

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
Y ARTES DE CHIAPAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

TESIS

**ROL SEXUAL REPRODUCTIVO,
CORPORALIDAD, Y ESTÉTICA EN
MUJERES CON SÍNDROME OVARIO
POLIQUÍSTICO EN EDAD FÉRTIL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTAN

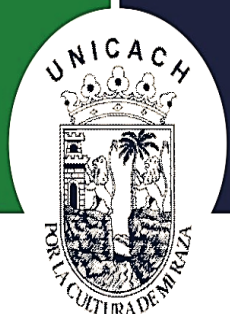
**JULIA DEL ROCÍO GONZÁLES GUZMÁN
HUGGET MICHELLE LÓPEZ ANAYA**

DIRECTORA DE TESIS

DRA. IRMA HERNÁNDEZ SOLÍS

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Octubre de 2024.





Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas
Dirección de Servicios Escolares
Departamento de Certificación Escolar
Autorización de impresión



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
28 de octubre del 2024

Julia del Rocío González Guzmán
Pasante del Programa Educativo de Psicología

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado "Corporalidad, rol sexual reproductivo y estética en mujeres con síndrome ovario poliquístico en edad fértil" en la modalidad de Tesis.

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su examen profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Dra. Soledad Hernández Solís

Dr. Germán Alejandro García Lara

Dr. José Luis Hernández Gordillo

Firmas:

C.c.p. Expediente



Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas
Dirección de Servicios Escolares
Departamento de Certificación Escolar
Autorización de impresión



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
28 de octubre del 2024

Hugget Michelle López Anaya
Pasante del Programa Educativo de Psicología

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado "Corporalidad, rol sexual reproductivo y estética en mujeres con síndrome ovario poliquístico en edad fértil" en la modalidad de Tesis.

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su examen profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Dra. Soledad Hernández Solís

Dr. Germán Alejandro García Lara

Dr. José Luis Hernández Gordillo

Firmas:

C.c.p. Expediente

ÍNDICE

Agradecimientos.....	3
Introducción	7
Planteamiento del problema.....	8
Justificación.....	14
Objetivos.....	16
Específicos	16

Capítulo I. Metodología

1.1 Enfoque y método.....	17
1.2 Técnicas e instrumentos	18
Guía de entrevista	19
1.3 Sujetos y contexto de estudio	19
1.4 Procedimiento.....	20
1.5 Análisis de la información	21

Capítulo II. Síndrome de Ovario Poliquístico

2.1 Generalidades.....	23
2.2 Signos y síntomas	24
2.3 Diagnóstico.....	25
2.4 Tratamiento	27
2.4.1 Tratamiento farmacológico.....	28
2.4.2 Tratamiento no farmacológico	29
2.4.3 Tratamiento psicológico	30

Capítulo III. Roles de género y estereotipos de género

3.1 Sistema patriarcal como orden social.....	34
3.2 Definición de género.....	35
3.2 Roles de género.....	36
3.2.1. Definición de roles de género.....	36
3.2.2 Roles de género femeninos	37
3.2.3 Maternidad como rol de género	38
3.3 Estereotipos.....	40
3.3.1 Definición de estereotipos de género	40
3.3.2 Belleza como estereotipo de género femenino	41
3.4 Corporalidad.....	42

Capítulo IV. Resultados

4.1 El sentir de una mujer devastada por un diagnóstico	45
4.2 Viviendo con el enemigo: los síntomas	52

4.3 Responder a las exigencias: ser madre.....	56
4.4 ¿Por qué mi cuerpo se ve diferente al de las demás?.....	59
Conclusiones.....	64
Referencias	67

Agradecimientos

De Julia González Guzmán

Primero me gustaría agradecer a la persona que hizo posible este trabajo, Hugget, gracias por preguntar hace dos años si me quería titular por tesis, sin ti no sería lo mismo, ¡gracias por las desveladas, por ponerle tanto corazón y empeño!, eres una mujer ¡extraordinaria!, sé que a donde quiera que vayas serás una luz en el camino y una excelente psicóloga.

A mi mamá, ¡por ser una mujer excepcional, brillante y amorosa, eres mi mejor amiga!, esta tesis es para ti que me enseñaste que no solo eras mamá sino también humana, mujer y un alma incansable. A mi papá, ¡gracias por verme crecer y dejarme ser yo!, cuando veo tus ojos veo que en el mundo siempre habrá un lugar al cual volver a casa. Todo lo que soy es por ustedes dos. Gracias a ambos por no rendirse, atesorar enormemente el esfuerzo realizado día tras día para que yo llegara hasta donde estoy el día de hoy. ¡Gracias por creer en mí, apoyarme y alentarme a cumplir mis sueños!, ¡siempre lo tendré presente a cada paso que dé! Estoy ¡muy orgullosa de ser su hija!

A mi hermano Julio, ¡eres el mejor regalo que me ha dado la vida!, gracias por siempre hacerme sentir acompañada, sobre todo en los momentos en los que ni tú ni yo sabemos las respuestas. ¡Gracias por creer en mí, por ser mi confidente y por reírte conmigo siempre!, ¡te amo, y siempre buscaré llegar más lejos para darte lo mejor!

A mis abuelas Rosalbina y Elsa, ¡son las mujeres más valientes y poderosas que conozco!, ustedes y mis bisabuelas me enseñaron que vengo de mujeres sorprendentes, capaces de ser tan implacables como amorosas, estoy tan agradecida por cada vivencia suya compartida conmigo, gracias por enseñarme y prepararme para vivir la vida, esto es por y para ustedes, ¡son mi más grande motor! A mi abuelo Jesús, siempre guiarás mi camino con tus enseñanzas sobre la vida, aprendí de ti a ser valiente y a luchar por lo que quiero sin importar lo difícil que se vea, tienes razón, no habría pedido un mejor abuelo que tú. A mi abuelo Julio, en cada cosa que hago estás, espero que estés orgulloso de mi allá en donde estés, has dejado una marca en mi corazón imborrable. Estoy tan agradecida por tenerlos en mi vida, los llevo a los cuatro en mi corazón y lo haré siempre.

A mis tíos Diego y Rafael, ¡gracias por creer en mí en todo este camino!, ¡gracias por escucharme siempre que lo necesito!, por sus consejos, enseñanzas, regaños, incluso sus silencios cuando el

mundo parece desmoronarse, y luego ayudarme a levantarme como solo ustedes saben. Han sido dos de los pilares más grandes de mi vida, y ninguna palabra nunca va a expresar todo mi amor y admiración que les tengo, cada logro mío es también un poco de ustedes. A mi tía Gabriela, ¡gracias por enseñarme de lo que son capaces las mujeres fuertes y decididas!, verte en tantas facetas ha sido asombroso, atesorar cada cosa que hemos vivido juntas, gracias por cada enseñanza.

A mi ahijada Arleth naciste para ser una mujer asombrosa, a mis niños André y Axel, cada vez que pienso en ustedes tres mi corazón se expande un poco más, son mi motivación más grande y las luces de mi vida, los quiero con todo mi corazón, esto es para ustedes.

A Roberto, gracias por ser mi mejor amigo, mi confidente y mi compañero, fuiste la luna que iluminó incluso las noches más oscuras durante todo este camino que no ha sido nada fácil, y siempre te voy a estar agradecida por ello. ¡Gracias por el tiempo en el que aprendimos juntos sobre la vida, siempre voy a creer en ti como tú has creído en mí!

A mis amigos, Frida, Hannia, Iniani, Onso, Liz, José y Ramiro, ¡gracias por hacer de la universidad un momento único, por no dejarme sola, por tenderme la mano y enseñarme de su cosecha, son seres extraordinarios y serán profesionales sorprendentes! A las amistades que se han quedado conmigo a través de los años, Julieta, Windelyn, Fernanda, Sara, Daniela, Narova, Alfredo y Carlos, ¡gracias por acompañarme, creer en mí y brindarme su apoyo! A Gabriela, Viridiana, Viviana, Lorena, Miriam y Luisa, las personas que le dan color a mi vida, ¡gracias por crecer conmigo y creer en mí como nadie lo ha hecho!, ¡me muero por darles un abrazo!

A nuestra directora de tesis Dra. Irma Solís, y a cada maestro que me enseñó a amar más esta carrera, me llevo su pasión por esta bonita profesión y todas sus enseñanzas dentro y fuera del salón de clases.

A las participantes, Gabriela, Susana, Brisa, Sara y Mercedes, gracias por la oportunidad de escuchar sus vivencias, ¡son mujeres increíbles! Y a todas las mujeres parte de la historia.

Finalmente, a mi ángel de la guarda, gracias por estar siempre pendiente de mí y apoyarme. Y, sobre todo, ¡gracias a Dios!, por permitirme llegar a este momento y guiarme siempre, soy tan bendecida por ello.

De Hugget López Anaya

A la vida, simplemente gracias. Por las oportunidades, por los desafíos, por las personas que he conocido y por todo lo que he aprendido. Este trabajo es un pequeño reflejo de todo lo que he vivido y de todo lo que soy. Gracias por permitirme llegar hasta aquí.

Agradezco a las mujeres que me anteceden en mi familia siendo mi fuente de fortaleza e inspiración desde siempre. A mi mamá quien con cariño y disciplina me enseñó a trabajar por mis sueños, ¡quién ha creído en mí!, acompañándome en cada fracaso y en cada victoria, gracias por permitirme ser tu hija y dejarme volar lejos de tu nido. Eres una mujer con mucha fortaleza y resiliencia, por ello, eres mi mayor ejemplo. Te admiro por ser una gran profesional, por seguir preparándote para ofrecerles a las infancias lo mejor de tí, enseñándome a respetarlas y quererlas. Eres de las mujeres más fuertes y amorosas que conozco

A mi hermana Montse, sin ella no hubiera conocido mi vocación, gracias por ser mi hermana mayor y así mi vida haya sido más agradable y cariñosa a tu lado. Sigues siendo mi inspiración para persistir ante lo anhelado. A hermano Alan, ¡gracias por tu paciencia! Por enseñarme que se puede seguir amando en las adversidades y que siempre se puede iniciar con mucha más valentía. Los amo mucho.

A mi papá, quien con grandes sacrificios me ha brindado las oportunidades que hoy tengo. Enseñándome querer en la distancia, por prepararme para la vida, creyendo en mí y no estar sujeta a expectativas de otros, por defenderme en lo que creo y digo.

Agradezco a Gabriela, Susana, Brisa, Sara y Mercedes, que contribuyeron a esta investigación y que juntas estamos visibilizando vivencias con el síndrome.

A mi abuelita Elidia, por su cariño desmedido, sus cuidados auténticos, sus ocurrencias que me alegran el momento y por jamás dejarme sola, quien me ha enseñado a amar y cuidar a mi familia. A mi abuelito Diógenes, quien me da tiempo de calidad desde hace 23 años, jugando conmigo horas cuando era pequeña, gracias por enseñarme la puntualidad, siendo quien desde el preescolar me ha ido a dejar y traer de la escuela y en mi negocio. Gracias a ambos por seguir construyendo recuerdos.

A nuestra directora de tesis, Dra. Irma Solís por su invaluable orientación y paciencia. Su conocimiento y su capacidad para transmitirlo con nosotras, han sido fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

A mi mejor amiga Mia por acompañarme en estos siete años de amistad sincera, con quien cuento con su apoyo sin importar la distancia y la hora, gracias por conocerme en profundidad, aceptando mis defectos y virtudes.

Finalmente, agradezco a mis amistades que hicieron mi paso por la universidad más cálida y alegre, Julia mi amiga y compañera de tesis con quien he compartido momentos emotivos en todos los sentidos, ¡gracias por compartir esta experiencia conmigo! A mis amigas Liz, Iniani, Frida y Hannia por enseñarme que la amistad es un tesoro que se cultiva con el tiempo y que enriquece nuestras vidas de maneras inimaginables.

Introducción

Existen diversas alteraciones en la mujer, algunas de ellas desconocidas para la gente, entre estas se encuentra el Síndrome de Ovario Poliquístico, el cual es el tema principal que se aborda en esta investigación.

El documento se integra por cuatro capítulos, en el primero de ellos se describe la metodología y cada uno de los apartados que la componen como el enfoque, las técnicas e instrumentos, junto con la guía de entrevista que se utilizó con las participantes seleccionadas, los sujetos y contextos de estudio donde se aplicó, el procedimiento que se utilizó y la descripción del análisis de la información.

En el segundo capítulo, que se denomina Síndrome de Ovario Poliquístico, se describen los aspectos generales de la enfermedad, así como los signos y síntomas, el procedimiento de realización del diagnóstico del padecimiento, así como los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que los médicos abordan.

En el tercer capítulo que se titula estereotipos y roles de género, se explican las categorías más relevantes del estudio como los roles de género y estereotipos, específicamente, los roles de género femeninos, en quienes repercute dicha afectación en su corporalidad.

En el capítulo cuatro, se titula resultados y en el apartado donde se aborda el análisis de lo expresado por las participantes y sus experiencias, desde sus vivencias en cuanto al momento del diagnóstico, sus sentimientos a partir de los síntomas que padecen, y las repercusiones que tienen en sus roles impuestos por la sociedad, como el maternar y en los estereotipos sociales que encarnan su cuerpo.

Finalmente, se expresan las conclusiones del estudio realizado, en la que se sintetizan los hallazgos más relevantes obtenidos a lo largo de la investigación, reflexionando sobre el tema y la importancia de los resultados obtenidos.

Planteamiento del problema

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) es un trastorno endocrino metabólico en mujeres con altas tasas de prevalencia e incidencia el cual se caracteriza por presentar síntomas que van desde manifestaciones físicas como son el exceso de vello en rostro, llamado médicamente hirsutismo, acné, sobrepeso, problemas en la pigmentación de la piel, alteraciones en el ciclo menstrual, resistencia a la insulina, por mencionar algunas (González et al., 2021). Dicha situación, constantemente las conduce a la búsqueda de opciones para la erradicación de los diversos síntomas concurrentes a este síndrome.

Este síndrome es una afección endocrina común en mujeres en edad fértil, por lo cual la sintomatología inicia ante la presentación de la menarca (primera menstruación de la mujer) en la etapa de la pubertad, una característica importante de este padecimiento es que no tiene cura, por lo que se considera una enfermedad crónico-degenerativa; en este sentido el tratamiento es sintomático (Pinkerton, 2023). De esta manera, se entiende que es una enfermedad que no solo afecta el cuerpo, sino, que produce malestar que impacta en las representaciones sobre sí en el cuerpo femenino, siendo un factor concomitante para la aparición de afecciones psicológicas de las mujeres que lo padecen, presentando problemas como inseguridad personal, desasosiego y agobio con su autoimagen.

Este trastorno, constituye aún una incógnita que las investigaciones médicas analizan, en esta indagación, algunos trabajos mencionan que existen diversos factores interconectados en la aparición del síndrome, algunos de ellos son: el factor hereditario y el ambiental (Salazar y Sarnowski, 2021). Tales investigaciones se centran en su relación con lo biológico y fisiológico; sin embargo, existen afecciones psicológicas que distorsionan la identidad femenina y el bienestar de las mujeres que lo padecen, repercutiendo en la forma en que se perciben a sí mismas, debido al ideal configurado socialmente acerca de la femineidad y al cual, como miembro de una sociedad, también aspiran y se les demanda cumplir. Eggers & Kirchengast, (2001, citado por Duarte, 2016) plantean:

El síndrome de ovario poliquístico es un trastorno complejo que representa uno de los grandes retos para la salud pública mundial. Se trata de una condición heterogénea que aún no termina de ser comprendida por muchos profesionales de la salud y que además es poco conocida por la población en general. Cabe

mencionar que, si bien representa una condición biológica, el SOP no constituye únicamente un problema físico o médico, sino que también se trata de un problema psicosocial que interfiere y compromete el bienestar psicológico, así como la salud mental de las mujeres afectadas. (p. 1).

Este compromiso por el bienestar psíquico de las mujeres se relaciona estrechamente con lo mandado socialmente como femenino, pues, se imponen en nuestra cultura estándares de belleza occidentales que median en la configuración de la autopercepción y autoconcepto y encarnan en el cuerpo, lo que deviene en sentimientos de inseguridad al intentar encajar con los estereotipos de belleza hegemónicos y la corporalidad y, al mismo tiempo, cumplir con el rol de género reproductivo que introyectan desde la infancia.

Los cánones de belleza son constructos impuestos por la sociedad patriarcal machista, introyectados en las mujeres a lo largo de la historia, en donde se construyó este arbitrio desde una mirada eurocentrista que configura un ideal sobre los cuerpos delgados, blancos y altos, que ha oprimido a las mujeres, sometiénolas a dichos ideales que se encarnan en sus cuerpos. Muñoz (2014) nos explica que:

En el siglo XIX se afianzó esta idea de la feminidad ligada a la belleza, la fragilidad y la delicadeza del cuerpo de las mujeres. Con esa mirada los historiadores y demás estudiosos, recuperaron el "pasado de la humanidad" buscando los valores estéticos predominantes en sus sociedades. Fue un momento en el desarrollo de la humanidad en la que la civilización occidental impuso, inexorablemente, modelos de belleza a las mujeres de su tiempo y de otros tiempos, de su cultura y de otras culturas que permanecen hasta nuestros días (p. 416).

En una sociedad heteronormada, los roles de género tradicionales dictan que las mujeres deben cumplir con ciertas expectativas relacionadas con la feminidad y la corporalidad. Esto incluye estándares de belleza, como tener un cuerpo delgado y sin imperfecciones, lo cual puede ser especialmente desafiante para mujeres con SOP, que a menudo experimentan cambios en el peso y problemas de acné, entre otros síntomas.

Las mujeres se enfrentan a la presión de cumplir con estas expectativas de belleza mientras luchan contra los efectos físicos y emocionales de su enfermedad. Esto puede generar un conflicto interno y externo, ya que la sociedad puede juzgarlas por no cumplir con los estándares de belleza convencionales, lo que puede afectarlas emocionalmente.

Las mujeres que manifiestan hirsutismo, acné, hiperpigmentación u obesidad, se muestran inseguras con su cuerpo, específicamente en aquellas áreas en que dichos síntomas son más evidentes, al vestirse para realizar actividades diarias, llegan a utilizar ropa que cubra esas “imperfecciones” por temor a ser rechazadas u objeto de escarnio social.

Otro de los signos más relevantes del síndrome es la infertilidad, ámbito en el cual no solo está en riesgo su salud, sino también su bienestar emocional, debido al incumplimiento de uno de los mandatos de la sociedad patriarcal: el ser madre; aspecto que se refuerza socialmente por familiares y amigos, cuando comparten su diagnóstico a su círculo familiar y social.

La presencia de uno o varios de los síntomas antes mencionados puede conducir a presentar alteraciones en la percepción de su corporalidad y de su funcionalidad en la realización de actividades cotidianas, la cual se desarrolla dentro de la heteronorma de una sociedad regida por el patriarcado y los estereotipos impuestos en este orden social, demandando en los cuerpos de las mujeres procrear y lucir bellas. Todo ello mediante las instituciones que ideológicamente imponen roles y funciones sociales para la mujer, en donde la familia actúa difundiendo prejuicios y limitaciones (Rojas, 2003).

Al abordar cómo estas mujeres se perciben ante el escrutinio real o imaginario de familiares, amigos, la comunidad, los “otros”, de una sociedad patriarcal heteronormada, resultan evidentes estereotipos y roles de género, los cuales son constructos de ideologías por las cuales se excluye socialmente a las mujeres, se les segrega a un entorno privado, de tareas relativas con el cuidado del otro, la crianza y las labores domésticas, faltas de escucha y reconocimiento, tal como lo han sido los hombres (Beckdach, 2017). A través del tiempo, las mujeres han sido segregadas en todas las esferas de la vida pública humana debido al orden social patriarcal, en la historia contemporánea, se privilegian los valores tipificados como masculinos, en tanto que aquellos relativos a las funciones sociales asignadas a las mujeres se les resta relevancia social. Al respecto, Rojas explica (2023) que:

Es innegable que, desde que se tiene recuerdo del ser humano, la mujer siempre ha estado presente; no obstante, miles han sido invisibilizadas a lo largo del tiempo. Mujeres no reconocidas en sus disciplinas, autoras no publicadas, mujeres que dieron su vida en vano, entre otros miles que han sido olvidadas en los relatos históricos. La causa exacta no la sabemos, pero podemos intuir una serie de factores que llevan a este acontecimiento (párr. 2).

La invisibilización de la mujer viene acompañada de mandatos de género impuestos por el mismo patriarcado, el cual determina y delimita expectativas del “deber ser mujer”, lo que se significa en diferentes ámbitos como el de la reproducción sexual, Beauvoir (2022) menciona “no se nace mujer: se llega a serlo” (p. 207). Desde el punto de vista de la reproducción, la imagen corporal de la mujer se estructura por las expectativas sociales construidas sobre la fertilidad, la belleza física y los roles de género. En la sociedad patriarcal, se espera que las mujeres cumplan con los estándares de belleza, sean consideradas atractivas y deseables como parejas sexuales y potenciales madres, demanda que genera ansiedad y preocupación por la apariencia física, durante toda su vida (Beccdach, 2017).

Las preocupaciones sobre la apariencia física pueden afectar la intimidad y expresión sexual de la mujer, degradando su confianza en sí misma, creando barreras emocionales y psicológicas que dificultan su plena realización sexual y, consecuentemente, de su vida en pareja.

El SOP, es una enfermedad ginecológica que afecta a muchas mujeres que aún no cuentan con el diagnóstico porque no acuden al ginecólogo debido a diferentes situaciones: algunas de ellas por desidia, miedo al dolor, vergüenza, temor al diagnóstico, falta de recursos económicos, precariedad en servicios públicos de salud y por falta de información, generada por el mismo sistema de salud regido por una sociedad machista. La falta de conocimiento sobre su cuerpo y alteraciones ginecológicas es consecuencia de una sociedad machista en la que hablar de la sexualidad femenina es un tabú, dejando a la mujer como cuidadora de todos menos de ella misma y limitando sus derechos sexuales, por lo que no existe conciencia sobre su propio autocuidado, además de ser cuestionada por hacerlo.

Aunque se encuentra información médica acerca de los tratamientos, dietas y afecciones clínicas sobre el SOP en aquellas personas que lo padecen, existe un vacío de estudios que aborden este desde la psicología y se compartan a través del análisis de sus experiencias de vida. Una de las pocas investigaciones del país es una realizada en Jalisco, México, en que se recupera información estadística sobre el síndrome. En un boletín de comunicación anunció que el número de mujeres diagnosticadas con SOP se encuentran entre las edades de 20 y 30 años, la Diputada María Victoria Mercado Sánchez (2017) indicó:

En México, entre 6 y 10 por ciento de las mujeres en edad reproductiva padece Síndrome del Ovario Poliquístico (SOP), enfermedad en la que existe un desequilibrio de hormonas sexuales, provocando cambios

en el ciclo menstrual, quistes, dificultad para quedar embarazada, dolores menstruales y, en el peor de los casos, cáncer de matriz (párr. 1).

Conociendo la cantidad elevada de mujeres mexicanas que presentan este síndrome y que cada vez es más común, en México se tienen pocos estudios sobre el tema, por lo que se requiere trabajar en el aporte de conocimientos sobre la enfermedad. La Diputada Mercado Sánchez (2017) también señaló que “hay que identificar por qué y a partir de qué surge, por lo que es de suma importancia integrarlo a la Ley General de Salud, en materia de salubridad general” (párr. 1).

Sin embargo, estas estadísticas son solamente referidas a una de las entidades de nuestro país, en Chiapas, no existe información disponible acerca de la enfermedad desde los organismos de salud, por lo que no es posible advertir la complejidad y gravedad de este síndrome en el ámbito de la salud pública, como de la vivencia psíquica de las mujeres que lo padecen. Es por ello por lo que, se debe de hablar sobre el SOP en Chiapas, en donde no existen datos que nos indiquen tasas de prevalencia y problemáticas asociadas con este síndrome o de su atención en los servicios de salud médico y psicológico. Esto, resulta alarmante, porque no es que no exista en Chiapas la afectación de este trastorno en las mujeres, sino que debido a la falta de información y de educación sobre la salud en este tema, aún no existe una cifra estadística exacta de mujeres diagnosticadas con este síndrome. En este sentido, un estudio de este tipo, resulta de particular relevancia para la población de mujeres mexicanas, en específico mujeres de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

En la actualidad, las mujeres que padecen este síndrome, divulgan sus experiencias y sentires a través de diversas redes sociales, como por ejemplo; en Facebook el “Grupo de apoyo de Ovario Poliquístico”, TikTok @abrilreyessarteaga, @monipercast o @viviendoconsop_, Instagram “what is sop”, estas se convierten en un medio de fácil acceso para diferentes mujeres, donde comparten su vida diaria, su dieta, tratamientos e incluso recomendación de profesionales para su atención, además de que al visibilizar la enfermedad crean una comunidad y construyen una red de apoyo para las mujeres con este padecimiento.

La difusión de información sobre el SOP, denota cierto interés por el conocimiento de las vivencias femeninas de lo que implica esta enfermedad en una sociedad heteronormativa, llena de roles y estereotipos patriarcales, y cómo sobrellevan las expectativas sobre su imagen corporal hasta lo que esperan de ellas en su funcionalidad y convertirse en madres.

Por estas razones, resulta importante recuperar las experiencias de las mujeres que enfrentan un diagnóstico de SOP y la manera en que ello les afecta en su vida diaria, para ello, el análisis se sitúa en una perspectiva de género, imbuida en un orden social que les asigna funciones sociales y sexuales de tipo reproductivo como futuras madres de familia, estéticos, referidos a un ideal de belleza universal que conforma subjetividades sobre sí y sus cuerpos.

La lucha de las mujeres con SOP también resalta la necesidad de desafiar y redefinir los estándares de belleza y roles de género impuestos por una sociedad heteronormada. Es importante promover la aceptación del cuerpo tal como es y abogar por una mayor comprensión y apoyo para aquellos que viven con condiciones médicas.

Es por esto por lo que dichos síntomas y signos presentes se manifiestan en sus vivencias y en el propio cuerpo, por lo cual surge el siguiente cuestionamiento en torno a las mujeres que padecen SOP: ¿cuáles son las vivencias corporales y los roles de madre en mujeres chiapanecas en edad fértil diagnosticadas con SOP, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México?

Justificación

En la actualidad existe información suficiente en el área médica sobre el SOP, sin embargo, pocos son los datos estadísticos en el país sobre la población femenina que padece de este síndrome, menos aún de estudios cualitativos sobre la perspectiva femenina de la enfermedad.

Las experiencias de las mujeres que viven con este síndrome son invisibilizadas por las repercusiones de las manifestaciones clínicas en el cuerpo y su salud. El acontecer del padecimiento en las mujeres atañe no solamente a sus manifestaciones fisiopatológicas, sino también en las dimensiones emocionales, psicológicas y sociales de la vida de las mujeres afectadas.

Es crucial destacar que el SOP conlleva una serie de síntomas que van desde irregularidades menstruales, hirsutismo, acné, hasta complicaciones en la fertilidad, presentando dificultad y/o llegar el punto de no poder ser madre. Este último aspecto, es de particular relevancia debido a las exigencias mandatadas sobre la mujer de cumplir las disposiciones y estereotipos de género asignadas socialmente. Por lo tanto, este síndrome, plantea desafíos significativos para la sociedad femenina, que pueden afectar su salud física, mental y social. Teniendo en cuenta que es una condición que se deteriora a lo largo de su vida, que consumirá mucho de su tiempo y energía tanto física como psíquica.

Desde el punto de vista psicológico, las mujeres con SOP a menudo enfrentan desafíos emocionales relacionados con la autoimagen y la aceptación personal. La presión social y los estándares de belleza convencionales pueden exacerbar estos problemas, generando ansiedad, depresión y otras complicaciones emocionales. La investigación en este campo contribuye a una comprensión más completa de cómo el SOP impacta la salud mental de las mujeres, permitiendo así el desarrollo de espacios de escucha de las mujeres diagnosticadas.

Además, las experiencias de las mujeres con SOP en el ámbito social es un aspecto crítico que merece atención. La falta de conciencia pública sobre el SOP a menudo conduce a malentendidos y estigmatización. Explorar cómo las mujeres con SOP interactúan con sus comunidades, cómo manejan las implicaciones de su condición y cómo las interacciones influyen en su vida cotidiana, puede proporcionar información valiosa para la sensibilización y la promoción de la inclusión social.

La comprensión profunda de estas experiencias individuales es esencial para desarrollar estrategias de intervención en forma individual o colectiva, donde se aborden afecciones tanto físicas como sus implicaciones emocionales, el cómo afrontar y aceptar esta afección crónica, el deterioro al bienestar emocional y sus implicaciones sociales.

En este sentido, el presente trabajo se centra en las experiencias de mujeres con SOP, para visibilizar el trasfondo de esta enfermedad que se encuentra enfrascada en lo físico/orgánico dejando a un lado la parte vivencial de estas mujeres, de las construcciones sociales y culturales que se relacionan con la función de reproducción social, la vivencia de la corporalidad y la estética, imposiciones de un orden social patriarcal machista.

Este conocimiento más completo y contextualizado podría informar y contribuir al desarrollo de políticas de salud, prácticas clínicas y programas de apoyo de salud, psicoeducación y de grupos de apoyo entre mujeres, mejorando así la calidad de vida de las mujeres afectadas por el síndrome de ovario poliquístico.

Objetivos

General

- Analizar las narrativas y vivencias de mujeres en edad fértil diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico, en su corporalidad y en los roles de género a cumplir.

Específicos

- Reconocer la vivencia en torno a los signos presentes en el SOP en las mujeres que cuentan con antecedentes heredofamiliares de esta enfermedad ginecológica.
- Describir cómo las mujeres con SOP experimentan y manejan los síntomas físicos y emocionales asociados con esta enfermedad.
- Explorar los estereotipos y roles de género asumidos o interpelados por mujeres con SOP.

Capítulo I. Metodología

1.1 Enfoque y método

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo, el cual, según Bautista (2011) “trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica” (p. 16), visibilizando narrativas valiosas con la razón de construir nuevos saberes en la sociedad.

En este mismo sentido, se abordó las experiencias de las mujeres con SOP, haciendo énfasis en su corporalidad y en los roles de género a cumplir, Bautista (2011) indica “su finalidad no es buscar explicaciones causales o funcionales de la vida social y humana, sino profundizar nuestro conocimiento y comprensión de por qué la vida social se percibe y experimenta tal como ocurre” (p. 14).

Dentro del campo de la investigación cualitativa se planteó el trabajo con base en el paradigma fenomenológico, describiendo las vivencias y narrativas que las mujeres entrevistadas pudieron externar acerca de su realidad. Bautista (2011) menciona:

El método fenomenológico centra su interés interpretativo en el análisis descriptivo del mundo conocido, con base en experiencias compartidas. Es a partir de ese mundo conocido y de esas experiencias intersubjetivas, que se obtienen las pistas y las premisas para interpretar la diversidad de símbolos y significados (p. 108)

Taylor y Bogdan (1994), agregan “la tarea del fenomenólogo es aprehender este proceso de interpretación. Como se ha subrayado, intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas” (p. 23).

En el abordaje metodológico, se llevó a cabo la contextualización de las vivencias de las mujeres entrevistadas después de ser diagnosticadas con SOP, que permita no solo explorar sino también comprenderlas a partir del análisis de los discursos que presentan durante estas charlas que se llevaron a cabo con ellas.

1.2 Técnicas e instrumentos

La entrevista es una técnica de recopilación de datos popular y eficiente en la investigación cualitativa, puesto que lo que se busca es recopilar información a base de la experiencia de los entrevistados. Las bases de la investigación nos dicen que la verdad viene de lo que nos cuentan los sujetos de investigación en este caso las mujeres diagnosticadas con SOP.

Es por esto que se desarrolló el trabajo de campo por medio de esta técnica, la cual Kvale (2011) define de la siguiente manera:

La entrevista es una conversación que tiene una estructura y un propósito determinados, por una parte: el entrevistador. Es una interacción profesional que va más allá del intercambio espontáneo de ideas, y se convierte en un acercamiento basado en el interrogatorio cuidadoso y la escucha con el propósito de obtener conocimiento meticulosamente comprobado. Es un lugar donde se construye el conocimiento (p. 30).

Se determinó realizar entrevistas semiestructuradas como técnica principal para la recolección de datos, con la finalidad de abarcar la mayor cantidad de información acerca de un tema en específico, Álvarez-Gayou (2003) indica que:

En la investigación cualitativa se realizan entrevistas semiestructuradas que tienen una secuencia de temas y algunas preguntas sugeridas. Presentan una apertura en cuanto al cambio de tal secuencia y forma de las preguntas, de acuerdo con la situación de los entrevistados (p. 111).

La entrevista semiestructurada se realizó de acuerdo con el tema de interés; sin embargo, quedó la libertad para poder guiar la entrevista hacia los puntos de vista que podamos abarcar de acuerdo con los temas que comentaron las entrevistadas, ahondando los aspectos que consideramos más importantes para el tema al momento de la entrevista.

Guía de entrevista

Previo al cuestionamiento de las siguientes preguntas, se entabló un diálogo con ellas, para conocerlas más en distintos aspectos de su biografía, así como establecer un clima armónico, de confort para el desarrollo de la entrevista. Las preguntas posteriores fueron las siguientes:

¿Antes de acudir al médico notabas diferencias físicas en tu cuerpo al de las demás mujeres?
(Vivencia de los síntomas)

¿Qué fue lo primero que pensaste cuando te dieron el diagnóstico? (Diagnóstico)

¿Cuáles fueron los cambios que notaste en tu día a día ante y después del diagnóstico? (Diagnóstico)

¿De alguna manera has afrontado el tener SOP? (Vivencia de los síntomas)

¿Cómo te percibes a ti misma? (Corporalidad)

¿Cómo te sientes actualmente con tu cuerpo? (Corporalidad)

¿Para ti qué significa ser mujer? (Estereotipos)

¿Para ti qué significa la maternidad? (Ser madre)

1.3 Sujetos y contexto de estudio

Las participantes del estudio de la siguiente investigación se centraron en un grupo de cinco mujeres originarias de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, entre las edades de 20 a 35 años (se consideró la edad más fértil de la mujer), quienes tenían previamente como diagnóstico médico el SOP.

Gabriela con 22 años, originaria de Pijijiapan, Chiapas. Radica en la capital del estado de Chiapas, estudia psicología en la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas (UNICACH). Obtuvo su diagnóstico cuando tenía 19 años, siendo su hermana quien la acompaña para ir con la ginecóloga quien anteriormente había sido diagnosticada también con SOP. Se encuentra soltera.

Mercedes con 36 años, originaria de Tonalá, Chiapas, quien radica en la capital del estado de Chiapas, labora en la UNICACH como docente frente a grupo en la facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Obtuvo su diagnóstico cuando tenía 21 años. Hace siete años decidió ser madre y ahora tiene una hija e hijo, organizando sus horas para ser profesionista y madre a la vez. Se encuentra casada.

Sara con 22 años, originaria de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en donde radica actualmente, tiene un negocio propio de extensión de pestañas y aplicación de uñas. Obtuvo su diagnóstico cuando tenía 15 años. Decidió ser madre hace un año, menciona que le da prioridad a pasar tiempo con su hija y su crianza. En la actualidad, ella es soltera.

Susana con 22 años, originaria de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en donde radica actualmente, estudia la Licenciatura en Médico Cirujano en la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH). Obtuvo su diagnóstico a los 20 años, quien menciona que mujeres de su familia también cumplen con diagnósticos de enfermedades ginecológicas. Actualmente se encuentra soltera, y su mayor sueño es formar una familia y tener hijos.

Brisa con 22 años, originaria de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, quien radica en la capital del estado de Yucatán, en donde estudia la Licenciatura en Artes Visuales en la Universidad Autónoma de Yucatán. Obtuvo su diagnóstico a los 20 años, junto con su hermana menor quien también fue diagnosticada con SOP. Actualmente se encuentra soltera y no desea ser madre en este momento.

1.4 Procedimiento

Se estableció el contacto a través de la mensajería de WhatsApp con mujeres con un previo diagnóstico clínico de SOP con el fin de tener el primer contacto.

El tiempo de confirmación para las participantes de las entrevistas fue de una semana y media, posteriormente se le explicó los objetivos y propósitos de la investigación, al mismo tiempo se establecieron los días y horarios para llevar a cabo las sesiones, así como el tiempo de entrevista, y, se solicitó su consentimiento informado en donde se pidió la autorización para la grabación de las entrevistas.

Se llevaron a cabo dos entrevistas por cada participante a través de la plataforma Zoom con una duración de 50 minutos cada una, en donde se grabaron para la transcripción. Finalmente, se llevó a cabo la transcripción de las entrevistas para su análisis.

1.5 Análisis de la información

En la redacción es importante mencionar que se llevó a cabo el análisis cualitativo de la información, siguiendo los 6 pasos que plantea Krueger (citado en Álvarez Gayou, 1998):

1. Obtención de datos: en este espacio se realizó una secuencia ordenada de las preguntas que se realizaron a las participantes para profundizar las temáticas acordadas en los objetivos de la investigación sobre el análisis de las narrativas y vivencias de mujeres en edad fértil diagnosticadas con SOP, en su corporalidad y en los roles de género a cumplir.
2. La captura de la información: En este apartado se llevaron a cabo las entrevistas con las participantes y se capturó la información por medio de la transcripción de las entrevistas y del cuaderno de notas en donde se puntúa información relacionada con la observación del comportamiento de las participantes al momento de la entrevista, de esa forma se logró una organización y buen manejo de la información.
3. Codificación de la información: Después de las transcripciones de las entrevistas se realizó la revisión y lectura de cada una de ellas, por medio de la codificación del texto se dio una explicación y orden a lo recabado de acuerdo al tema tratado, en este caso por medio de las entrevistas 5 mujeres en edad fértil originarias de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con un diagnóstico previo de SOP, dieron a conocer sus vivencias sobre su corporalidad y el rol de género que cumplen socialmente.

Empezando con los códigos abiertos, al leer el texto se encontraron palabras repetidas que dijeron las participantes, se marcaron y etiquetaron para formar categorías las cuales deben de tener la característica de poder ser definidas y ejemplificadas en los resultados obtenidos. Para poder pasar a la codificación axial, es donde al ir encontrando categorías o familias de códigos estas se relacionan entre sí dándole un sentido coherente de la investigación de acuerdo con lo dicho por los participantes, se crearon diagramas, reflexiones y relaciones entre los temas que se trabajarán. Este proceso se modificó de acuerdo con el análisis de la información.

4. Verificación participante: Una vez realizada la codificación de la información se agendó otra cita con los participantes, en donde se les dio la oportunidad de verificar lo que se ha

encontrado y los participantes externaron de manera resumida lo que han expresado respecto a sus vivencias, sentimientos y perspectivas.

5. Se realizó una reunión entre colaboradores para poder cotejar si se observó y se escuchó lo mismo, si hubo una coincidencia en la perspectiva de la sesión o algo diferente que se detectó.
6. Se elaboró el planteamiento que los resultados y se compartieron con las participantes y otros investigadores, donde se presentó la investigación por medio de la exposición de la tesis titulada “Rol sexual reproductivo, corporalidad, y estética en mujeres con síndrome ovario poliquístico en edad fértil”.

Capítulo II. Síndrome de Ovario Poliquístico

El desarrollo del trabajo se encuadra en el marco conceptual de los roles de género y estereotipos que impactan en las vivencias de las mujeres diagnosticadas con SOP. Esta enfermedad se caracteriza por manifestar signos notorios en el cuerpo tales como el acné, excesos de vello en distintas partes del cuerpo, obesidad e hiperpigmentación, en este sentido también existen síntomas que no son fáciles de percibir a la vista como la infertilidad, ausencia de la menstruación o períodos menstruales con mucho dolor, como mencionan Pereira Calvo et al. (2020):

El síndrome del ovario poliquístico (SOP) es un trastorno de importancia relevante debido a la asociación con una disfunción endocrino metabólica, la cual afecta la calidad de vida de las mujeres que lo padecen, presentando alteraciones en el ciclo menstrual y en la fertilidad futura. Su alta prevalencia en edad reproductiva, se considera la endocrinopatía femenina más común (p. 3).

A continuación, se exponen diversos aspectos relacionados con este síndrome, desde sus generalidades, los signos y síntomas, el diagnóstico y el tratamiento seguido.

2.1 Generalidades

Es importante tener claro que es el síndrome, según la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2023) “es una afección hormonal frecuente que afecta a las mujeres en edad de procrear, por lo general se inicia durante la adolescencia, pero los síntomas pueden fluctuar con el tiempo” (párr. 1), tomando en cuenta que es una enfermedad que no se cura, si no es tratada con los cuidados necesarios, con el paso del tiempo el SOP tiene implicaciones significativas para la salud, que pueden ser causante de una enfermedad psicológica y una disminución de la calidad de vida de las mujeres que lo padecen.

Al mismo tiempo, es una de las causas principales de infertilidad si no se trata de forma adecuada y de enfermedades como diabetes mellitus, debido a que se presentan alteraciones metabólicas, lo que aumenta el riesgo cardiovascular e intolerancia a la glucosa, como afirma Yasinki (2023) “las mujeres con síndrome de ovario poliquístico corren un mayor riesgo de padecer

cardiopatías, diabetes, ansiedad, depresión, insomnio, obesidad, cáncer de endometrio, inflamación crónica de bajo grado y otras enfermedades” (párr. 6).

A pesar de conocer los riesgos que conlleva el síndrome, aún se desconoce una causa exacta; sin embargo, se sabe que puede estar condicionado por el ambiente y la herencia genética, como menciona Checa Vizcaino et al. (2022):

Las causas por las que se produce este síndrome no están del todo determinadas, aunque parece ser que existe predisposición genética y que hay varios genes implicados. Lo más aceptado es que el SOP es una enfermedad multifactorial, es decir, que influyen tanto factores genéticos como ambientales (párr. 7).

En mujeres con antecedentes familiares del síndrome o diabetes de tipo 2, corren mayor riesgo de verse afectadas, por lo que es importante la visita periódica al especialista.

2.2 Signos y síntomas

Este síndrome incluye diferentes características, Orias (2021) menciona que este síndrome, comúnmente, se puede presentar con trastornos menstruales, infertilidad e hiperandrogenismo, pero también está vinculado a enfermedades cardiovasculares como obesidad, intolerancia a la glucosa, dislipidemia, hígado graso y apneas obstructivas del sueño.

Entre las características clínicas relevantes, Alfaro, Salas y Zúñiga (2020) mencionan “el hiperandrogenismo puede manifestarse, a su vez, en varias formas, tales como acné, hirsutismo, seborrea y alopecia” (p. 4). Siendo estas las que se pueden observar a simple vista en las mujeres que lo padecen.

El hiperandrogenismo, es la manifestación más frecuente, según mencionan Zarnowski y Salazar (2021):

Los signos clínicos de un exceso de andrógenos, según su severidad, pueden ir desde hirsutismo (exceso de crecimiento de cabello terminal en áreas dependientes de andrógenos: labio superior, mejillas, zona torácica, abdominal y dorso), seborrea y acné, hasta clitoromegalia, alopecia parietooccipital y cambios en la voz, que tienden a presentar niveles androgénicos mayores (p. 3).

Zarnowski y Salazar (2021) también mencionan “una paciente con SOP tiende a presentar alteraciones menstruales desde edades tempranas” (p. 3), siendo un síntoma de alerta en las mujeres, profundizan diciendo que:

Después de la menarquia pueden presentar sangrado uterino infrecuente irregular (oligomenorrea) o amenorrea secundaria (más de 3 meses consecutivos sin menstruación). Sin embargo, las pacientes de edad más avanzada, entre los 35 y 40 años de edad, presentan una regulación de la función ovulatoria, posiblemente debido a disminución de los niveles androgénicos propios de la edad (p. 3)

Estas alteraciones menstruales, mencionadas por Zarwoski y Salazar (2021) producen “la presencia de múltiples quistes en los ovarios se evidencia en el estudio ecográfico, sin embargo, es importante saber que la presencia de estos no equivale al diagnóstico de SOP” (p. 3).

En cuanto a las afecciones que se encuentran en el aparato reproductor femenino donde la hormona foliculoestimulante (FSH) es relevante, por ello, Alfaro et al. (2020), mencionan:

Según un estudio realizado en España, en el 2015, se determinó que las pacientes con SOP muestran niveles aumentados de FSH, volumen ovárico y número de folículos antrales, con niveles bajos de hormona antimülleriana. Los niveles de FSH aumentan con la edad, lo cual hace más difícil la estimación de la reserva ovárica y de disminución de la posibilidad de fertilidad. (p. 5)

A pesar de manifestar muchos de los síntomas del síndrome, la mayoría de las mujeres los pasan desapercibidos por falta de información acerca de su cuerpo, siendo la irregularidad menstrual uno de los motivos de consulta, obteniendo después un diagnóstico de este tipo.

2.3 Diagnóstico

Orias (2021) menciona “este síndrome, puede iniciar durante la pubertad o cerca de esta, sin embargo, el fenotipo puede ir cambiando a lo largo de la vida de la mujer haciendo que el panorama clínico sea poco predictivo” (p. 3), esta enfermedad suele ser diagnosticada durante la pubertad, pero puede hacerse notoria durante toda la edad fértil de las mujeres.

Los criterios para el diagnóstico del SOP pueden llegar a ser confusos, como se estableció por un panel de expertos organizado por los National Institutes of Health ([NIH], 2012) "Lo

primordial cuando se sospeche SOP es realizar una historia clínica y examen físico minucioso, bioquímica sanguínea, y ultrasonido pélvico" (p. 18). Con esto se puede entender que el médico durante el chequeo se debe de enfocar en la historia clínica, en donde vienen incluidos: los cambios en el ciclo menstrual, ganancia de peso, patrón de crecimiento de vello, cambios en piel y aumento de la presión arterial.

El NIH (2012) también menciona “se debe descartar hiperplasia adrenal, síndrome de Cushing e hiperprolactinemia como diagnósticos diferenciales” (párr. 5), debemos de recordar que el cuadro clínico es poliforme, no todas las mujeres presentan la totalidad de los síntomas; por ello, es importante considerarlos para un diagnóstico oportuno.

Para el diagnóstico no solo se debe de considerar la ecografía de quistes en los ovarios como mencionan Paraíso et al. (2022), también se debe de realizar un examen físico de la paciente, en donde el especialista hace énfasis en las manifestaciones clínicas del hiperandrogenismo e hiperinsulinismo.

Este procedimiento completo es útil para detectar morfología de ovarios poliquísticos, ya que es un síndrome y no una enfermedad alojada en un solo órgano del cuerpo, se deben de realizar estudio de sangre y ultrasonográficos, además de exámenes físicos que puedan mostrarnos cómo están las distintas áreas del cuerpo afectadas en las mujeres por el SOP.

Un diagnóstico concreto menciona Nolting (2011, como se citó en Fonseca Villena, 2018), en un consenso sobre SOP es señalado por los siguientes signos y síntomas (tabla 1.0).

Tabla 1. Criterios diagnósticos

Criterios Diagnósticos	Definición
Hiperandrogenismo	Signos clínicos. Hirsutismo: Crecimiento de vello terminal en zona andrógeno-dependientes. Escala de Ferriman-Gallwey > 6-8 puntos. Acné: Se clasifica en leve, moderado, severo según la cantidad de lesiones. Signos bioquímicos.

	a) Índice de andrógenos libres (FAI): (Testosterona total x 3,47 /SHBG) x100 se toma positivo si el valor es > 4,5. Testosterona libre (actualmente en desuso).
Oligomenorrea / amenorrea	Ciclos menstruales que ocurren con una separación mayor de 35 días / ausencia de menstruación en 6 meses.
Ovarios Poliquísticos en ecografía	Al menos uno de los dos ovarios debe tener un volumen > 10 cm ³ y/o presentar 12 o más folículos de 2 a 9 mm de diámetro.

Fuente: Nolting, M. (2011). *Consenso sobre síndrome de ovario poliquístico*. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, 10(2).

2.4 Tratamiento

Debido a que es un síndrome, los tratamientos están enfocados en sobrellevar los síntomas y orientados a corregir problemas tales como el hiperandrogenismo y trastornos menstruales, tal como mencionan Pereira Calvo et al. (2020):

Quando se inicia el control en una paciente con SOP, se busca mejorar la calidad de vida e identificar y manejar las complicaciones que pueden presentarse. Algunos de los propósitos del manejo, son mejorar los síntomas físicos del hiperandrogenismo, como el hirsutismo y el acné, tener un adecuado control metabólico para así evitar el riesgo de diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, prevenir la hiperplasia y el carcinoma endometrial, inducir la ovulación para las pacientes que desean un embarazo y dar tratamiento con anticonceptivos para aquellas que desean regular su ciclo menstrual y así evitar embarazos no deseados (p. 7).

Un tratamiento oportuno permite a las mujeres prevenir las consecuencias que conlleva el SOP, tales como otras enfermedades, como menciona Pereira Calvo et al. (2020) “el diagnóstico temprano guarda relevancia, debido a que este síndrome se asocia con enfermedades secundarias a la disfunción ovulatoria, hiperandrogenismo, hiperinsulinemia y obesidad” (p. 6).

Checa Vizcaino et al. (2022) mencionan que:

Ante una predisposición a padecer el SOP, es importante modificar el estilo de vida, llevar una dieta equilibrada, no superar un índice de masa corporal de 25 y realizar un tratamiento con anticonceptivos y anti diabéticos. Es recomendable también evitar el sedentarismo (párr. 13).

En este contexto, podemos encontrar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que en conjunto trabajan para mejorar la calidad de vida de las mujeres con esta enfermedad.

2.4.1 Tratamiento farmacológico

Ante síntomas como la irregularidad menstrual, acné, exceso de vello o dificultad para embarazarse, las pacientes deben de consultar a los profesionales de la salud especializados, ginecólogo o endocrinólogo, e incluso el dermatólogo. La OMS (2023) expone que “los medicamentos para la regulación de la natalidad (píldoras anticonceptivas) pueden ayudar a regular el ciclo menstrual y reducir los síntomas. Otros medicamentos pueden reducir el acné o el crecimiento de vello no deseado debidos al SOP” (párr. 18). En el caso de síntomas como el hirsutismo, Checa Vizcaino et al. (2022) refieren:

Para las mujeres que su principal síntoma es el hirsutismo, las guías actuales coinciden que el tratamiento de primera línea son los ACO (anticonceptivos orales) por 6 meses de duración. Después de este tiempo se realiza una respuesta al tratamiento, y en caso de no existir una mejoría óptima, se iniciarán medicamentos antiandrogénicos. Como última terapia para el manejo del hirsutismo, se puede emplear las medidas mecánicas, como la depilación o tratamiento con láser (p. 8).

El tratamiento farmacológico de primera elección son las píldoras anticonceptivas; sin embargo, existen otras opciones, ya que el uso de este tratamiento a largo plazo podría causar efectos secundarios indeseables en la mujer, diferentes estudios evalúan la eficacia de otros tratamientos que combaten el desbalance hormonal, sin causar tantos efectos secundarios, ni agregando más hormonas al cuerpo femenino, como indican Pereira Calvo et al. (2020):

El uso de ACO en pacientes con SOP, tiene las mismas contraindicaciones y cuidados que en mujeres en general y se deberá evaluar los factores de riesgo conocidos para estos medicamentos antes de administrarlos en las pacientes y conocer sobre los criterios de elegibilidad médica. Más allá del efecto anticonceptivo, estos medicamentos se utilizan para prevenir la hiperplasia endometrial,

gracias a la acción de la progestina diaria, además de que algunos progestágenos por sus propiedades anti androgénicas, mejoran los síntomas como hirsutismo y acné (p. 8).

Uno de los medicamentos de primera línea que también utilizan los médicos los mencionan Checa Vizcaino et al. (2022) “la metformina, un antidiabético, ha sido ampliamente utilizada para la insensibilización de los ovarios al exceso de insulina y así poder promover la maduración folicular” (párr. 17).

Cuando las mujeres con un diagnóstico previo de SOP desean ser madres, acuden al ginecólogo para poder conocer cómo será el tratamiento que llevarán, Checa Vizcaino et al. (2022) también mencionan que:

La primera aproximación para las pacientes obesas será la modificación del estilo de vida. Si no es suficiente o si no es necesario adelgazar, se intentará inducir la ovulación mediante fármacos como el Omifin. Las pacientes en las cuales estas estrategias no sean efectivas tendrán que someterse a técnicas de reproducción asistida. Puede ser suficiente con realizar una inseminación artificial y que no sea necesario recurrir a la fecundación in vitro (FIV) para conseguir el embarazo (párr. 18).

2.4.2 Tratamiento no farmacológico

La Organización Mundial de la Salud (2023) menciona “algunos síntomas del SOP pueden reducirse con cambios en el modo de vida. Seguir una alimentación saludable y practicar ejercicio suficiente” (p. 16), esta modificación de la mano de un profesional de la salud como un nutriólogo, puede ayudar a reducir síntomas como la obesidad y reduce el riesgo de enfermedades como la diabetes tipo 2.

El cuidado alimenticio a través de dieta es uno de los primeros cambios realizados por las mujeres al ser diagnosticadas, con efectos en las posibilidades de embarazo y control de sus síntomas, Pereira Calvo et al. (2020) mencionan:

Con el inicio de dieta y ejercicio, tienen mejores resultados que el mismo tratamiento farmacológico. Se considera como el primer paso para las mujeres con sobrepeso y obesidad, e inclusive se ha evidenciado que existen beneficios aun y cuando las mujeres continúan teniendo sobrepeso. Por lo tanto, se considera como el manejo de primera línea. Cuando se combina la restricción de calorías en

la dieta bajas en carbohidratos más el ejercicio y se favorece a la pérdida de peso, se podrían restaurar los ciclos menstruales de anovulatorios a ovulatorios, y así conseguir un menor riesgo metabólico a largo plazo. Estudios demuestran que con reducciones de hasta el 5% del peso corporal, se podrían conseguir tasas más altas de embarazos. La evidencia es menor sobre la mejora en el hirsutismo con la pérdida de peso y la actividad física, sin embargo, algunos estudios han demostrado que estas medidas tienen un efecto al reducir los niveles de andrógenos (pp. 7-8).

Así, un trabajo en conjunto es óptimo para la mejora de las pacientes y reducción de síntomas, este síndrome es una disfunción endocrino-metabólica crónica, con una base genética, por lo que los tratamientos deben iniciarse desde temprana edad y deben de ser prolongados durante la vida de las mujeres, como también lo menciona Pereira Calvo et al. (2020):

Una adecuada alimentación, junto con la actividad física, forman parte del tratamiento de primera línea. El manejo para cada padecimiento será individualizado de acuerdo con el resultado que se pretenda. Conocer los diferentes manejos farmacológicos, permite generar un adecuado control según la manifestación principal de cada paciente (p. 10).

Al respecto, el National Institutes of Health ([NHI], 2018) refiere “actualmente no hay cura para el síndrome de ovario poliquístico, pero se pueden controlar los síntomas” (párr. 1). Como se menciona, el SOP no tiene una cura definitiva, pero sí es posible una mejora y un control en la sintomatología, lo cual permite a las mujeres una vida digna, al seguir con el tratamiento y continuamente tener un monitoreo, saben que pueden tener un estilo de vida saludable que les permita alcanzar sus expectativas e ideales femeninos, como es el caso de muchas mujeres al alcanzar estereotipos de belleza o en su búsqueda de ser madres.

2.4.3 Tratamiento psicológico

La corporalidad como la psique del sujeto son indisolubles, por lo que las afecciones en el cuerpo tienen efecto en diversos aspectos de la vida anímica de las personas, como indica Gómez-Acosta, Vinaccia & Quiceno (2015) “los síntomas somáticos suelen precipitar problemas psicológicos entre los que se encuentran estrés, ansiedad, depresión, disminución de la calidad de vida, cambios en la imagen corporal e identidad, baja autoestima, y disfunciones psico-sexuales” (p. 342).

Esto se relaciona a la forma en la que las mujeres se perciben en un entorno social regido por estereotipos y roles de género. Como profesionales de la salud, se debe ser conscientes de que

las características del SOP pueden ocasionar en las mujeres afectaciones en su psique, como trastornos ansiosos o depresivos, así como en su imagen corporal, lo cual podría detonar otros como el de la conducta alimentaria (Teede, Tay, Laven, et al., 2023).

En estos casos, el tratamiento psicológico desde una perspectiva médico-psiquiátrica comúnmente refiere las siguientes características, tal como refieren Teede et al. (2023):

A las mujeres con SOP diagnosticadas con depresión y ansiedad se les debe ofrecer terapia psicológica basada en la evidencia, siempre teniendo en cuenta sus preferencias. La terapia psicológica se considera en esta guía el tratamiento de primera línea en el abordaje de la depresión y la ansiedad, apelando a la precaución en el uso de tratamiento psicofarmacológico. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de que no controlar estos problemas de salud mental “*puede afectar a la adherencia al tratamiento/manejo del SOP*”. De igual modo, ante la presencia de trastornos alimentarios, problemas con la imagen corporal, baja autoestima, problemas con la identidad femenina o disfunción psicosexual se recomienda ofrecer tratamientos basados en evidencia (p. ej., terapia cognitivo-conductual) cuando sea necesario. (Párr. 20-21).

Esto sin olvidar que cada persona a pesar de tener una misma enfermedad y vivir en un mismo contexto, reacciona de forma diferente, es por esto por lo que no hay que olvidar como mencionan Teede et al., (2023):

Los objetivos y prioridades de gestión del estilo de vida deben desarrollarse conjuntamente en asociación con las mujeres con síndrome de ovario poliquístico, valorando una atención individualizada en función de sus preferencias. Las intervenciones podrían incluir estrategias conductuales como establecimiento de objetivos, autocontrol, resolución de problemas, entrenamiento de asertividad, refuerzo de cambios y prevención de recaídas, para optimizar el control del peso, el estilo de vida saludable y el bienestar emocional en mujeres con síndrome de ovario poliquístico (parr.23-24).

Cada mujer puede recibir el tipo de psicoterapia enfocada en la problemática presente en cada una de ellas, a fin de que este tratamiento sea personalizado e individual a la historia de vida y forma en la que se percibe cada mujer y cómo esta enfermedad les afecta en su vida en general.

Dentro del abordaje psicológico, también se pueden encontrar distintas formas para reducir el distrés por el que pasan las mujeres debido a la presión en la que viven, tal como refieren Gómez-Acosta, Vinaccia & Quiceno (2015) “una forma útil para la reducción del estrés y de los indicadores fisiológicos relacionados podría ser el Mindfulness” (p. 344-345).

Todas estas herramientas presentadas para el apoyo de las mujeres con SOP, deben de ser realizadas por un profesional, para ello, estos profesionales, llámese psicológicos o psicoterapeutas, deben de contar con conocimientos sobre el SOP. El trabajo no termina ahí, sino que fuera del consultorio, se debe de seguir informando a la población sobre estas repercusiones en la psique de síntomas físicos, deben de emprender acciones para aumentar la conciencia social y la educación del SOP de cara a reducir el estigma y la marginación, de forma respetuosa y responsable (Teede, Tay, Laven, et al., 2023).

Además de las perspectivas cognitivo-conductuales antes mencionadas, la intervención se puede abordar desde una perspectiva psicoanalítica, en donde, se considera que deben de conocerse los determinantes de los procesos psicopatológicos en las mujeres. Referente a ello, Flores (2010):

Hoy en día se acepta que la enfermedad no es suficientemente comprensible como un evento aislado, sino como algo que se encadena con la biografía personal, ya que después de múltiples observaciones se ha podido determinar que la psique juega un papel fundamental en el funcionamiento corporal, pues contribuye a generar disfunciones de los órganos y sistemas influyendo en la iniciación y evolución de diversos procesos patológicos (p. 11).

Desde el psicoanálisis, el funcionamiento corporal y la psique van correlacionados, y uno siempre converge en las patologías, en donde el analista que lleva el caso debe de ver más allá de lo médico para advertir o procurar que el paciente advierta esta relación, tal como menciona Flores (2010) “en la búsqueda de la respuesta que plantea la interrogante de la enfermedad somatizada, el profesional está encargado de ver ahí, donde termina la visión del saber médico, deberá contar con ojo clínico que le permita observar” (p. 20).

Se entiende que el psicoanalista no espera ni busca la reducción somática, es decir, disminuir todos estos malestares tanto físicos como psíquicos, entre los síntomas del SOP los trastornos de la menstruación constituyen una forma por la que el sujeto somatice, así como también los trastornos de infertilidad; tampoco tiene como objetivo trazar un lazo social equilibrado sin conflictos. Lo que busca el profesional es indagar sobre las condiciones en las que las interacciones sociales producen fracturas subjetivas y recomposiciones patológicas, sobre la que se producen los síntomas. Existe una interrogación sobre las demandas de la consultante, y la invitación a hablar, para que ella pueda desplegar la cadena preconsciente de sus asociaciones, generando la posibilidad de escuchar de modo diferente los síntomas y sus determinaciones,

procurando que en este caso las mujeres, recuperen su capacidad de reacción, de acción transformadora, lo que permite que las fantasías, los mitos, los síntomas, los conflictos de ella con la sociedad, etc., se desplieguen en un contexto que tenga en cuenta a la transferencia, y que puedan ser abordados psicoanalíticamente (Flores, 2010).

Como se mencionó anteriormente, uno de los principales síntomas del SOP son los trastornos menstruales, dentro del enfoque psicoanalítico, todos aquellos trastornos tienen que ver con mecanismos psicológicos. Como señala Langer (1976):

Freud nos enseñó que todo síntoma es una transacción. Sirve tanto a la defensa contra un deseo prohibido como a la satisfacción de tal deseo. [...] Un típico conflicto de la niña púber, que derivó en la creación de síntomas neuróticos bastante graves. Otras veces los conflictos se expresan en un plano psicosomático, provocando amenorreas y dismenorreas (pp. 123-125).

En cuanto a la infertilidad, el enfoque psicoanalítico lo aborda a partir de lo que denomina los trastornos de fecundación, ante ello Langer (1976) menciona “no se puede negar la influencia dañina de emociones angustiosas sobre el aparato genital, y que es de suponer que también temores mucho menos intensos pueden ser causantes de dificultades procreativas” (pp. 212-213).

De esta forma, se entiende que, desde el psicoanálisis, no se considera exclusivamente el lado médico de la enfermedad, sino la existencia de su asociación con cierta predisposición de la psique-corporalidad, que se necesita trabajar en un espacio de expresión, tal como menciona Flores (2010) “se trata de generar nuevos espacios de reflexión teórica, ya no abordables con la mirada clínica tradicional. Sino creando lugares más abiertos a la palabra para que ciertos problemas de la vida social puedan ser hablados” (p. 22). Con ello, podemos hacer referencia a que el origen o elementos asociativos de estos trastornos lo constituyen los roles y estereotipos de género.

Capítulo III. Roles de género y estereotipos de género

Si bien el SOP es una condición médica, desde la medicina no se tiene un agente causal específico y se considera al igual que la gran mayoría de trastornos de la que no se tiene una explicación puntual, la idea de predisponentes culturales y congénitos hereditarios. Una visión desde una perspectiva social en que el orden social o el sistema patriarcal, tiene especial incidencia en lo que somos como sujetos y nuestro psiquismo, es otra manera de entender la forma en la que afecta la autopercepción y corporeidad de la mujer y su bienestar.

3.1 Sistema patriarcal como orden social

El patriarcado, un sistema social arraigado en la historia, se ha erigido como una estructura de poder que otorga a los hombres un privilegio desproporcionado sobre las mujeres (Lerner, 1990). Esta jerarquía, basada en el género, ha permeado todas las esferas de la sociedad, desde la familia y la comunidad hasta las instituciones políticas y económicas.

En este orden social, los hombres ocupan tradicionalmente roles de liderazgo y autoridad, mientras que las mujeres son relegadas a posiciones subordinadas. Esta dinámica de poder se manifiesta hasta la violencia de género. El patriarcado no solo limita las oportunidades de las mujeres, sino que también restringe la expresión de masculinidades más diversas y equitativas.

Las raíces del patriarcado se hunden en construcciones sociales y culturales que han perpetuado la idea de que los hombres son superiores y las mujeres inferiores. Estas creencias se han transmitido de generación en generación a través de la familia, la educación, los medios de comunicación y las religiones. Si bien ha habido avances significativos en la lucha por la igualdad de género, el patriarcado sigue siendo una fuerza poderosa que desafía y resiste el cambio.

Desmantelar el patriarcado es un proceso complejo y multifacético que requiere un cambio cultural profundo. La lucha por la igualdad de género ha logrado avances significativos en muchas

sociedades, pero aún queda mucho por hacer. Es fundamental continuar trabajando para desafiar los estereotipos de género, promover la educación sobre igualdad, y crear espacios seguros para que las mujeres puedan denunciar la violencia y exigir sus derechos.

La construcción de una sociedad más justa y equitativa implica la participación activa de hombres y mujeres. Para poder llegar a ello, es necesario conocer todos aquellos conceptos en relación al género, sus estereotipos y roles, los que inciden en la estructuración psíquica y la corporeidad femenina.

3.2 Definición de género

Los seres humanos somos seres biopsicosociales, eso quiere decir que estamos constantemente en interacciones con los otros, en un espacio geográfico específico. En este espacio se construyen y transmiten costumbres y tradiciones regidas por la cultura para la convivencia social; asimismo, se asignan roles, formas de ser, obligaciones y reglas para cada individuo, en este sentido Pérez (2020) describe:

El estudio de los seres humanos puede hacerse teniendo como enfoques estas tres dimensiones: la biológica, que hace énfasis en el estudio de la estructura y funciones del organismo; la psicológica, que estudia la personalidad y las relaciones interpersonales y el de las ciencias sociales, que estudia las sociedades y sus culturas. (p. 352)

Estas tres dimensiones abarcan la complejidad del ser humano, desde su función como organismo vivo hasta sus interacciones con las y los demás. Dentro de estas interacciones se encuentran establecidos criterios de convivencia e incluso de ideologías según cada cultura, como lo es el género el cual se ha vinculado por las diferencias sexuales al nacer (Hernández, 2006). El mandato de organización social a partir de un cuerpo sexuado es lo que se conoce como género (Scott, 1940) y por muchos años se clasificaban en dos tipos: femenino o masculino, ambos con cargas de expectativas y comportamientos esperados. Butler (2007) afirma al respecto “el género es la construcción cultural variable del sexo: las múltiples vías abiertas de significado cultural originadas por un cuerpo sexuado” (p. 225).

En ese mismo contexto, si nace una persona con sexo biológico femenino se le asigna de inmediato el género de mujer, esperando se desenvuelva como una de ellas. Acorde con lo anterior, el género se considera como una categoría social extensa dado que cada individuo necesariamente pertenece a uno de los grupos existentes: hombres o mujeres (Athens Edt et al., 2008, citado por Etchezahar, 2014), los cuales delimitan otra identidad o expresión de género, propios de una sociedad heteronormada.

Es importante mencionar que el término género ha sido utilizado para referirse a las mujeres desde una posición neutral para conocer de ellas, sin desigualdad ni poder, haciendo referencia que el estudio de las mujeres lleva al estudio de los hombres (Scott, 1940).

3.2 Roles de género

3.2.1. Definición de roles de género

Las sociedades patriarcales desde tiempos pasados han construido socialmente reglas y características que deben de seguir hombres y mujeres de acuerdo con el género asignado, estos incambiables e inamovibles durante mucho tiempo, como designar a las mujeres a las tareas del hogar o poner a los hombres como el proveedor de la casa, la fundación Juan Vives Suriá (2010) menciona:

El género da cuenta de las características que la cultura y la sociedad asignan a los hombres y las mujeres en las diferentes culturas y en momentos históricos precisos. Mediante las construcciones de género, las sociedades elaboran las identidades sociales del hombre y la mujer. Estas identidades sociales funcionan en la vida cotidiana como modelos ideales o prototipos que sirven como guías de conducta a alcanzar para ser hombres o mujeres. (p. 42)

Entre estas características impuestas cultural y socialmente podemos encontrar los roles de género, funciones y expectativas que la sociedad espera que los mismos sujetos ya sean hombres o mujeres puedan cumplir. Estos comportamientos son exclusivos según el género asignado, es decir, en el caso de las mujeres mexicanas se esperan sean sumisas, tengan el “instinto materno”, se dediquen al hogar, sepan cocinar y puedan procrear. Como lo explica Lamas (2007) “el papel (rol) de género se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la

cultura sobre el comportamiento femenino o masculino” (p. 5), pareciera ser entonces, que condiciona comportamientos y formas de pensar, no limitando los ideales de las personas.

Resulta complicado romper con los esquemas aprendidos desde la infancia pero no imposible de reconstruirnos, como señala Butler (2002) “siempre es el nexo, el no-espacio de una colisión cultural, en la que la demanda de resignificar o repetir los términos mismos que constituyen el "nosotros" no puede rechazarse sumariamente, pero donde tampoco puede acatarse en estricta obediencia” (p. 183), romper con patrones que llevan a acciones naturalizadas como la desigualdad y violencia, siempre será un acto de rebeldía para los demás.

3.2.2 Roles de género femeninos

Aquellas actitudes que dictan cómo se debe de comportar una persona de acuerdo con su género dentro de una sociedad son los llamados roles de género, dentro de estos podemos encontrar los femeninos, que se integra por comportamientos, actitudes y formas de ser que ejercen una alta demanda en su cumplimiento, para que seamos consideradas como “buenas mujeres” dentro de una sociedad.

Desde una perspectiva de género, el rol reproductivo femenino ha sido históricamente utilizado para subyugar a las mujeres, limitando su autonomía y perpetuando la desigualdad de género. Lamas (2015) refiere:

A partir de poder distinguir entre el sexo biológico y lo construido socialmente es que se empezó a generalizar el uso de género para hacer referencia a muchas situaciones de discriminación de las mujeres, que han sido justificadas por la supuesta anatomía diferente, cuando en realidad tienen un origen social. (p. 4)

Esta carga recae desproporcionadamente en las mujeres, quienes enfrentan presiones sociales y culturales para asumir la responsabilidad exclusiva del cuidado de los hijos y las tareas domésticas relacionadas con la crianza.

Este sistema patriarcal impone expectativas irrealistas sobre las mujeres, relegadas a roles de cuidadoras y reproductoras, limitando sus oportunidades de desarrollo personal y profesional. Además, la falta de acceso a la salud reproductiva y a la educación sexual integral socava aún más su autonomía y derechos reproductivos. Sobre los roles de género femeninos, la Secretaría de la

Mujer del Gobierno de la Ciudad de México (2023) menciona “son: la reproducción, crianza, cuidados y sustento emocional. Lo que confina a las mujeres a las tareas domésticas y de maternidad familiar, dejándolas fuera de otras actividades como las actividades de mantenimiento y sustento económicos” (p. 2).

3.2.3 Maternidad como rol de género

Las expectativas hacia las mujeres se corresponde además con una cuestión biológica, ya que, en comparación con el hombre, el cuerpo de ellas está diseñado para convertirse en madre, su cuerpo se prepara para crear una nueva vida, siendo para muchos la reafirmación de que son “verdaderas mujeres”, como menciona Saletti (2008) “el carácter construido de la maternidad, demuestra que el imaginario social sobre la misma está configurado por diversas representaciones que identifican la maternidad con la feminidad proporcionando un ideal común para todas las mujeres” (p. 170).

Debido a esta ideología patriarcal de asignar a la mujer como uno de los objetivos centrales el de maternar, existen deseos en ellas que no cuentan porque desde la infancia se les enseña sobre esta función, con distintos juegos y juguetes, en la convivencia con otros más pequeños, en los discursos sociales, logrando introyectar en la mayoría de las infancias el deber de ser madres. Saletti (2008) ante ello menciona:

La maternidad ha sido considerada la condición femenina por excelencia, e incluso la misma esencia femenina. Sin duda, ha sido la capacidad biológica de procrear de las mujeres, las únicas que disponen de un cuerpo capaz de engendrar y albergar a otro cuerpo, la que ha sustentado la permanente identificación entre feminidad y maternidad. A partir de esta equivalencia, la mujer ha sido presentada por los discursos dominantes como un ser unidimensional que sólo puede ser madre (p. 175).

Estos mandatos sociales por cumplir afectan en la autopercepción de las mujeres, al intentar encajar en el estándar y expectativas esperadas para ella como mujeres en la sociedad, esto afecta aún más en aquellas que tienen una enfermedad directamente en el aparato reproductor femenino y presentan una baja tasa de fertilidad como es en el caso del SOP. Como mencionan Carazo et al (2014):

Para algunas mujeres, tener hijos es un punto esencial para definir la identidad femenina. La influencia de la infertilidad en la calidad de vida varía según tradiciones, creencias religiosas y factores socioculturales. La

existencia del SOP también puede desencadenar infertilidad, por causar estrés, depresión, ansiedad, problemas sexuales, y baja autoestima. (p. 411).

Algunas mujeres que tienen el síndrome se ven afectadas cuando son informadas sobre el diagnóstico y se les explica que tienen pocas probabilidades de embarazo, lo que les genera preocupación y ansiedad al pensar en su futuro sin poder maternar, Carazo et al (2014), mencionan:

La preocupación de sufrir infertilidad no afecta únicamente a mujeres que intentan quedar gestantes. Las adolescentes con SOP tienen una preocupación 3,4 veces mayor que las adolescentes sin SOP respecto a los posibles problemas futuros para conseguir gestación (p. 411).

Las mujeres con el síndrome en ocasiones se enfrentan con las disfunciones reproductivas y consultan al ginecólogo por los problemas de infertilidad asociados, llevándolas a recurrir a tratamientos de fertilidad, como establece Pereira et al. (2020):

En las pacientes que esperan concebir en un futuro cercano y que padecen de SOP, el tratamiento inicial se basa en los cambios del estilo de vida, para lograr una reducción de peso y así intentar restablecer los ciclos ovulatorios. Algunas mujeres logran reducir el peso de forma importante, pero no terminan por desarrollar ciclos ovulatorios, por lo que en estos casos se inicia terapia farmacológica para permitir la inducción de la ovulación y así mejorar las tasas de fertilidad con mayores probabilidades de embarazo (p. 9).

Dicho tratamiento, si bien ofrece una esperanza a quienes desean tener hijos, son costosos, invasivos y emocionalmente agotadores. El proceso de someterse a tratamientos de fertilidad puede consumir gran parte del tiempo, la energía y los recursos de una mujer, lo que puede afectarla psicológicamente

Al quedar embarazadas estas mujeres todavía se enfrentan a riesgos que influyen en que ellas y sus productos pueden desarrollar enfermedades, hasta la pérdida de su embarazo, por lo que la vida del producto debe de estar considerado como “en riesgo” y la madre debe de ser monitoreada durante todo su embarazo, como expone el NIH (2019):

Las mujeres con síndrome de ovarios poliquísticos, corren más riesgo de tener determinados problemas o complicaciones durante el embarazo. Además, los bebés nacidos corren más riesgo de pasar tiempo en la unidad de cuidados intensivos neonatales o de morir antes, durante o inmediatamente después del parto (párr. 1).

Es por eso que se debe de tener un cuidado preconcepcional y prenatal donde las mujeres deben de estar informadas de todos estos riesgos mencionados y de las medidas a seguir para minimizarlos, entre dichas medidas destacan los cambios en el estilo de vida.

3.3 Estereotipos

3.3.1 Definición de estereotipos de género

Los estereotipos de género son creencias sobre cómo un sujeto tiene que comportarse, sentir, pensar o actuar, de acuerdo con el género asignado. Estos estereotipos se clasifican en feminidad para ellas y masculinidad para ellos (Aguilar et al., 2018), delimitando con ello funciones y roles tradicionales, así como su libertad, al serle impuestas normas rígidas basadas en el género.

Como se describe en párrafos anteriores, donde se menciona que el género es una categoría extensa, se encuentra a los estereotipos como una subcategoría. La Organización de las Naciones Unidas (2024), menciona que:

Un estereotipo de género es una visión generalizada o una idea preconcebida sobre los atributos o las características, o los papeles que poseen o deberían poseer o desempeñar las mujeres y los hombres. Un estereotipo de género es perjudicial cuando limita la capacidad de las mujeres y los hombres para desarrollar sus capacidades personales, seguir sus carreras profesionales y/o tomar decisiones sobre sus vidas (párr. 1).

Algunas de las características y atributos designados hacia la mujer, son en su mayoría con su aspecto físico, esto implica desde cómo se visten hasta su corporalidad, se espera que las mujeres sean complacientes, tengan actitudes de cuidado y con ello anhelan ser madres, sean delgadas, sin imperfecciones (Mancilla, 1999).

En este sentido, los estereotipos de género como menciona Casares (2006) “son construcciones sociales que forman parte del mundo de lo simbólico y constituyen una de las armas más eficaces contra la equiparación de las personas” (p. 52). Los estereotipos femeninos se asientan en el deber ser de las mujeres para poder ser aceptadas en la sociedad como “buenas mujeres”, en ellos se encuentran que deben de ser delicadas, seductoras, delgadas, sin imperfecciones, maquillarse, entre otras.

Estos estereotipos mandados socialmente, como señala Renee (2018) “contribuye a la depresión y a la ansiedad que afecta a tantas mujeres, y anida en ellas” (p. 18), teniendo un impacto en su vida psicológica.

Estas barreras que existen para considerar en la historia a las mujeres tienen sus raíces en el androcentrismo en donde autoritariamente las normas privilegian los rasgos asociados con la masculinidad y el sexismo en donde existe una devaluación y desprecio por aquello que se codifica como femeninas.

3.3.2 Belleza como estereotipo de género femenino

Dentro de los estereotipos femeninos más introyectados en la sociedad, que podemos analizar desde tiempos remotos a lo largo de la historia y dentro de las diferentes culturas del mundo, es lo que se considera como ideal de belleza, que, en la sociedad contemporánea, cambia con las tendencias y la moda. La belleza como estereotipo de género implica una imposición de cómo debe ser una persona para ser atractiva, Muñiz (2014) destaca “la belleza como un conjunto de conceptos, representaciones, discursos y prácticas cuya importancia radica en su capacidad performativa en la materialización de los cuerpos sexuados y en la definición de los géneros” (p. 422). Los cánones de belleza son un constructo social que se van modificando con el paso del tiempo, tal como afirma Rudel (2021):

El canon de belleza se convirtió en una exigencia principalmente femenina en el Renacimiento que fue ganando relevancia a través del arte pictórico y con la invención de la imprenta. Pero los cánones de belleza realmente lograron masificar e instalarse en el imaginario colectivo en el siglo XX a través de su cotidianización en la industria cultural (cine, radio, televisión). (párr. 7)

La prevalencia de algunos de ellos es la apariencia física y el culto que se le ha otorgado al cuerpo, lo que permanecen hasta hoy día (Guadarrama, Hernández y Veytia, 2018). La noción de belleza emerge como un constructo profundamente arraigado que influye en las experiencias y expectativas de hombres y mujeres en la sociedad contemporánea.

La belleza, en términos culturales occidentales, se ha definido históricamente de manera diferente para hombres y mujeres. Para las mujeres, tradicionalmente se ha asociado con

características como la juventud, la delgadez, la piel clara y las proporciones faciales que cumplen con ciertos estándares estéticos. En contraste, la belleza masculina ha sido asociada con la virilidad, la musculatura, y en algunas culturas, con la madurez y la presencia física (Mancillas, 1999).

Estos estereotipos de belleza de género están influenciados por una amplia gama de factores, incluidos los medios de comunicación, la publicidad, la industria de la moda y las normas culturales transmitidas a través de generaciones (Catells, 2006). Las representaciones visuales en los medios y la publicidad tienden a reforzar estos ideales de belleza, lo que puede tener efectos significativos en la autoestima y la imagen corporal de las personas.

El estereotipo de belleza de género no solo afecta a nivel individual, sino que también contribuye a la reproducción de desigualdades de género en la sociedad. Al perpetuar ciertos ideales de belleza, se refuerzan las normas de género y se establecen expectativas específicas sobre cómo deben lucir y comportarse hombres y mujeres.

3.4 Corporalidad

Los mandatos de belleza exigen a las mujeres ser perfectas físicamente, ello implica que tienen que ser delgadas a pesar de la carga genética, control hormonal o algún trastorno alimenticio o psicológico, Engeln (2017) indica “las mujeres hablan de su aspecto mucho más que los hombres, piensan en su aspecto mucho más que los hombres y están mucho más predispuestas que los hombres a actuar para alterar o mejorar su aspecto físico”(p. 36), debido a los estereotipos de género que colocan a las mujeres como seres delicados, tienden a tener las miradas en ellas en su forma de ser y actuar, lo que repercute en como luce en comparación a todos esos estándares de belleza, en donde el cuerpo desde esta perspectiva es usado como una forma de opresión e incluso de control.

La concepción de una corporalidad está influenciada por regímenes sociales que someten a las personas a cuestionarse su significado, aunque no exista un concepto único de esta, Butler (2002) sostiene que los cuerpos no son simplemente objetos físicos dados, sino que están constituidos y significados a través de prácticas discursivas y culturales. Esta perspectiva la podemos apreciar actualmente en las modas que surgen a lo largo de la historia hasta llegar a la actualidad, tomando al cuerpo femenino como objeto de cambio constante, y siendo difundido

alrededor del mundo de forma casi simultánea por los medios de comunicación, al alcance de cualquier mujer, introyectado en ellas como un arquetipo.

Foucault (1979) expone que el cuerpo forma parte de una dinámica del poder, no es sólo represivo, sino también productivo. Esto significa que el poder produce conocimiento y verdades sobre el cuerpo, influenciando cómo las personas se perciben y actúan. Las normas sociales y las prácticas médicas son ejemplos de cómo el poder configura la comprensión y el tratamiento del cuerpo. Con ello, el cuerpo al que pertenecen las mujeres se les es impuesto como un factor reproductor biológico, dejando a un lado el deseo y placer, puesto que desde una perspectiva patriarcal se considera que su cuerpo cumpla con las expectativas y roles de madre y esposa.

Es por esto, que las mujeres buscan la forma de pertenecer y ser aceptadas socialmente, por lo que naturalizan acciones como el realizar dietas la mayor parte de la vida para ser mujeres delgadas y consideradas como bellas, no como una condición para su salud. Esto forma parte también de la cultura mexicana, pues como argumenta Muñiz (2014) “aceptamos este tipo de infelicidad como parte de lo que implica ser una mujer” (p. 36), siendo las mujeres quienes reciben mayores críticas hacia sus cuerpos y condenadas a nunca estar de acuerdo con él, intentando ser delgadas, pero no tanto sino con algunas curvas (Gerwig, 2023).

Existe una gran influencia por parte de los medios de comunicación tales como las redes sociales (Castiñeiras, 2021) donde constantemente se observan cuerpos de mujeres afines a los prototipos de belleza que la cultura establece, así también pieles perfectas sin un rastro de acné o vellosidad excesiva que aparente ser el de un hombre. Hasta hace una década la visualización de mujeres sin filtros fotográficos o poses compartiendo distintas partes de sus cuerpos que no son compatibles con los estándares de belleza, tales como el acné en el rostro, espalda o brazos, la hiperpigmentación de distintas zonas y la vellosidad excesiva, generaron *ruido* en la sociedad, cuestionando qué es el cuerpo más allá de lo estético y a quienes se intentan complacer.

La autopercepción que estas condicionantes sociales generan en las mujeres devienen de los mandatos sociales que se les imponen, tal como mencionan Hernández & Hernández (2021):

El autoperibirse como objeto sexual ha sido clave en la invisibilización de los diversos tipos de violencias que se ejercen en el seno de la relación de pareja. El cuerpo de la mujer está sumergido en los estereotipos y estándares de belleza que marcan la autoestima, el autocuidado, creencias y prácticas sociales, basadas en las reglas de lo *bueno* y lo *malo*, se basa en las construcciones dominantes de lo femenino y masculino (p. 158).

El *complacer a los otros*, hace parte de la aprobación que como seres humanos requerimos para sentirnos aceptadas y ser parte del grupo, de la comunidad; no obstante, ello implica asumir las imposiciones prácticas, éticas y estéticas, que devienen de una cultura machista, que subordina a las mujeres. Ser aceptada por el grupo social al que se pertenece, incluso en la familia o la pareja, genera un sentido de pertenencia y si no se cumplen estrictamente estas imposiciones son sometidas al escrutinio y evaluación social.

Capítulo IV. Resultados

En este capítulo se abordan las experiencias y narrativas que dan cuenta del proceso atravesado por las mujeres desde el desconocimiento por el funcionamiento de su cuerpo y la búsqueda de apoyo profesional en personal de salud, su reacción al diagnóstico de SOP y sus preocupaciones. Se ahonda en el proceso de aceptación de las dificultades que acompañan el diagnóstico de SOP en el cuerpo de una mujer y sus vivencias con los síntomas, así como el tratamiento que se les indicó. Dentro de estas vivencias, no encontramos sólo signos físicos sino también algunos más que conforman su psiquismo, como la ansiedad que al ser un trastorno psicológico se manifiesta en el estado físico y emocional, repercutiendo en el autoconcepto como mujer en una sociedad mexicana, llena de estereotipos y dogmas a cumplir, como lo es, la percepción de su corporalidad y los sentimientos generados en ellas por su deseo de ser madres y padecer una enfermedad que les deja con pocas probabilidades de embarazo.

4.1 El sentir de una mujer devastada por un diagnóstico

La primera instancia del proceso de afrontamiento de una enfermedad se corresponde con el personal médico al que se acude, para saber acerca de la inestabilidad provocada por los síntomas de la enfermedad que se desconoce. Para ello, las mujeres tuvieron un periodo de tiempo sintiendo como su cuerpo actuó distinto al de muchas mujeres y con dolores físicos. Ante esta circunstancia, acuden al área de ginecología, en donde el médico realiza los estudios pertinentes que abren paso al diagnóstico de SOP.

El SOP es una enfermedad difícil en su manejo clínico por parte del personal de salud, en el momento del diagnóstico no siempre brindan información importante y administran tratamientos no actualizados y pertinentes, como lo son los anticonceptivos. Este tipo de tratamiento resulta frustrante para las mujeres, debido a que en su cuerpo no solo se presentan los síntomas de la enfermedad sino también los efectos secundarios del tratamiento, mismos que se ven reflejados en sus cuerpos, tales como el aumento de peso, sensibilidad en los pechos, dolor de cabeza, hinchazón abdominal, cambios de humor, náuseas o sangrado ocasional.

Ante el diagnóstico de cualquier síndrome, enfermedad o desorden, el paciente sufre cierto grado de ansiedad, en estas pacientes la presencia de síntomas como el hirsutismo, acné e infertilidad aumentan su ansiedad. (Carazo y Cía, 2014).

Según Duarte (2016) las condiciones crónicas presentes en este síndrome tienen un impacto en el bienestar de las mujeres afectadas. Tal es el caso de condiciones crónicas como la diabetes, fibrosis quística, o en casos más letales el cáncer, en donde sobrellevar la enfermedad trae consigo un desgaste emocional severo para la persona enferma y su círculo social. En el caso del SOP, tanto los síntomas como la comorbilidad con otras enfermedades aumentan el riesgo de preocupaciones. En este sentido, el lidiar con una condición crónica, los miedos asociados a una posible infertilidad, los problemas relacionados a la sexualidad y femineidad, una baja autoestima y las preocupaciones sobre la imagen corporal como el sobrepeso u obesidad, acné e hirsutismo que pueden llegar a presentar las mujeres con este diagnóstico, son todos aspectos que pueden contribuir a complejizar las vivencias sobre la enfermedad en las mujeres que lo padecen.

Con el diagnóstico se deja de lado la incertidumbre y se confirma el malestar; de inicio, les resulta sumamente relevante racionalizar, saber, nombrar lo que duele y genera sufrimiento, más allá de ello, se expanden otras expectativas vinculadas con el maternaje, función impuesta socialmente y la cual algunas mujeres aspiran a cumplir, como mencionan Brisa y Susana:

Entonces la doctora nos dijo cómo vamos a hacer unos estudios para descartar que no tengan quistes, ¿no? Y yo dije ¡ay, no creo que tengamos!, pero pues salió que sí teníamos. Entonces, en cierto modo dije eso suena, o sea, la palabra quiste como que suena, eh, da miedo, pues, entonces sí me espanté y dije “Ay, ¿qué es eso?” ¿no? Pero a la vez como que me sentía aliviada de saber la razón por la cual me daba todo eso, ¿no?, porque pues yo sí pensaba que era normal tanto, tantos dolores y tantos síntomas así feos, ¿no? (comunicación personal, Brisa, 2021).

Yo iba más o menos con la idea de que lo más seguro es que sí y cuando llegué me tomó el ultrasonido y me dice sí, y yo ¡oh! entonces sí era eso y ahora sí que muchas cosas toman sentido, al mismo tiempo que decir ¡wow! ahora ya sé que tengo, o sea ya sé lo que me está pasando, este eh... tomó un poco de sentido pero al momento fue como ¡hh (expresión de desaliento) pues el saber todas las complicaciones que tiene la enfermedad fue así como de ¡ay no!, y ya, a mi lo que más me hizo sentir, preocuparme fue es que es muy complicado quedar embarazada cuando tienes SOP es una de las complicaciones y dije no, pues, es que yo siempre he querido tener una familia pero ya luego pues investigando un poco más me di cuenta que pues era tratable y que no había por qué, o sea no había complicaciones tanto a largo plazo mientras se trata a tiempo, entonces ya fue como que tranquilizándome un poco, al principio sí fue así cómo “¿y qué hacer en el futuro?”, o sea esa duda, esa incertidumbre (comunicación personal, Susana, 2021).

En el caso de Brisa y Susana, sentían preocupación ante la noticia de su diagnóstico, pero también, sentían alivio de saber qué ocasiona que su cuerpo funcione de forma diferente, al darse cuenta de las anomalías que ya habían “naturalizado” como el dolor durante la menstruación, ser irregular en su periodo e hirsutismo, esto las llevó a concluir que no era “natural” en todas las mujeres y que se debía a quistes en sus ovarios, de esta forma pudieron entender las manifestaciones sintomáticas de la enfermedad, lo que las hizo sentir tranquilidad, sobre todo por la posibilidad de mejora ante el tratamiento.

Sin embargo, ante el desconocimiento de la enfermedad experimentaron diversos sentimientos, incluso de culpabilidad. Según Duarte (2016) muchas mujeres con esta condición se sienten frustradas debido a que tienen que lidiar con una incertidumbre constante, al no lograr comprender completamente la razón y afectación de sus síntomas. La forma en la que un diagnóstico conmociona la vida de las mujeres es un sentimiento singular; sin embargo, existen factores colectivos que llevan a las mujeres a tener pensamientos similares ante el diagnóstico. En este caso la mayoría de las participantes refirieron temor ante el desconocimiento de la enfermedad.

Bueno cuando empecé, eh, am, como yo tenía un desconocimiento acerca de que era, o sea, al principio pues una incertidumbre, ¿no? Luego cuando hubo un diagnóstico como tal me sentía triste, me sentía pues decepcionada un poco de mí, porque por un momento pasó por mi mente que yo había provocado eh, este síndrome, dentro de mi desconocimiento, si pase por, por mucha tristeza (comunicación personal, Mercedes, 2021).

No sabía tanto la gravedad del problema, si me explicó (el médico), fue algo muy breve, me dijo que los problemas que podía presentar era que podía tener problema para embarazarme, pero como en ese momento yo tenía 15 años y mi interés por embarazarme no era grandioso y tampoco quería quedar embarazada, entonces pues yo dije ah pues no importa, o sea no es nada grave (comunicación personal, Sara, 2021).

Por otro lado, Sara al no tener mucha información sobre el síndrome, por su edad y nula implicación respecto al embarazo; no le dio importancia para cuidar su salud, al contrario de otras entrevistadas como Gabriela quien manifestó preocupación e incertidumbre, a diferencia de lo sucedido con Mercedes y Sara, ya que la médico que le atendió pudo explicarle un poco más:

Nunca me pasó el miedo por no tener hijos o algo así porque no tengo, bueno, ahorita no tengo deseo de ser madre, entonces como que lo último que pensé y sí a la larga fue un miedo de que, pues, si me pueden quitar mis ovarios y puede haber un desbalance hormonal, pero lo fue lo único que pensé. Y ya al explicar,

la doctora, siento que la doctora me trató de tranquilizar, no sé qué cara me vio, pero ya me empezó a decir que no, pues no está tan avanzado tu SOP como el de tu hermana... Si llevas este tratamiento como estás, pues, eh, todo va a ir bien (comunicación personal, Gabriela, 2021).

Al principio sí fue como decir, ay esto, o sea, no sé, como que es raro pensar que tienes una enfermedad, eh, te digo, esa palabra quiste a mí me espantaba, pero, también, como la forma en cómo lo manejo mi doctora, pues me hizo sentir tranquila, en decir, esto tiene una solución, va a tardar, eso sí, nos decía mucho, que va a tardar (comunicación personal, Brisa, 2021).

Este sentimiento de preocupación es disipado algunas veces por el médico tal y como sucedió con Gabriela o con Brisa, en algunos casos como el de Mercedes puede llegar a ser contraproducente y generar mayor ansiedad y malestar emocional, lo que se intenta paliar con más información, en tanto que la idea de muerte aparece como la fantasía más dramática de su vivencia, como en el caso de Mercedes. Brisa, por su parte, requirió de acompañamiento terapéutico.

No quedaba segura porque decía, no, se me va a hacer grande, inclusive llegué a pensar que, no iba a tener remedio, usando palabras coloquiales, no iba a tener remedio dicha enfermedad, que iba a morir de cáncer, entonces dentro, vagamente lo que, a pesar de que ya me habían dado información y empecé, y en su momento pues empecé a indagar un poquito más, pues por el Internet... Yo le hablaba a medio mundo para saber, mis amigos que estudiaban en su momento todavía su especialidad, que no era ginecología, les decía "oigan, ayúdenme esto, tengo esta duda, ¿me voy a morir o no me voy a morir, ustedes que opinan?" y justamente era la primera vez en mi vida adulta que había ido a un ginecólogo tal, ¿no? (comunicación personal, Mercedes, 2021).

La mitad de ese proceso estuve yendo con esta terapeuta, como que ella me ayudaba a entender muchas cosas ¿no? Porque por ejemplo a veces yo le decía, es que ahí, a veces cuando estoy menstruando y me llegan, así como ideas, este sobre pienso las cosas y me siento mal respecto a ciertas cosas, pero entonces yo decía, "Ah, es porque estoy en mis días", como que esa era ni justificación y por lo tanto no les daba la importancia debida a esos sentimientos porque si bien esos sentimientos en esos momentos se potencializan (comunicación personal, Brisa, 2021).

Existen también otros sentimientos que presentaron las participantes durante su diagnóstico, uno de ellos fue la preocupación por la solvencia económica para cubrir los servicios profesionales y medicamentos requeridos para sí, debido a que la enfermedad trae consigo un gasto económico considerable a largo plazo, y algunas de ellas dependen de sus familias, quienes no siempre pueden afrontar gastos de este tipo.

Dougnac (2014) menciona que las enfermedades crónicas afectan principalmente a las poblaciones jóvenes, situación que se evidencia especialmente en los países en vías de desarrollo, esto impacta significativamente, y de manera negativa, en la economía familiar de largo plazo, puesto que una situación médica de ese tipo no distingue entre el nivel de ingreso familiar y los costos de los tratamientos.

Los comentarios y preocupación que expresan las participantes son recurrentes en la vida de muchas mujeres diagnosticadas con SOP en México y en muchos países en vías de desarrollo en donde el sistema de salud al igual que en México presenta muchas carencias, y en donde a veces es preferible —como lo mencionó Mercedes— acudir en el ámbito privado a una cita médica, lo que implica un gasto por consulta, más el referido al tratamiento con la compra de los medicamentos recetados, así como los gastos asociados a los cambios que harán en su alimentación y acondicionamiento físico.

Y después me dio miedo lo económico porque por la experiencia de mi hermana también sé que el tratamiento es caro y no sabía cuánto iba a durar porque mi hermana tiene batallando mucho tiempo con el SOP, entonces pues yo dije, “ya es algo que no sé” (se ríe), me daba mucho miedo porque tampoco es que tenga una buena posición económica (comunicación personal, Gabriela, 2021).

Creo que nos hizo unos estudios como a los seis meses que empezamos el tratamiento, y se había quitado has de cuenta un quiste, o sea, casi no había un progreso, entonces si era como de ¡no manches!, y también era un poco la presión de saber “ay, mis papás están gastando mucho dinero en los tratamientos y todo eso y no voy mejorando” ¿no? (comunicación personal, Brisa, 2021).

Al momento del diagnóstico Brisa no se preocupó por los gastos y demandas económicas que el trastorno conlleva; sin embargo, durante su proceso de atención, el hecho de que el tratamiento indicado por el médico era costoso y prorrogado, le hizo sentir cierta presión por mejorar rápidamente, al igual que Gabriela.

Ante la preocupación por el tratamiento, existe cierta inquietud hacia las contraindicaciones de algunos de los medicamentos administrados a estas mujeres, ya que existen diversidad de tratamientos para el SOP, desde anticonceptivos orales hasta medicina homeópata. Es por esta razón que se aborda la forma en la que las mujeres sobrellevan la enfermedad con base al tratamiento indicado por el médico.

Una de las opciones específicas de los ginecólogos es el uso de los anticonceptivos orales, porque juegan un papel crucial en el manejo de la anovulación crónica y sus posibles complicaciones (trastornos menstruales, etcétera), así como las consecuencias clínicas del hiperandrogenismo (hirsutismo, acné, etc.) (Cabrera y Centeno, 2007), siendo este tratamiento el más popular entre ellos, al ser un medicamento que en solitario inhibe la mayoría de los síntomas, desde el desbalance hormonal, aumento de peso, dolor en las mamas, hasta riesgos como coágulos de sangre.

Me recetó (el ginecólogo) pastillas anticonceptivas que tenía que tomar diario, diario para disminuir esos quistes y este, mi problema más grande con esas pastillas fue que empecé a subir de peso y como yo soy chaparrita si fue como, sentía que me veía mal y me afectó más que nada emocionalmente, por mi físico (comunicación personal, Sara, 2021).

El tratamiento fue hormonal, estuve más de un año con, tomando entre cápsulas, pastillas y chequeos, chequeos ginecológicos. El 95% del tratamiento fue anticonceptivo. El otro 5% eran algunas, eh, yo recuerdo, que era como, como algo complementario ¿no?, como, ácido fólico recuerdo, calcio, y otras medicinas que ya no recuerdo, que complementaban el tratamiento (comunicación personal, Mercedes, 2021).

Me indicaron... Diane (anticonceptivo) por tres meses... Durante los tres meses estuve tomando el Diane y me dijo “pues ya esperemos que con eso te hagas regular”, me volví regular (comunicación personal, Susana, 2021).

La anticoncepción hormonal puede dar una falsa sensación de “curación” a las mujeres, además de los efectos secundarios que se manifiestan en quienes toman este tratamiento y lo invasivos que son en el cuerpo de las mujeres, este es el primer tratamiento que los médicos otorgan desde hace mucho tiempo. Entre los efectos secundarios, el subir de peso constituye un aspecto central en adolescentes y jóvenes para quienes la imagen corporal resulta crucial al emprender relaciones sociales y la vida en pareja, lo que se limita ante los cambios en su cuerpo, mismos que no se corresponden con el ideal estético construido socialmente para las mujeres. A partir de experiencias de otras mujeres, existe cierto miedo en algunas de ellas para tomar anticonceptivos, como se analizó en el caso de Gabriela.

Me dio miedo el tipo de medicamento que me iban dar, yo tengo como que muy presente la experiencia de mi hermana porque a ella la diagnosticaron desde que iba en prepa y mi hermana era muy delgada, eh, y a ella la trataron primero con pastillas anticonceptivas y tuvo muchos síntomas secundarios como... granos,

le dolían mucho los pechos, luego también subió muchísimo de peso (comunicación personal, Gabriela, 2021).

Es por ello, que últimamente los especialistas han optado por otro tipo de tratamiento indicando tratamientos basados en suplementos y multi vitamínicos que ayudan a disminuir los síntomas del SOP. Además, de que se debe incluir medidas de soporte, educación y terapia de la afectación. La modificación del estilo de vida, incluyendo dieta y ejercicio, se considera una piedra angular en el tratamiento de mujeres con SOP (Huérfano y Ortiz, 2016).

Ella me dio un multivitamínico, no recuerdo el nombre, pero recuerdo que nos sentamos y yo le dije a mi hermana ¿anticonceptivos? y ella me dijo no, primero vamos a intentar con este medicamento, me dio el medicamento que era un multivitamínico que no recuerdo el nombre y me lo dio por tres meses. Me recordó que para que el tratamiento hiciera efecto tenía que tomar los medicamentos tal cual era, y que también acompañarlo de una buena alimentación y ejercicio porque el peso también influía y fue todo lo que me dijo (comunicación personal, Gabriela, 2021).

Acabo de ir con una segunda ginecóloga que me dio otra opinión, lo que me dijo básicamente fue que la primera me dio anticonceptivos orales y fue como de, “es que no es el chiste que te estén dando cada anualmente o cada cierto tiempo, entonces, intentemos un método como más conservador”, como primero la dieta, el ejercicio, el multivitamínico que me dio (comunicación personal, Susana, 2021).

La realización de dietas y la práctica habitual de ejercicio, si bien se difunden como deseables para todas las personas, cada vez menos, son las adolescentes y jóvenes que llevan a cabo este tipo de actividades. La inmediatez de la belleza no prórroga al tiempo, ni a la constancia, disciplina “sufrimiento”, el logro de una imagen al que se aspira y se lucha mediante la cosmética y el consumo de objetos.

Por otro lado, estos no son los únicos tratamientos que existen, se encuentra a la medicina homeópata, dentro de este sistema médico holístico, Brisa mencionó que desde este abordaje se realiza un análisis de los exámenes diagnósticos, lo que confirma en la paciente la presencia de SOP, en ese momento se decide el tratamiento que llevará y se continúa en revisión, ella decidió llevarlo junto con sesiones de acupuntura, una de las medicinas alternativas, optando por un tipo de medicina que a la larga no fuera nocivo para su salud.

Cuando empecé a ir con esta doctora, este, Primero nos hizo una desintoxicación, así como general del cuerpo con homeopatía este y después, o bueno, esa homeopatía como que nos alivió así los cólicos, pero así muy rápido. Si, haz de cuenta la siguiente, las siguientes dos menstruaciones, ya no tenía dolores, y así, yo

dije ¡wow, me curé! Pero fueron como por la desintoxicación. O sea, pasó el efecto del medicamento y otra vez regresaron los síntomas, ¿no? Y después nos empezaron a aplicar unas vacunas, pero sinceramente no sé qué era, o sea, nunca nos dijeron que era, uhm sospecho... Pero después de eso, bueno, casi durante todo el tratamiento estuve tomando una homeopatía, que es un medicamento que creo que se hace con abejas, eh, y posterior a eso empezamos a ir con, bueno, empecé a ir con una doctora de acupuntura. Este, pues esa técnica ¿no? con agujas, creo que fue un tratamiento como de dos meses, algo así. Eran dos veces a la semana porque yo estaba en Ciudad de México, dónde está esa doctora por poco tiempo, entonces dijo la doctora pues lo más cerca que te lo puedo hacer es dos veces a la semana, entonces dos veces a la semana estuve yendo y creo que fueron como diez, diez sesiones (comunicación personal, Brisa, 2021).

Esto indica que existen muchos tipos de tratamiento que revela mejoras en la sintomatología del SOP; sin embargo, aunque exista una mejoría considerable y es posible que las mujeres lleguen a tener control sobre la enfermedad, se debe de tener en cuenta que es una enfermedad crónica y no existe una cura para ello, por lo que las mujeres enfermas deben de aprender a vivir con los síntomas y tomar el medicamento para que se regularice.

4.2 Viviendo con el enemigo: los síntomas

Cuando se habla de enfermedades crónicas ginecológicas, como por ejemplo miomas uterinos, endometriosis o cáncer de útero, se considera una mayor incidencia de mujeres afectadas con diagnósticos incurables; a través de la historia clínica es posible advertir la existencia de otras enfermedades ginecológicas crónicas en familiares de las mujeres entrevistadas.

Las enfermedades ginecológicas suelen tener características similares en el cuerpo de las mujeres debido al origen de estas, muchas veces estas enfermedades pueden ser hereditarias. Su fisiopatología, se basa probablemente en la combinación de una predisposición genética y factores ambientales (Carazo et al., 2014).

Entonces la doctora dijo que la mayoría de los problemas de quistes es un problema, eh, relacionado con las mujeres de toda tu familia. O sea (suspiro) pues sí, me imagino que científicamente es como algo, cómo se dice, genético (comunicación personal, Brisa, 2021).

En las familias donde se encuentra a una mujer con una enfermedad ginecológica como el SOP o alteraciones ya sean hormonales o en el aparato reproductor femenino, es recurrente que otras familiares presenten este tipo de trastornos. Las participantes mencionan que:

Y pensaba mucho en mi mamá, porque como mencioné antes, estas situaciones así familiar, mi mamá, mi mamá no tuvo este, ovario poliquístico pero ella tuvo otra situación que es similar, y que, por ejemplo, la doctora de acupuntura los trataba como si fueran iguales, me queda la duda de esto, pero ella así lo consideraba y me imagino que tiene una relación, mi mamá tuvo eh así poco tiempo después de su embarazo de mi hermana menor, tuvo miomas y pues si sufrió, o sea, si eran dolores y al final todo ese problema tuvo que terminar en que le quitaran su matriz (comunicación personal, Brisa, 2021).

Mi abuelita dice que a ella le inyectaban estrógenos, o sea, ella no me dijo que tenía SOP, pero que cuando ella era joven su mamá le inyectaba eso, en sí, no sé qué su padecimiento era porque, pues en ese entonces era como que se estudiará tanto, o como que se tuviera esa libertad de hablar, ¿no? Y la verdad es que no se acuerda (comunicación personal, Susana, 2021).

Checa Vizcaino et al. (2022) mencionan que una de las causas por las que se produce este síndrome no están del todo determinadas, aunque parece ser que existe predisposición genética, algo que podemos encontrar en los casos de Brisa o Gabriela:

A mi hermana, le diagnosticaron creo que cuatro meses antes que a mí. No nos llevaron al mismo tiempo, pero cuando la doctora vio eso de mi hermana, ya me acordé, dijo pues la otra también debe tener (comunicación personal, Brisa, 2021).

Mi hermana tiene el diagnóstico desde hace muchos años desde que iba en prepa y eh...pues ella ha sido como muy irregular en cuanto a su menstruación y cuando se casó empezó a ir con una ginecóloga en San Cristóbal y pues ahí ya le dijeron que este su SOP ya estaba como que muy avanzado y que o sea de suerte quedó embarazada que igual podía quedar sin tener hijos y como que la doctora le empezó a explicar las consecuencias y mi hermana quedó como que muy impactada y ella pues vio muchos de los síntomas que tenía en mí (comunicación personal, Gabriela, 2021).

Las nietas de mi abuelita, somos dos las que tenemos ese diagnóstico, porque la hija de la hermana de mi papá, que es la más grande de nosotros como primas hermanas, igual tuvo ese diagnóstico (comunicación personal, Susana, 2021).

Lo que se analiza al tratar de una enfermedad causada por factores genéticos es que hay una gran población de mujeres con este diagnóstico que lidian y viven diariamente con los síntomas. En el caso de esta enfermedad al ser un síndrome, está asociada con diferentes afecciones en el cuerpo. El SOP se caracteriza por tener diversas manifestaciones clínicas entre las que se destacan alteraciones menstruales, infertilidad, acné, obesidad, alopecia, hirsutismo o acantosis nigricans. (Carazo et al., 2014). Así pues, menciona Susana en cuanto a su imagen:

Los más notables aparte de la irregularidad menstrual. Son estos cuatro: amenorrea, acné, crecimiento neurológico del vello. Y este igual, este que se me cae el cabello (comunicación personal, Susana, 2021).

Entre los síntomas mencionados, en este capítulo se abordará específicamente uno de ellos para identificar las enfermedades relacionadas al aparato reproductor femenino: las irregularidades y dolores menstruales.

Es importante mencionar que la disfunción ovárica del SOP se manifiesta habitualmente como oligomenorrea (menstruación que se presenta durante largos intervalos de tiempo) o amenorrea (la ausencia de uno o más períodos menstruales), debido a una anovulación crónica, el cual, siendo un síntoma que no se ve a simple vista, tiene amplias repercusiones en el cuerpo femenino.

Pues me acuerdo mucho de qué, o sea, yo empecé a ir con una doctora porque mis cólicos eran muy muy feos y, o sea, tenía cólicos y otros síntomas así muy incómodos en la menstruación. Y mi mamá dijo como “¡ay, eso no es normal!” y nos llevó a mi hermana y a mí al doctor, ¿no? (comunicación personal, Brisa, 2021).

La razón por la que fui al ginecólogo fue porque llevaba cuatro meses, o sea menor a cuatro meses que no me bajaba, entonces, fue la razón por la que fui (comunicación personal, Susana, 2021).

Esta anovulación en periodos largos puede ocasionar sangrados uterinos disfuncionales que muchas mujeres pueden confundir con ciclos menstruales irregulares, ocasionando en las mujeres que padecen dicha sintomatología malestar físico y emocional que puede impedirle realizar ciertas acciones cotidianas, siendo lo suficientemente importante para acudir al médico al notar que ello no es *normal*.

Uno de los principales síntomas que me alarmó fue que tenía, ah, era muy irregular en mi menstruación o sea podía pasar no sé, tres meses sin que me viniera, me venía y luego me venía dos veces el mismo mes... Y la ginecóloga al revisarme en el ultrasonido me dijo que efectivamente si tenía quistes en los dos ovarios (comunicación personal, Gabriela, 2021).

Fue por estudiar medicina porque nunca le había dado importancia que era irregular pues, y ya luego cuando empecé a llevar gineco en ese semestre, precisamente en cuarto, pues dije, entonces no es normal que yo sea tan irregular, entonces ya lo empecé a apuntar y ya empecé como que, a ver, exactamente cuándo y ya de ahí dije, no pues estoy mal (risas). Igual la primera vez que fui a la gineco (comunicación personal, Susana, 2021).

Los ovarios, que yo los tenía muy poblados de, de, tenía una especie de uhm, una población, que me espanté al ver el ultrasonido, de los quistes. Este, me dijo que, pues parecieran, le dije "híjole se ven demasiados ¿no?", yo recuerdo eso, me dijo "mira, tienes una parte en tu ovario, un quiste muy grande" entonces, casi casi era como una, esté, el tamaño como de una canica ¿no? (comunicación personal, Mercedes, 2021).

Las alteraciones menstruales son el principal motivo por el cual las mujeres acuden al médico y son diagnosticadas por SOP, debido a largos periodos de amenorrea (Carazo et al., 2014), tal es el caso de Gabriela, Brisa, Mercedes y Susana, quienes decidieron ir al médico luego de notar esta irregularidad menstrual y la consecuente alteración en los ovarios.

Las alteraciones menstruales constituyen el primer índice para el siguiente signo que es la infertilidad, la cual se trata de una condición del sistema reproductivo —en este caso el femenino— que consiste en la imposibilidad de conseguir un embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales habituales sin protección (OMS, 2023), un tema de relevancia entre las participantes, quienes exponen distintos motivos para querer maternar, tal como Rebeca, Brisa, Susana y Mercedes quienes se preocuparon ante la posibilidad de no poder concebir.

Fue mi pregunta, le pregunté si yo era estéril, o sea si eso iba a provocar que fuera estéril porque a partir de esa cita, de la dificultad de que iba a tener problema para embarazarme, este, me dijo que podía presentar infertilidad y que iba a ser difícil que yo quedara embarazada (comunicación personal, Rebeca, 2021).

Yo creía también, que en su momento no iba a tener hijos, era lo que más me pegaba porque siempre estuvo en mi mente pues ser madre, yo decía, pues a lo mejor con esto ya ni pueda ser mamá ¿no? (comunicación personal, Mercedes, 2021).

En un futuro puede repercutir en que pierdas tu fertilidad y que no puedas tener hijos, entonces en ese momento, o sea, yo, o sea pensar, o sea, estoy chiquita ¿no?, o sea estoy joven, más bien, pero decir, yo ni siquiera sé si quiero tener hijos, pero sé que quisiera tener la posibilidad en dado futuro ¿no? Y eso si me asustaba también (comunicación personal, Brisa, 2021).

Mi primera preocupación, el decir, ¿si voy a poder tener hijos? Porque es algo que quiero, ser mamá, en algún momento de mi vida, cuando esté lista (comunicación personal, Susana, 2021).

Actualmente, una de las causas más importantes de infertilidad por anovulación es el SOP. Se considera que la vivencia de la sintomatología de infertilidad lleva consigo el peso impuesto sobre las mujeres de ser madres.

4.3 Responder a las exigencias: ser madre

Entre los estereotipos de género femeninos impuestos por las sociedades desde que se es niña se encuentra el “maternar”, se ha enseñado e impuesto a partir de los juegos con muñecas, los roles de las mujeres adultas cercanas, los discursos socialmente aceptados para ellos, que, en algún momento como *parte natural de la vida*, las niñas tienen que ser madres, estructuras que mientras crecen se refuerzan en instituciones como la familia, la religión o la escuela.

Las mujeres latinoamericanas muestran mayor preocupación por el hecho de no poder tener hijos, debido a que se constituyen por sociedades tradicionales en que la asignación de funciones culturales se apoya en las tradiciones, creencias religiosas y diversos factores socioculturales (Carballo y Cía, 2021). El ser madre según el régimen patriarcal, nos legitima como mujeres, por lo que muchas de nosotras aún nos apegamos a cumplir cabalmente estas ideas hegemónicas, por tanto, el tener hijo se vuelve un acto que nos define como mujeres y forma parte central de la identidad femenina.

Pues estas expectativas han cambiado a lo largo de la sociedad a lo largo de los años. Pero considero que la que siempre ha estado presente es darle un rol maternal a la mujer. O sea que la función de la mujer es ser mamá. Cómo que ese papel de mamá es como el de la crianza y eso involucra al cuerpo (comunicación personal, Gabriela, 2021).

Uno de los síntomas frecuentes del SOP es la esterilidad anovulatoria, en las mujeres con este diagnóstico esta es una de las preocupaciones más frecuentes. Esto lleva a que las pacientes con este diagnóstico se preocupen por el hecho de no poder embarazarse. Actualmente se sabe que el SOP es un factor de riesgo importante para la infertilidad secundaria a la anovulación (Carazo y Cía, 2014).

Parece que el poder maternar es la culminación en la vida de una mujer para que se sienta plena, ello es producto de los roles impuestos socialmente e interiorizados como una de las metas o quizá la meta más importante para ellas. En este sentido, se dice que la idea de madre es una construcción social que es impuesto en las mujeres desde muy pequeñas, en que los roles de género son asumidos enfáticamente, sobre todo en sociedades más tradicionales.

Después va a funcionar normalmente y voy a poder tener hijos ... mi primera preocupación ... ¿si voy a poder tener hijos? Porque es algo que quiero, ser mamá, en algún momento de mi vida, cuando esté lista... también me preocupa, cómo va a evolucionar, si iba a curarse o solo se iba a controlar, entonces si fue esa cierta inquietud lo llamaría porque no llegó a ansiedad, pero si fue cierta inquietud (comunicación personal, Susana, 2021).

¡Ay, claro, claro, claro! Obviamente. Si Dios quiere. Sí, la verdad es que sí. Igual el deseo viene desde que era, desde que era chiquita este, siempre, siempre, siempre me encantó. O sea, yo le decía a mi mamá, mamá, yo no sé, yo no sé cómo le voy a hacer, le decía, porque yo quiero ser mamá, voy a ser doctora, y voy a ser pastora. Yo no sé cómo es eso, pues bueno, porque todo eso es como que entre mutuamente excluyentes. Desde que me acuerdo siempre jugaba, me ponía balones en la panza desde que era chiquita, o sea, yo siempre me gustaba eso y de hecho siempre ha sido así, como decir este ok, ya llevamos un tiempo, pero también a pesar de que quiero ser mamá últimamente, o sea, en estos años que he entrado ya como para la juventud, así como ok, pero también quiero disfrutar mi soltería también disfrutar este momento también esto es bonito, el decir que ahorita no tengo que preocuparme por llegar a hacer algo en casa, preocuparme por ver qué están haciendo mis hijos, por una educación, por ser un ejemplo, ahorita eso es lo que ocupo yo y con eso ya, ya ni puedo (comunicación personal, Susana, 2021).

Antes del diagnóstico yo creía que no iba a tener hijos, pero después de saber mi diagnóstico... era lo que más me pegaba porque si estuvo en mi mente ser madre, yo decía, pues a lo mejor con esto ya ni pueda ser mamá ¿no? (comunicación personal, Mercedes, 2021).

Aquellas mujeres diagnosticadas con SOP que desean ser madres, implícitamente aspiran a una relación de pareja en que tener hijos forma parte indisoluble de dicha relación, y, con ello, la conformación de una familia, por lo que toda aquella condición que atente contra esta expectativa es percibida de forma devastadora, como opina Molina (2006):

La esterilidad es vivida como condenación y como punto de ruptura de la unión de la pareja. La procreación legítima la relación conyugal. A la fidelidad casi obligada y fisiológica de la mujer, que culmina en la reproducción legítima, corresponde una fidelidad menos vinculante pero más virtuosa del hombre (p. 96)

Las mujeres que han sido diagnosticadas con algún trastorno en el aparato reproductor femenino presentan afecciones en distintas áreas de su vida, siendo una de ellas la esterilidad, lo cual tiene un impacto primordial en la vida de las mujeres, puesto que socialmente el no cumplimentar una de las funciones culturalmente asignadas e interiorizadas, implica no cumplir con un estándar de legitimación femenina para la sociedad patriarcal, el de ser mujer, esposa y madre.

Las expectativas puestas en la capacidad de engendrar llevan a las mujeres a conflictuarse cuando el poder materno se les complica, tal como sucedió en el caso de Mercedes, quien teniendo el diagnóstico son SOP se preparó para embarazarse, teniendo un largo recorrido para lograrlo, con el acompañamiento de su esposo concluyó dos embarazos de forma satisfactoria, pero con gran dificultad, tardando mucho tiempo en lograr embarazarse e incluso llegando a tener amenazas de aborto durante la gestación.

Entonces ya cuando decidí con mi primera hija, embarazarme, hablé con mi doctor, me preparó, me dio vitaminas, me desparasitó y me checó nuevamente, como estaba mi matriz, todo ¿no? Dio el visto bueno, entonces, pues no, había algo aquí que todavía en ese año, en 2014, no podía quedar embarazada, pero yo siento que fue una cuestión más, cómo dicen por ahí, que fue más de esta presión que hay por ya salir embarazada. Entonces, este, me, nos dejamos soltar con mi esposo y dijimos, bueno va a ser, entonces cuando yo quedo embarazada, aun me cuidé más, porque pues, este, ahora sí que mi matriz estaba estrenando un producto o algo nuevo, me dijo el doctor que procurará cuidarme al 100%, a tomar las medicinas, a estar checándome, de hecho cuando tenía como 2 o 3 meses de embarazo tuve una amenaza de aborto, fue muy doloroso y creí que por un momento no iba a aguantar a mi hijita, pero pues, gracias a Dios todo salió muy bien... Siete años después, este había días que bueno, meses en donde ya veía menstruación, bueno, quiere decir que no estoy embarazada porque me está bajando, ¿no?, pues un poquito triste la verdad. Decía bueno, me tengo que arriesgar el siguiente mes a ver que hay. Y cuando yo veía que estoy... decepcionada del proceso, este platicar. ¿Así? Yo creo que no se va a poder. Y por un momento pasó ... en que dije yo ¿por qué?, ¿son señales?, yo pensaba que solo con una niña me voy a quedar, si... muchas emociones vividas durante ese proceso. Híjole, primero pensé que algo andaba mal en mí, que a lo mejor mi cuerpo ya estaba dando las cosas, que ya, yo no podía tener otro bebé, y que necesitaba yo a lo mejor, eso yo lo pensé más adelante, alguna otra intervención médica, alguna inseminación, no sé, mi esposo si le dijeron que tenía que hacerse este, exámenes de lo que se llama como conteo de espermias o algo así, ¿no? Entonces, él, recuerdo si lo hizo, pero la cosa es que, este pues los dos estábamos muy bien, pero únicamente como que era el estrés, la situación sí, pero esto te repito si me sentí un poco decepcionada de todo lo que pasa (comunicación personal, Mercedes, 2021).

Situaciones similares a la de Mercedes repercuten emocional y físicamente en las mujeres que lo padecen, así como también genera un impacto no solo en su cuerpo y su vida social, sino también en su vida personal con su esposo y su familia, en este caso, la participante fue acompañada por su pareja para recibir apoyo profesional; no obstante, todo ello generó sentimientos adversos, de decepción por la espera del proceso.

Todas estas emociones encarnan en las mujeres y afectan de forma insidiosa en su autoconcepto, la aceptación y satisfacción con su imagen y de sí misma, “La dinámica del autoconcepto se ve impactada si los tratamientos se prolongan sin lograr el embarazo; esa

sensación de minusvalía va impactando distintas áreas de su vida hasta mostrar una insatisfacción total con respecto a ella” (Carreño et al., 2011, p. 35)

De manera física, pues siento que a veces no me agrada, quiero ser sincera, ¿no?, pero algo que retroalimenta es decir que, ok, tengo apenas meses de haber dado a luz, de la cesárea más bien, apenas acaba de nacer mi bebito se va a ir acomodando, ¿no?, me pongo ropa y digo ¡ay, no me gusta como se ve! y digo bueno, vuelvo a hacer como ese comentario mío “Mercedes va a pasar, esto va a pasar y no lo vas a lucir hoy, lo vas a lucir después, no es el momento”. Me da mucha hambre y al principio bajé mucho de peso, decía “¡qué padre la lactancia!”, ¡todo me quedaba!, pero a la vez no quedaba porque estaba yo muy delgada. Ahorita ya subí algo de peso. Por ejemplo, cuando uno está reglando ya ves que se inflama mucho en el vientre, digo hñole ya no voy a seguir comiendo porque ahora cuando se inflame el vientre me voy a ver gorda (comunicación personal, Mercedes, 2021).

La mujer es considerada la más frágil en la relación y como *vasija cultural* encargada de la producción-reproducción, tomando en cuenta el rol que debe de tomar frente a la sociedad; asimismo, diversos estereotipos condicionan cómo debe de comportarse en el hogar, en sus tareas de cuidado y maternidad. Pero estas no son las únicas áreas en las que las mujeres deben de procurar ser perfectas, sino que después de dar a luz a un ser vivo, unos meses más tarde, tiene que lucir “hermosa” ya sea para cubrir *imperfecciones* con maquillaje y ropa que le hagan lucir con una figura esbelta.

4.4 ¿Por qué mi cuerpo se ve diferente al de las demás?

A lo largo de la historia, cumplir con comportamientos, la forma de vestir e incluso de pensar son parte de la construcción- producción histórica, social y cultural en la que se está inmerso, por ello no podemos hablar de que existen roles de género propiamente naturales (Butler, 2010) sino que se construyen en el tiempo y espacio de cada sujeto.

El género es enunciado como una representación, aunque abstracta, con implicaciones concretas en la vida material y cotidiana de las personas; esta representación, además de construida y reconstruida continuamente a través de la historia de la humanidad, es una relación de pertenencia (Castro, 2019).

Las imposiciones sociales interfieren, configuran y reconfiguran nuestra subjetividad. El poder social es ejercido a través de los cuerpos, siendo este un medio a través del cual se representan distintos significados culturales que tienen suma resonancia para las mujeres, sobre todo en ámbitos como el estético.

Basta con Googlear y ya te aparece información de eso, puedes encontrar videos de personas burlándose de otras personas que están haciendo algo que está mal, y pues obviamente esto te va generar un impacto en ti y ajá, en mi me ha generado impacto en esa forma, no sé si en otras mujeres también, y ahora, agregarle esto que las mujeres tienen constantemente estos estándares de belleza y los ojos puestos de los demás en ellas, entonces siento que encontrarse ese tipo de publicaciones en donde se burlan de otras mujeres es impactante (comunicación personal, Gabriela, 2021).

En este sentido, se podría decir que los cuerpos son vistos desde una perspectiva patriarcal como los instrumentos para consumir el género al que pertenecemos de acuerdo con nuestro sexo, asumiendo estereotipos de género que les da la legitimación social que de ellas se espera. Castro (2019) menciona al sistema como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (p. 19); afirma que los cuerpos tienen valor como objeto de deseo en cuanto que adquieren importancia sólo cuando son reconocidos, no por ellas mismas, sino por los otros, lo que mantiene en constante crítica la representación de su propio cuerpo.

Por mi novio, él me hacía comentarios de que “creo que estas subiendo de peso”, me empezaba a llamar gordita, según él era por cariño pero eso “gordita” como que hacía sentir (se encogió) gorda, me hacía sentir así y luego mi mamá con sus comentarios de “¡ay no, ya estás subiendo de peso!” o “ya se te nota mucho, porque ser chaparrita se te nota más”, como que entonces yo ya me la empezaba a creer y yo ya me empezaba a ver más así, he tenido subidas de peso y bajones y después de eso, de alejarme de ese novio que tuve y alejarme de mi mamá también porque me tocó alejarme de ambas personas, subir de peso y las personas que tenía alrededor en ese momento no me hacían sentir así, entonces yo me sentía cómoda aunque sabía que no era sano para mi cuerpo pero no me sentía de “¡ay es que estoy gorda!”, me sentía cómoda, me sentía tranquila, no me importaba en ese momento (comunicación personal, Rebeca, 2021).

Por ejemplo, con la ropa. Le pregunto si la veía bien —a mi esposo— y él me dice “te ves bien, seguro”. O sea, necesito confirmar si esa aprobación o, “seguro estás mintiendo”. Yo nunca he sido desconfiada. O sea, siempre he sido segura antes de y mi esposo dice este... “Te ves bien delgada, te ves bien”. “¿Por qué dices eso?” Como que me regañan, ¿no?, “te ves bien, mira esa ropa se te ve bien y tú andas quejándote que te ves de otra manera, ¿no?” Entonces mi otra voz o la voz que levanta es él (comunicación personal, Mercedes, 2021).

Desde una mirada hegemónica occidental las mujeres mexicanas se conflictúan en el cumplimiento de estos cánones de belleza que las somete a conflictos acerca de su propio cuerpo para cumplir con los estereotipos de belleza y ser aceptadas socialmente. En el caso de las mujeres con SOP quienes en su mayoría manifiestan acné, hirsutismo y/o obesidad, advierten mayores conflictos ante estos estereotipos, puesto que dichas afecciones y manifestaciones en el cuerpo no entran dentro el canon de belleza occidental.

Por ejemplo mi hermana no tiene los vellos en el área de los senos y ella se burlaba de mí y no entendía por qué (risa), hasta que tuve el diagnóstico, tampoco me sienta a gusto con mi cuerpo pues, porque yo miraba a mi hermana y luego lo platicamos con mi prima y mi prima decía que pues que no, que tampoco a ella le pasaba, ya pues ir a la ginecóloga me explicó que también era parte del SOP, lo entendí pero si dije “chale pues algo con lo que voy a tener que vivir y lidiar” y también entre las piernas es vello...los cambios físicos que más impacto han tenido en mi persona y me limitan a mi vida cotidiana en cuanto a poder moverme o elegir mi ropa (comunicación personal, Gabriela, 2021).

Afectó la forma en la que veía como mujer, verme como mujer con ese aspecto femenino, entonces así en ese aspecto, decir que tenía esos rasgos que solo estaba reservado para los hombres estaba empezando a aceptarlo que también yo los estaba manifestando a pesar de que yo siempre me he identificado como mujer (comunicación personal, Susana, 2021).

Este cambio en la autopercepción de la imagen corporal de las entrevistadas a partir de las manifestaciones en su cuerpo les inhibe, les cuestiona para alcanzar los estándares sociales de belleza; además, ello conlleva burlas, señalamientos, rechazo al no cumplir con una piel tersa y lampiña, ser delgada o tener la piel sin manchas, ocasionando incluso discursos de discriminación por tener dolor o cansancio. Como indica Muñiz (2014), tales estándares promueven la discriminación en las mujeres de quienes no cumplen con las características de belleza que se le atribuyen. En el caso de Brisa, no se le tomó en serio por el dolor que sentía, otras como Gabriela y Susana cuidaban mucho su apariencia física para que esto no les sucediera:

Evito utilizar ropa de mangas frente al público o short en público, siento que me he cuidado, me he puesto como una barrera para no sufrir *bullying* a causa de los síntomas que me ha causado el SOP (comunicación personal, Gabriela, 2021).

Por ejemplo, si una mujer se altera ya le dicen, “es porque está en sus días, es porque está menstruando” ¿no? Y, siempre en cuanto a los dolores la gente no te cree. Quizás no es como tal un *bullying* como en las películas de “ay, mírenla”, y así de que todos se rían de ti, pero si es esta discriminación de no creer o no entender o no tomarlo en serio ¿no? Y sí, eso sí, te hace sentir mal, sobre todo casi siempre obviamente va a hacer del

lado de los hombres que no lo creen, porque pues obviamente ellos no lo sufren (comunicación personal, Brisa, 2021).

No pasé por eso, es una parte que ahora sí agradezco mucho a Dios que los síntomas, o sea los lugares donde me creció el vello no fueron visibles, o sea no fueron muy visibles o cambios muy drásticos (comunicación personal, Susana, 2021).

Las mujeres mexicanas, indígenas y mestizas, de acuerdo con sus identidades culturales específicas, deconstruyen los modelos hegemónicos de belleza y viven su cuerpo como un proyecto permanente de afirmación genérica que implica tensión y adaptación cultural; al interpretar tales modelos, despliegan un conjunto de prácticas de belleza que funcionan como tecnologías de género; es decir, como un conjunto de técnicas y procedimientos empleados para llegar a ser un tipo de mujer (Cruz, 2015).

Sí siento que la sociedad ha influido en que la sociedad tenga miedo que me sienta así respecto a los cambios físicos... por ejemplo yo me he encontrado publicaciones de personas que señalan esta parte del vello, que las mujeres traten de ser higiénicas que no deben de andar el vello igual que los hombres, entonces fue algo que me preocupaba mucho y luego mmm pues si ya eh escuchado a gente hablar y señalar a otras personas por las manchas en las axilas o en el cuello...escucho a personas cercanas a mí decir que: se ven feos porque se pone eso, no se depila bien o miren el cuello se ve todo negro y es porque esta gorda, obesa y realmente el SOP también te influye en tu peso, entonces si siento que la sociedad igual hizo que me introyectara esos comentarios que ellos hacían y tuve que tener un proceso de deconstrucción (comunicación personal, Gabriela, 2021).

La verdad creo que nunca voy a estar conforme con este... lo gruesos que son mis vellos y más en las piernas o lo que a mí, o sea más lo notaba, más fue evidente es el vello en la zona lumbar y la distribución dentro de las piernas porque mi vello es muy grueso ahí y no me gusta estarme rasurando y este, o sea es incómodo pero no voy a decir que no me siento bien con mi cuerpo, o sea (risas) ahorita ya acepto mi cuerpo, acepto total como es pero no voy a decir que me agrada la cantidad de vello, porque la verdad es que si lo rasuro cada semana porque crece muy frecuentemente e igual las cejas porque crece muy rápido, entonces si es así como tedioso pero o sea no me siento mal por ser así, simplemente no me agrada vaya (comunicación personal, Susana, 2021).

Arreglar la apariencia para la mujer significa configurar el cuerpo, mediante prácticas de perfeccionamiento gradual, la aplicación de cremas para broncear o para aclarar la piel, el uso de pinzas, de ceras o de máquinas depiladoras para extraer el vello corporal. El conflicto por el arreglo estético es una preocupación recurrente que prevalece a lo largo de los años.

Desde la antigüedad se ha creado esta percepción de la mujer en la cual se asocia su cuerpo con conceptos como perfección, belleza, pureza, virginidad, maternidad, que son conceptos para empezar abstractos y que este hecho de que se hayan asociado con el cuerpo de la mujer nos ha perjudicado muchísimo, a las mujeres de toda la historia y pues si en la actualidad, o sea desde antes en la televisión, en los medios, pero ahora lo más fuerte ¿no? Qué son las redes sociales en la cual si, o sea, el impacto es muy fuerte, un día que tu entres, una foto que tu veas, a te va a afectar para siempre, o sea, se va a quedar marcada en tu cerebro, en cómo debes de lucir, o sea, las cosas que debes comer para verte así, o las cosas más bien que no debes comer para verte así ¿no? (comunicación personal, Brisa, 2021).

Acorde con lo que Brisa menciona, socialmente se coloca en las mujeres expectativas que parecen inalcanzables, roles de género y estereotipos que ha introyectado a lo largo de su historia, como parte de una ideología patriarcal construida, de estándares de belleza que demandan cuerpos delgados, sin marcas en la piel, lo que genera ansiedad, sobre todo en aquellas mujeres que físicamente se ven completamente diferentes al ideal de la sociedad, como es el caso de las mujeres con SOP.

Conclusiones

A partir de lo expuesto por las entrevistadas, se analizaron las narrativas y vivencias de mujeres en edad fértil diagnosticadas con SOP, en su corporalidad y en los roles de género a cumplir, analizando sus experiencias al afrontar el diagnóstico y el vivir con los signos y síntomas, los cuales forman parte de su cotidianidad, desde aquellos que no son visibles pero sí dolorosos como el dolor menstrual, hasta aquellos que no son parte de lo físicamente estético conforme al orden social vigente en su corporalidad, como el hirsutismo y la hiperpigmentación, lo que las lleva a transitar un largo camino muchas veces costoso económicamente en el tratamiento que les administran, con el fin de aliviar algunos síntomas, pero nunca llegando a erradicarlos completamente.

Se debe hablar en primera instancia, de la primera vez que las mujeres al acudir al médico son diagnosticadas con SOP, relatan haber tenido distintos tipos de experiencia, por una parte, quienes mencionan haber recibido el diagnóstico con poca información acerca del síndrome, así como del tratamiento, dando como resultado preocupación de no entender completamente a qué se refería el médico con SOP, ello las llevó a investigar en otras fuentes como el Internet o conocidos. En contraste, hay entrevistadas que mencionaron no darle importancia, debido a que no sabían a qué se refería el médico, siendo ambos tipos de casos, el resultado de la desinformación, lo que sí deviene en sentimientos de angustia por el futuro incierto de sus vidas. Así también, hubo médicos que proporcionaron las respuestas a las dudas de las entrevistadas, siendo este un momento significativo puesto que por un lado sentían el alivio de encontrar una respuesta a lo que sucedía en su cuerpo.

Otra preocupación que mostraron las entrevistadas fue durante el tratamiento médico indicado, algunas de ellas al ser estudiantes universitarias, dependen económicamente de sus padres, por lo que les preocupaba el costo que podrían tener los medicamentos y si a la larga sus padres gastarían mucho dinero.

Una de las preocupaciones de las entrevistadas fue el uso de anticonceptivos orales o pastillas anticonceptivas, debido a las complicaciones o efectos secundarios de dichos medicamentos. Es por ello que la mayoría se inclinaba por la utilización de suplementos alimenticios y en uno de los casos a medicina homeópata. Existen muchos tipos de tratamiento

que ayudan a mejorar muchos síntomas del SOP, por el que las mujeres pueden llegar a tener un control sobre su enfermedad; sin embargo, al ser una enfermedad crónica no hay una cura, y las mujeres deben de aprender a vivir con los síntomas.

Tener el diagnóstico de una enfermedad ginecológica como el SOP es más común de lo que se espera en la población femenina, si bien son ambiguos los factores de origen de la enfermedad, dentro de la investigación se pueden reconocer los antecedentes heredofamiliares de mujeres con SOP. Las entrevistadas mencionan que sus hermanas, primas o conocidas también tienen este padecimiento, en otros casos, refieren que sus madres y abuelas también tuvieron problemas relacionados con enfermedades de esta índole.

El síntoma más reconocido entre todas ellas es la irregularidad y dolor menstrual, siendo un parteaguas importante a la hora del diagnóstico de SOP, es uno de los síntomas que más prevalecen y causan dolor en las mujeres, lo que aparece con un desbalance hormonal que conduce a otros síntomas como lo son: problemas de infertilidad y síntomas como problemas de acné, hirsutismo y sobrepeso, dejando en las mujeres entrevistadas un contraste de emociones, sintiéndose solas en el proceso de su enfermedad, desarrollando niveles altos de estrés y ansiedad, por lo que algunas de ellas buscan ayuda psicológica.

Como resultado de la presencia de los síntomas como lo es el hirsutismo en zonas visibles como en las piernas, rostros y axilas, hiperpigmentación en cuello, entrepiernas, axilas y sobrepeso, las mujeres son percibidas como no bellas, en una sociedad dictada por estereotipos y roles de género sobre lo estético para ellas.

Entre los roles de género más demandados socialmente se encontró la maternidad, como una función y mandato social relevante en la historia de vida de las mujeres, en aquellas que ya son madres, en quienes quieren serlo y también en quienes planean no ser madres.

La reflexión, el habla sobre sí, permitió que las mujeres cuestionaran los mandatos sociales impuestos sobre ellas, asumieron el deseo de ser ellas libres de decidir sobre su cuerpo y su futuro, no limitando sus ideales, anhelos y sueños, dejando a un lado lo que otros esperen de ellas.

Es importante reconocer y desafiar las normas y expectativas que limitan la autonomía y el bienestar de las mujeres, promoviendo una cultura de aceptación, respeto y celebración de la

diversidad corporal y de las experiencias individuales de la sexualidad y la maternidad, conociendo la funcionalidad del cuerpo femenino, cuestionando el estereotipo heteronormativo que ser mujer significa ser ama de casa y concebir.

Las mujeres diagnosticadas con SOP son señaladas y criticadas por algunos de los síntomas que presentan, por ser características que no se ajustan con la estética socialmente atribuida, como el hirsutismo o el sobrepeso. Las mujeres entrevistadas refieren que incluso son selectivas a la hora de vestirse para ocultar estas características corporales, así como quitarse el vello de los lugares en donde se puede ver o ser muy cuidadosas con su peso, de esa forma manejan las implicaciones de su condición para cumplir con los estereotipos y roles de género.

La relación de la sexualidad con la maternidad refleja dinámicas complejas de poder, género y cultura. Donde el ser mujer está lleno de cargas sociales y culturales a cumplir, para ser considerada como tal, siendo el cuerpo el receptor del poder de la hetero normalidad en la cultural mexicana.

En contraparte, hay movimientos y esfuerzos que buscan desafiar y resistir estos ideales de belleza de género. Dentro de estos movimientos esta investigación profundiza en información que ofrece una nueva perspectiva en relación con las corporalidades y roles de género a partir de las narrativas y vivencias de las mujeres con SOP, quienes comparten cómo es vivir con características no aceptadas por los cánones de belleza impuestos por la sociedad. De ello, se considera que, en casos como estos, la atención se oriente a la conformación de grupos de apoyo, que les ayude a reconocerse y afirmarse como mujeres en una sociedad llena de estereotipos y roles impuestos hacia ellas, paliar los sentimientos de soledad y falta de comprensión en cuanto a sus síntomas, la inseguridad personal, desasosiego y agobio con su autoimagen.

El surgimiento del movimiento de aceptación corporal y la representación más diversa en los medios de comunicación son ejemplos de cómo las personas están cuestionando y redefiniendo las normas tradicionales de belleza. Sin embargo, cambiar estos estereotipos arraigados requiere un esfuerzo colectivo que abarque desde cambios en la industria de la moda y la publicidad hasta una educación que fomente la valoración de la diversidad corporal y la autonomía personal.

Referencias

- Aguilar, Y., Valdez, J., González, A., López, Norma, & González, S. Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México contemporáneo. (2018). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(2). <https://www.redalyc.org/pdf/292/29228336001.pdf>
- Aguirre, A., Benvenuto, M., & Urrutia, M. T. (2005). Calidad de vida en mujeres con síndrome de ovario poliquísticos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70(2), 103–107. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000200009
- Alfaro, G., Salas, B., & Zuñiga, A. (2021). Evaluación del síndrome de ovario poliquístico: herramientas diagnósticas y nuevas terapias. *Revista Médica Sinergia*, 6(1). <https://doi.org/10.31434/rms.v6i1.635>
- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Paidós.
- Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones*. Editorial Manual Moderno.
- Beccach, A., Carate, S., Diaz, J., Espinoza, F., Martínez, A., Mier, A., & Vizúete, C. (2017). *Discriminación hacia las mujeres y su representación en medios de comunicación*. Consejo de Regulación y Desarrollo de la Información y Comunicación. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/56758.pdf>
- Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2007). Diagnóstico y clasificación. *Texto introductorio de psiquiatría* (3–11). American Psychiatric Association Publishing.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan*. Paidós.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa*. Paidós.
- Cabrera, M., Centeno, I., & Nottola, N. (2007). Tratamiento del síndrome de ovario poliquístico: Anticonceptivos orales. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 5(3), 59–63. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102007000300015&lng=es&tlng=es
- Cámara de Diputados LXV Legislatura. (2017). *Entre 6 y 10 por ciento de las mexicanas padece síndrome del ovario poliquístico*. Recuperado el 15 de febrero de 2022, de <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2017/Julio/31/3888-Entre-6-y-10-por-ciento-de-las-mexicanas-padece-Sindrome-del-Ovario-Poliquisti>
- Carazo, B., Lafalla, O., García, R., Gascón, E., Moreno, E., & Rojas, B. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con ovario poliquístico. *Medisur*, 12(2), 411. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2530>

- Chárriez, C. M. (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, 5(1).
https://www.uv.mx/psicologia/files/2017/12/historias_de_vida_una_metodologia_de_investigacion_cualitativa.pdf
- Casares, A. (2006). *Antropología de género: Cultura, mitos y estereotipos sexuales*. Feminismos.
- Castells, M. (2006). *La sociedad red: Una visión global*. Alianza.
- Castiñeiras, A. (2021). *Cuerpos femeninos en territorios digitales: El ideal de belleza y perfección en la aplicación Perfect Me* (Tesis de licenciatura, Universidad Buenos Aires). Repositorio digital Institucional Facultad de Ciencias Sociales-UBA <https://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/2109>.
- Checa Vizcaino, M. A., Barranquero Gómez, M., Roig Navarro, J., Reus, R., Ochoa Marieta, C., & Salvador, Z. (2022). Síndrome del ovario poliquístico (SOP): causas, síntomas y tratamiento. *Reproducción Asistida ORG*. <https://www.reproduccionasistida.org/sindrome-de-ovarios-poliquisticos/>
- Consejo General de la Psicología de España. (2024). *El rol de la psicología en el abordaje del síndrome de ovarios poliquísticos*. <https://www.infocop.es/el-rol-de-la-psicologia-en-el-abordaje-del-sindrome-de-ovarios-poliquisticos/>
- Engeln, R. (2017). *Enfermas de belleza*. HarperCollins Español.
- Etchezahar, E. (2014). La construcción social del género desde la perspectiva de la teoría de la identidad social. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 25(49), 130.
<https://www.redalyc.org/pdf/145/14532635005.pdf>
- Flores, A. (1999). *Los trazos en el cuerpo de una historia significativa*. Grupo Metonimia
- Fonseca, C. (2018). Síndrome de ovario poliquístico. *Revista Médica Sinergia*, 3(7).
<https://doi.org/10.31434/rms.v3i6.130>
- Fundación Juan Vives Suriá. (2010). *Lentes de género: Lecturas para desarmar el patriarcado* (1)(1), 21–49.
http://biblioteca.clacso.edu.ar/Venezuela/fundavives/20170104031339/pdf_138.pdf
- Ganges, F. (2015). Reseña de *Las pieles que vestimos: Corporeidad y prácticas de belleza en jóvenes chiapanecas* de Tania Cruz Salazar. *Limina R. Estudios Sociales y Humanísticos*, 13(2), 185–188.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74540298014>
- García Lara, G., Cruz Pérez, O., Hernández Solís, S., Ocaña Zúñiga, J., Pérez Jiménez, C., Ortega Rodríguez, E., Rojo Pérez, H., Ramos Estrada, D., & Cabrera Méndez, M. (2021). *Rostros y huellas de las violencias en América Latina*. Grañen Porrúa.
- Gerwig, G. (Directora). (2023). *Barbie* [Película]. Warner Bros.

- Gómez-Acosta, C. A., Vinaccia Alpi, S., & Quiceno, J. M. (2015). El síndrome de ovario poliquístico: aspectos psicológicos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 80(4), 341-347. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000400010>
- González, M., Gutiérrez, M. y Muñoz, L. (2021). Actualización del síndrome de ovario. *Revista Médica Sinergia*. 6(2), 2-4.
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/648/1143>
- Hernández, Y. (2006). Acerca del género como categoría analítica. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 13(1). <https://www.redalyc.org/pdf/181/18153296009.pdf>
- Huérffano, M., & Ortiz, S. (2016). Tratamiento no farmacológico del síndrome de ovario poliquístico: Modificación del estilo de vida: ejercicio y nutrición. *Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 76(1), 74–75. <https://ve.scielo.org/pdf/og/v76s1/art12.pdf>
- Institutos Nacionales de Salud. (2019). ¿El síndrome de ovario poliquístico afecta el embarazo? *Departamento de Salud*.
<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/PCOS/masinformacion/embarazo#:~:text=Las%20complicaciones%20del%20embarazo%20relacionadas,las%20mujeres%20sin%20la%20enfermedad>
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Ediciones Morata S.L.
- Lamas, M. (2015). *La perspectiva de género*. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). 1–10.
- Langer, M. (1976). *Maternidad y sexo: Estudio psicoanalítico y psicosomático* (41.ª ed.). Editorial Paidós.
- Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado*. Crítica
- Mancillas, C. (1999). Reseña de *La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino* de Gilles Lipovetsky. *Economía, Sociedad y Territorio*, 2(6), 331–339. El Colegio Mexiquense, A.C.
- Molina, M. E. (2006). Transformaciones histórico-culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psyke (Santiago)*, 15(2), 93–103.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000200009>
- Muñiz, E. (2014). Pensar el cuerpo de las mujeres: Cuerpo, belleza y feminidad. Una necesaria mirada feminista. *Revista Sociedade e Estado*, 29(2), 416. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200006>
- Orias, M. (2021). Actualización del síndrome de ovario poliquístico. *Revista Médica Sinergia*, 6(2), 1–11. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i2.648>
- Ovies, G., Alonso, E., Montegudo, G., & Gómez, M. (2021). Calidad de vida relacionada con salud en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. *Revista Cubana de Endocrinología*, 32(3), 295.

- Pereira Calvo, J., Pereira Rodríguez, Y., & Quirós Figueroa, L. (2020). Manejo del síndrome de ovario poliquístico. *Revista Médica Sinergia*, 5(4). <https://doi.org/10.31434/rms.v5i4.438>
- Pinkerton, J. (2023). *Síndrome de ovario poliquístico (SOP)*. MSD Manual. <https://www.msmanual.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-menstruales/s%C3%ADndrome-de-ovario-poliqu%C3%ADstico-sop>
- Rojas, S. (2023). *Yo, mujer invisible*. La pregonera. <https://lapregonera.com.mx/yo-mujer-invisible/>
- Salazar, M. (2015). *Síndrome de ovario poliquístico: Importancia de la presentación clínica para el diagnóstico* (Tesis de licenciatura, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales). <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/458/MONOGRAFIA%20sx%20ova%20polisquistico.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*, 7, 170–175. https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/14802/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Secretaría de la Mujer. Gobierno del Estado de México. (2023). *El impacto de los estereotipos y roles de género*. Boletín mensual "Ciudad de México, las mujeres y su contexto". https://semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Publicaciones/Boletin_Mujeres_CDMX_04-2023.pdf
- Scott, J. (2008). *Género e historia*. Fondo de Cultura Económica.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (2.^a ed.). Paidós.
- Torres, A. (2018). *Ideal de belleza femenino en Instagram: Una reflexión personal desde la ilustración*. Universidad Politécnica de Valencia.
- Yasinski, M. (2023). Mitos y mentiras del síndrome de ovario poliquístico de obligado conocimiento. *National Geographic*. <https://www.nationalgeographic.es/ciencia/2023/06/sindrome-ovario-poliquistico-mitos-mentiras>
- Zarnowski, A., & Salazar, A. (2022). Síndrome de ovario poliquístico. *Revista Médica Sinergia*, 7(1), 3. <https://doi.org/10.31434/rms.v7i1.748>