among Older Primary Care Attenders. *Psychological Medicine*, 33, 867-877.

Shoenberg, P. (2007). *Psychosomatics*. Reino Unido: Palgrave McMillan.

Simon G. & Von Korff M (1991). Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Psychiatry*, 148, 1494-1500.

Simon, G. E., VonKorff, M., Piccineli, M., Fullerton, C. & Ormel, J. (1999). An International study of the relation between somatic symptom and depression. *The New England Journal of Medicine*, 341, 1329-1326.

Stuart, S. & Noyes, R. (1999). Attachment and Interpersonal Communication in Somatization. *Psychosomatics*, 40, 34-43.

Tamayo, J. M., Rovner, J. & Muñoz, R. (2007). La Importancia de la Detección y el Tratamiento de los Síntomas Somáticos en Pacientes Latinoamericanos con Depresión Mayor. *Rev Bras Psiquiatr*, 29, 182-187.

Tarrés, M. L. (2008). Observar, escuchar y comprender. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, El Colegio de México.

Taylor, R. L. (2007). *Enmascaramiento Psicologico, Distinguiendo Trastornos Psicológicos de Orgánicos*. México, Manual Moderno.

Thomassen, R., van Hermert, A. M., Huyse, F. J., van der Mast, R. C. & Hagenfeld M. V. (2003). Somatoform disorders in Consultation-Liaison Psychiatry: A comparison with other mental disorders. *General Hospital Psychiatry*, 25, 8-13.

Thung, M. P. M. (1994). Symbolic meanings of the body in Chinese culture and "somatization". *Medicine, Culture & Psychiatry*, 18, 483-492.

Waldinger, R. J., Schultz, M. S. Barsky, A. J & Ahern, D. K. (2006). Mapping the Road From Childhood Trauma to Adult Somatization: The Role of Attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68, 129-135.

Waitzkin, H. & Magaña, H. (1997). The Black Box in Somatization: Unexplained Physical Symptoms. Culture, and Narratives of Trauma. *Social Science Med.* 45, 811-825.

White, B. & Sanders, S. H. (1986). The Influence on Patients' Pain Intensity Ratings of Antecedent Reinforcement of Pain Talk or Well Talk. *Journal of Behavior Therapie and Experimental Psychiatry*, 17, 155-159.

Wertz, F.J. (1985). Chapter 5: Methods and findings in an empirical analysis of "being criminally victimized," En A. Giorgi (Ed.), *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press, pp. 155-216.

Wertz, F.J. (2010). The method of eidetic analysis for psychology. En T.F. Cloonan & C. Thiboutot (Eds.), *The redirection of psychology: Essays in honor of Amedeo P. Giorgi*, pp. 261-278. Montréal, Québec: Le Cercle Interdisciplinaire de Recherches Phénoménologiques (CIRP), l'Université du Québec à Montréal et Rimouski.

Wesselyn, S., Nimnuan, C. & Sharpe, M. (1999). Functional Somatic Syndromes: One or Many?. *The Lancet*, 354, 936-939.

Woolfook, R., Allen, L. & Tiu, J. (2007). New Directions on the Treatment of Somatization. *Psychiatric Clinics of North America*. 30, 261-644.

Worthington R. P. & Gogne, A. (2011). Cultural aspects of primary care in India. A case-based analysis. *Asia Pacific Family Medicine*, 10, 1-5.

Zolla, C., del Bosque, S. Tascon, A., y Mellado, V. (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

APENDICES

A1. Guía de entrevista

- ¿Cómo es un día común con el malestar?
- ¿Cómo describiría su malestar?,
- ¿Qué tan incapacitante ha sido?
- ¿Cuándo ha sido más intenso?
- ¿Cómo se diferencia su malestar, del malestar de una enfermedad normal?
 - ¿Qué le han dicho los médicos de su malestar?
 - ¿Qué piensa de las personas que no los presentan?, ¿Qué ha hecho para calmar su malestar?
 - ¿Alguna vez algún síntoma le preocupó en exceso que pensó que podría estar enfermo de algo grave?

A2. Consentimiento informado.

La experiencia de padecer síntomas somáticos en pacientes con ansiedad

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Psic. David Jurado Cárdenas. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es *conocer como algunas personas con problemas de ansiedad experimentan sus síntomas somáticos*.

Me han indicado que mi participación dentro de esta investigación me ubica como un *co-investigador* de la experiencia de vivir síntomas somáticos, lo que significa que en conjunto con el investigador a cargo, recuperaré a través de mi discurso individual cómo es que he experimentado los síntomas somáticos asociados al espectro de ansiedad que presento. Sé que este trabajo conjunto se llevará a cabo por medio de una o dos entrevistas como máximo, las cuales serán audio grabadas en su totalidad únicamente con el fin de facilitar la transcripción de la información que yo proporcione. Una vez terminado el análisis, las grabaciones serán destruidas. Estoy enterado de que me será entregado por escrito el análisis final de mi vivencia de los síntomas somáticos para que lo pueda evaluar y para asegurarme que éste transmita fielmente mi vivencia. En caso de que desee agregar algo nuevo al análisis o que desee hacer algún comentario sobre su contenido podré hacerlo con toda libertad.

Entiendo que la información que yo proporcione en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona o para mi tratamiento en la Unidad de Psicofisiología Aplicada del Instituto Nacional de Psiquiatría. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Psic. David Jurado Cárdenas a los teléfonos 04455-2843-6268 y 4623-8562 y a la dirección de correo electrónico: david_jurado4@hotmail.com y david_jurado4@yahoo.com.

Entiendo que una copia de esta carta de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Psic. David Jurado Cárdenas a los teléfonos y direcciones de correo electrónico que aparecen arriba.

Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha

<i>Psic. David Jurado Cárdenas</i>	-----	
Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha