

Dolor, trabajo y su diagnóstico psicosocial de género: un ejemplo*

Pain, work and gender psychosocial diagnosis: an example

Recibido: marzo 4 de 2013 | Revisado: julio 30 de 2013 | Aceptado: septiembre 10 de 2013

MARGOT PUJAL I LLOMBART **
ENRICO MORA ***

Universitat Autònoma de Barcelona,
Catalunya, España

Doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-4.dtyd

Para citar este artículo: Pujal i Llobart, M. & Mora, E. (2013). Dolor, trabajo y su diagnóstico psicosocial de género: un ejemplo. *Universitas Psychologica*, 12(4), 1181-1193. Doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-4.dtyd

* Artículo basado en la investigación *Les veus silenciades en temps "d'igualtat". El dolor des d'una perspectiva de gènere* [Las voces silenciadas en tiempos de igualdad. El dolor desde un perspectiva de género], financiada en convocatoria competitiva por el Institut Català de les Dones, Gobierno de la Generalitat de Catalunya, 2010-2011, y dirigida por la Dra. Margot Pujal i Llobart.

** Departamento de Psicología Social. ResearcherID: M-2814-2013. E-mail: Margot.Pujal@uab.cat

*** Departamento de Sociología. ResearcherID: M-2824-2013. E-mail: enrico.mora@uab.cat

RESUMEN

El objetivo de este artículo es describir y comprender el fenómeno del dolor crónico sin causa orgánica (más conocido como fibromialgia), desde una perspectiva feminista y crítica, mediante la creación de una herramienta que diagnostique este malestar según sus dimensiones biopsicosociales: el diagnóstico psicosocial de género. Esta herramienta, que aquí se presenta, toma en consideración la dimensión laboral (tanto profesional como familiar) de las personas afectadas en el contexto cultural catalán (Estado Español) de las últimas cinco décadas, ambivalente en términos de igualdad de género. La producción de datos que se usan en este artículo se obtuvo a través de entrevistas en profundidad, realizadas en el área metropolitana de Barcelona (Catalunya, España), que se analizaron mediante análisis de contenido y análisis crítico del discurso.

Palabras claves autores

Género, dolor crónico, fibromialgia, división sexual del trabajo, diagnóstico psicosocial de género.

Palabras clave descriptores

Género, dolor, fibromialgia, impacto psicosocial, diagnóstico.

ABSTRACT

The aim of this paper is to describe and understand the phenomena of chronic pain without organic cause (better known as fibromyalgia) from a feminist and critical perspective through made of a tool by which to diagnose this pain as bio-psycho-social dimensions: gender psycho-social diagnosis. This tool, presented here, taking into account the labour dimension (both professional and family) of the affected people in the cultural context Catalan (Spanish State) of the last 5 decades, ambivalent in terms of gender equality. The production data we use in this paper it's obtained through in-depth interviews (conducted in the metropolitan area of Barcelona, Catalunya, Spain) and analyzed by content analysis and critical discourse analysis.

Key words authors

Gender, chronic pain, fibromyalgia, sexual division of labour, gender psychosocial diagnosis.

Key words plus

Gender, pain, fibromyalgia, psychosocial impact, diagnosis.

Introducción

En este artículo se tiene por objetivo describir una herramienta mediante la cual diagnosticar el fenómeno del dolor crónico sin causa orgánica (más conocido como fibromialgia y que afecta mayoritariamente a mujeres), atendiendo a sus dimensiones biopsicosociales: el diagnóstico psicosocial de género. Mediante esta herramienta se pretende contribuir a la comprensión y explicación de ese malestar, en el contexto catalán (Estado Español) de las últimas cinco décadas –altamente ambivalente en términos “de igualdad de género”– en el que la sobrecarga de trabajo (profesional y familiar) femenina es un factor central. Se parte de una perspectiva feminista y crítica que sitúa esa forma de dolor en un marco de análisis biopsicosocial, rompiendo con la actual visión hegemónica que restringe dicho fenómeno a la dimensión exclusivamente orgánica y/o psiquiátrica.

La necesidad de transformar las formas de diagnóstico al uso de este malestar en la práctica clínica hegemónica en el contexto catalán, parte de la constatación de tres fenómenos que caracterizan actualmente la transformación de los saberes y de las prácticas médicas occidentales. El primer fenómeno es la medicalización de la vida, y por tanto del trabajo y sus riesgos, bajo la forma de la biomedicina (Barker, 2005) y biopoder (Foucault, 1977), y su amplio alcance como fuente de conocimiento y diagnóstico de la experiencia. Sus pretensiones de verdad se articulan en mecanismos causales de orden biológico y biopsicológico que explican los procesos de subjetivación y objetivación social, política y económica de la vida (Rose, 2001) y que constituye el fundamento para la evaluación de los riesgos laborales. Al situar la explicación de la vida mediante aproximaciones basadas en mecanismos biológicos y biopsicológicos, el análisis de la vida humana y de las formas de trabajo, de su calidad y los modelos de buena vida quedan severamente reducidos (Butler, 2001). Así mismo, ese tipo de explicación como fuente de poder-saber constituye una barrera indirecta para el ejercicio de la vida democrática. Este fenómeno lo denominamos la biopsicomedicalización de la vida humana, lo que

incluye también la vida profesional. El segundo fenómeno es el ocultamiento epistemológico de la feminización de algunos malestares. Es decir, la medicalización de la feminidad y con ello su constitución en algo patológico (Barker, 2005), lo que conlleva un segundo severo obstáculo para avanzar hacia el horizonte de una sociedad igualitaria y equitativa, para el libre ejercicio de la ciudadanía de plenos derechos políticos, económicos, sociales y psíquicos. Esto tiene particular relevancia cuando se aplica al ámbito del trabajo, puesto que aquellas actividades que son socialmente consideradas femeninas y/o que afectan específicamente a las mujeres tienen mayores probabilidades de sucumbir a esos procesos de ocultamiento. El efecto es que los malestares laborales construidos como malestares femeninos acaban siendo considerados, desde la perspectiva androcéntrica hegemónica que evalúa la salud laboral, como malestares ilegítimos, dudosos, ajenos. Finalmente, el tercer fenómeno es, precisamente, la presencia de la desigualdad en la igualdad (Pujal i Llobart & García Dauder, 2010) y la articulación contradictoria entre los diferentes modelos sociales de género que coexisten en la actualidad en España (tradicional, transicional, contemporáneo, igualitario) (Velasco, 2009), cuyos efectos generan desorientación sobre los sujetos en el mundo contemporáneo y el consecuente impacto en sus cuerpos.

Estos tres fenómenos contemporáneos confluyen a través de este artículo en el análisis de un malestar emergente, creciente y polémico: el dolor crónico sin causa orgánica (que aquí se prefiere denominar dolor cronificado), etiquetado clínicamente como fibromialgia en los últimos tiempos (DC/FM). Este malestar es el objeto de estudio cuyo análisis ha llevado a construir el instrumento del diagnóstico psicosocial de género, y si bien ese es el contexto de surgimiento de esta herramienta, este podría ser aplicable al diagnóstico de otros malestares que surgen de las distintas formas contemporáneas de organización del trabajo y de los riesgos para la salud asociados (aspecto que no se abordará en este artículo). La creación de este instrumento metodológico es una de las objetivaciones derivadas de la realización de la investigación *Les*

veus silenciades en temps "d'igualtat". El dolor des d'una perspectiva de gènere [Las voces silenciadas en tiempos de igualdad. El dolor desde una perspectiva de género], financiada en convocatoria competitiva por el Institut Català de les Dones, Gobierno de la Generalitat de Catalunya, 2010-2011, y dirigida por la Dra. Margot Pujal.

El artículo se estructura en tres partes. En la primera, se indican las principales características metodológicas de la investigación, cuyos datos empíricos son el sustento de la propuesta metodológica que se desarrolla en este texto, pero que buena parte de ellos no tienen expresión directa aquí, dado el objetivo empírico fundamental de ejemplificar el diagnóstico psicosocial de género. En el segundo apartado, se señalan las principales características de la perspectiva biopsicosocial aplicada al reciente desarrollo de la línea de análisis de la relación entre género, salud y trabajo (Velasco, 2009), que constituye la base epistemológica del diagnóstico psicosocial de género y mediante la cual se articulan los contextos de vulnerabilidad con el diagnóstico del dolor crónico. Esta operación se hace en dos tiempos: se presentan los fundamentos metodológicos del instrumento del diagnóstico psicosocial de género en general y luego se exponen a título de ejemplo dos diagnósticos psicosociales de género, uno para una mujer y otro para un hombre, ambas personas diagnosticadas clínicamente de FM. Se presenta un ejemplo para cada sexo para evidenciar el peso de la variable género en la dimensión psicosocial de este malestar. Finalmente, se cierra el artículo indicando los principales resultados transversales para el conjunto de personas entrevistadas, a partir de los diagnósticos psicosociales de género que se han elaborado para cada una de ellas.

Método y materiales empíricos

La aproximación metodológica es cualitativa y consta de dos procedimientos: 1) La producción de datos mediante las siguientes técnicas: entrevistas en profundidad individuales, grupos de discusión y recopilación de materiales documentales y de foros virtuales. 2) El análisis de los datos mediante las siguientes técnicas: análisis de contenido y análisis

crítico del discurso. Para el presente artículo son relevantes las entrevistas en profundidad y las técnicas de análisis de contenido, análisis crítico del discurso y se ha creado el diagnóstico psicosocial de género (que se abordará en detalle en el tercer apartado). A continuación, se describen las técnicas empleadas y relevantes y se cierra este apartado indicando las muestras y volumen del material empírico significativo para este artículo.

En cuanto a la producción de datos, las evidencias empíricas empleadas en este trabajo se elaboraron mediante la entrevista en profundidad. Este tipo de técnica consiste en construir relatos de vida mediante la conversación entre la persona investigadora y la entrevistada. En esta investigación los relatos de vida se han producido mediante entrevistas en profundidad de una duración media de cinco horas para cada persona, distribuida en dos sesiones. Las conversaciones fueron registradas y transcritas literalmente. Este encuentro obedece al objetivo de comprender la perspectiva que tienen las personas informantes en relación con sus vidas, experiencias o situaciones, el sentido que dan a sus actos (Ruiz & Ispizua, 1989; Taylor & Bogdan, 2000). En cuanto a las técnicas de análisis de los datos, se emplearon, a efectos de este artículo, el análisis de contenido, el análisis crítico del discurso y el diagnóstico psicosocial de género. El análisis del contenido pretende organizar la información con base en las categorías que emergen de la interpretación de los datos (Vázquez, 1996).

El uso del programa ATLAS-ti 6.0 ha sido la herramienta que ha permitido trabajar con la información y creación de categorías. En el proceso de análisis, hay dos fases diferenciadas: el nivel textual (creación de citas y códigos) y el nivel conceptual (elaboración del análisis para relacionar conceptualmente las citas y los códigos) (Muñoz, 2005). El nivel textual conlleva actividades analíticas relacionadas con la segmentación del texto en citas (para 53 documentos primarios), codificación (194 códigos) y asignación de "notas" que faciliten la recuperación y reelaboración posterior de la información con otros niveles de análisis. El nivel conceptual se centra en actividades de elaboración teórica mediante la conexión de los diferentes

elementos analíticos previos, incluidos en lo que podemos llamar “unidad hermenéutica”.

Por su parte, el análisis crítico del discurso se entiende como la técnica analítica que tiene por objetivo la localización de relaciones de poder entre posiciones determinadas (Íñiguez, 2003; Martín Rojo, 2003). Esta línea concibe el discurso como una práctica social, lo que cuestiona su consideración como práctica descriptiva y/o representativa (Parker, 1992; Potter & Wetherell, 1987). Apunta a la existencia de una realidad extradiscursiva material, en la que se establecen relaciones de poder y dominación que en parte son reflejadas y conformadas por el mismo discurso. La centralidad de esta perspectiva radica en su consideración como herramienta de visualización de las relaciones de poder subyacentes a los discursos, y a la posibilidad de articulación de resistencias a partir de un análisis crítico. Así mismo, en dicho análisis se ha introducido la dimensión emocional y afectiva del vínculo social.

Por último, los diagnósticos psicosociales de género consisten en una narrativa que pretende organizar las diferentes variables (biopsicosociales) que se entrecruzan y al mismo tiempo forman parte de la emergencia y vivencia del DC/FM (que se describe en el siguiente apartado).

La selección de la muestra se ha realizado según criterios teóricos para poder obtener mayor variabilidad de opiniones y puntos de vista. Del material empírico producido en la investigación, para este artículo se han empleado las entrevistas en profundidad: 15 mujeres y 5 hombres diagnosticados de fibromialgia. En total se realizaron 30 encuentros individuales para producir los relatos de vida de las mujeres y 10 para los hombres. Este conjunto constituye el corpus textual analizado y base para la creación de la herramienta del diagnóstico psicosocial de género. El trabajo de campo se realizó entre 2008 y 2011 en el área metropolitana de Barcelona (Cataluña, Estado Español). Las personas entrevistadas se localizaron mediante las asociaciones de personas afectadas de DC/FM, las redes de atención a la salud, en encuentros y actividades de visibilización de la DC/FM, foros en internet y

contactos informales y contactos facilitados por las primeras personas entrevistadas.

Del método biográfico al diagnóstico psicosocial de género

Una de las piedras angulares de la perspectiva biopsicosocial que se empleó para analizar nuevos malestares corporales como el dolor crónico fue la noción de contextos de vulnerabilidad. La organización sexista de la vida social genera unas fuentes específicas de vulnerabilidad y fragilidad diferenciadas según el sexo y el género (Mora & León, 2011; Mora & Pujal, 2010). Una de las principales características de la organización sexista en occidente es la división sexual del trabajo, tanto en el ámbito privado como en el público, tanto en el doméstico como en el profesional, tanto en la generación y control de los recursos como en su administración. Otra es la construcción imaginaria y simbólica de las subjetividades de género y las relaciones sociales mediatizadas por esta categoría (Velasco, 2009). Ambas han tomado diversas formas históricas que en este artículo no se desarrollaron.

Mediante esa noción se puede incorporar la perspectiva de las ciencias sociales en la comprensión, explicación y tratamiento de la salud humana, actualmente prisionera de un relato explicativo y de una praxis exclusivamente biopsicomédica, fundada en una concepción mecanicista del cuerpo. En el empeño de poder contribuir a evitar el sufrimiento evitable, se ha diseñado un instrumento de diagnóstico que contempla la incorporación de los contextos de vulnerabilidad y la construcción del historial biopsicosocial de la persona que padece dolor crónico, y cuya utilidad principal va dirigida a orientar la praxis de las personas profesionales que la atienden.

Se trata de ofrecer una metodología y de un método que permitan: a) dar cuenta de las dimensiones implicadas en este nuevo sujeto del dolor crónico (DC) y b) presentar los resultados vinculando y articulando las dimensiones de la construcción/producción del cuerpo con DC en sus contextos de vulnerabilidad. Desde la escuela de “sociología clínica” francesa, con autores como Vincent de

Gaulejac, el uso de las metodologías cualitativas, concretamente, de los relatos de vida, se presenta como una metodología adecuada para cualquier investigación de carácter psicosocial (De Gaulejac, Rodríguez & Taracena, 2006).

Los sujetos no solo son un producto de la historia, sino que al mismo tiempo son sujetos con historicidad, con agencia y dentro de una búsqueda por llegar a ser sujeto en este mundo. Esta noción de sujeto permite mostrar la pertinencia analítica del uso de los relatos de vida como primer paso en la búsqueda de contenidos psicosociales sobre la FM/DC. Se habla de sujetos que se relacionan con el mundo en términos situados, dentro de un continuo fenomenológico que va de la experiencia individual al mundo social y viceversa. Los relatos de vida son una puerta de entrada a: a) cómo y con qué contenidos se ha incorporado la historia en la experiencia individual para acondicionarla; b) cuál es la novela familiar y la construcción de los ideales del yo; c) cuál es la dinámica psíquica en tanto mecánica de fijación y búsqueda de la condición de sujeto dentro de la realidad objetiva y d) cuál es la gramática de los cuerpos como mecánica correspondiente.

La especialización del conocimiento científico en nuestra sociedad ha hecho que se viva dentro de la fantasía del cuerpo mecánico como algo independiente de nuestra vida psíquica y social (y estas a su vez también segregadas). Sin embargo, atendiendo a los enunciados epistemológicos anteriores, se parte de otra premisa: la fisiología del cuerpo humano, en sus diferentes elementos, se estructura para la conservación de la vida, pero, al mismo tiempo, esta articulación estructural se encuentra en interacción con las estructuras psíquicas y sociales. El resultado es que se puede hablar de un cuerpo con una “gramática vital”, en oposición a la noción de mecánica aislada, que responde a la sujeción de la persona en el mundo, al mismo tiempo que produce la persona dentro de este mundo. Una biografía inscrita en el cuerpo, a modo de memoria, y una gramática del cuerpo, que asegura la continuidad de esta persona dentro de este mundo de relaciones. Esta doble dimensión, evidentemente, es de carácter selectivo y he aquí donde interviene el poder, según la perspectiva de Foucault, pero también de

Varela, Maturana y Uribe (1974) (biología del conocimiento), entre otros.

Un cuerpo performativo, pues, que necesariamente ha de enfermar (la cuestión es *¿de qué enfermará este cuerpo?*). He aquí los cuerpos con DC, diagnosticados de FM en cuanto algo invisible. Pero, un cuerpo con DC, es un cuerpo performativo como cualquier otro, lo que se ha hecho en esta investigación a modo de forenses es captar el mundo psicosocial en las “tramas” de estos cuerpos. Así, al hacerlo, se han integrado los resultados dentro de un corpus de “diagnóstico psicosocial”, que se presenta en calidad de cartografía de la construcción/producción de un cuerpo con DC. Es decir, una cartografía de diferentes lenguajes superpuestos (sentidos, mecánicas, dinámicas, gramáticas, significados, símbolos, identidades, expectativas, búsquedas, estructuras) que, a modo de “ATLAS”, muestra la conexión/interacción evocada entre las regularidades del mundo social, las estructuras psíquicas y las gramáticas de los cuerpos. Es por esta razón que los diagnósticos psicosociales que resultan de esta investigación deben entenderse, a la vez, tanto como un metaanálisis como una herramienta para la intervención y el cambio biopsicosociales.

Mientras la captura e interpretación de las formas y regularidades del mundo biopsicosocial y su organización en categorías, asegura la presentación de los resultados en términos dinámicos, su devolución a las personas afectadas como meta relato de su historia individual, busca la producción de resonancias, reflexiones y reflexividad. La fenomenología señala que la naturaleza del orden social es siempre contingente al posicionamiento del sujeto ante el mundo que le es relevante. Por tanto, la manera en la que se articula la sujeción del sujeto con el mundo puede transformarse en la conciencia de los sujetos sobre la contingencia de los fenómenos y sobre la manera en la que su yo se relaciona con estos, siendo su cuerpo el escenario de articulación de todos estos fenómenos bajo los mecanismos de la experiencia y la vivencia del mundo. Sin embargo, al ser las dinámicas implicadas de diferentes tipo (biopsicosocial), el ejercicio de reflexión que se pretende con la herramienta de los diagnósticos, no se basa en una creencia de la omnipotencia del yo

para controlar y cambiar todos los procesos, tanto físicos como sociales; tampoco, evidentemente, en el carácter incontrolable y biológico de las dinámicas corporales, sino, precisamente, en la presentación de su experiencia como situada y, por tanto, contingente, lo que abrirá las posibilidades para la posible reubicación de las personas afectadas y de sus sufrimientos.

La construcción de un instrumento de metodología de análisis ha sido capital para la presente investigación. Se propone y se construye una herramienta concreta para poder trabajar desde el modelo de análisis de los determinantes psicosociales de género en salud (Velasco, 2009) que se ha denominado el Diagnóstico Psicosocial de Género. Esta herramienta tiene como objetivos teóricos tanto dar cuenta de las diferentes dimensiones implicadas en este nuevo sujeto del dolor crónico (DC) que desplaza al sujeto binario (que se corresponde con el modelo biopsicomédico) como de la articulación dinámica de estas dimensiones en la construcción/producción de un cuerpo con DC que se aleja del cuerpo mecánico y orgánico y pasa a ser un cuerpo performativo (Butler, 2001, 2002, 2006).

El análisis de las entrevistas, bajo el prisma de nuestra epistemología y en atención a los ejes de análisis (cuerpo, psique, sociedad), mostró la existencia de regularidades dentro y entre las dimensiones consideradas. Este análisis, preliminar, consecuentemente, hizo pensar en la noción de dinamismo “del dolor crónico”, como metáfora descriptiva no solo de las diferentes dimensiones y mecánicas asociadas a la FM/DC, sino, además, de las interacciones entre estas mismas dimensiones.

Una pregunta metodológica central ha sido *cómo captar pues esta dinámica del dolor crónico*. Debido al proceso de ida y vuelta que supone cualquier investigación, una vez se llegó a discernir la dinámica de los resultados generales, se desarrolló un instrumento que permitiera *presentar los relatos de vida de cada persona individual dentro de este dinamismo*. Así, pues, los Diagnósticos Psicosociales de Género de DC/FM, de los que a continuación se incluyen dos ejemplos (para una mujer y otro para un hombre, ambas personas diagnosticadas FM), son presentados como una herramienta descriptiva

de la dinámica biopsicosocial asociada al DC sin causa orgánica, siendo la variable género central en su comprensión. Se pretende que dicha herramienta pueda generalizarse para los diagnósticos clínicos de FM y otros malestares contemporáneos; tanto para pensar estrategias integradas de intervención biopsicosocial de superación del DC u otros, como también de prevención.

Se expone a continuación el diagnóstico psicosocial de género de Bea (nombre modificado) y el de Andrés (nombre modificado). Cada diagnóstico va encabezado por una cita textual ejemplar. A partir del relato de vida, se estructuró la exposición del diagnóstico como sigue: 1º Descripción del estado de malestar presente y acciones llevadas a cabo por la persona entrevistada; 2º Reconstrucción de la dinámica biopsicosocial en relación con el sistema sexo/género y los modelos de vulnerabilidad, para captar la dinámica del DC y 3º Proyectos de futuro.

Primer ejemplo de diagnóstico psicosocial de género: El caso de Bea

Yo (de pequeña) iba siempre con la carga esta (cuidar todo, mis hermanos, más la que tenía problemas de discapacidad y la casa) y se murió mi abuelo que era la única persona que de vez en cuando venía a buscarme y me llevaba al teatro (...), y cosas de estas. Y a mí la muerte de mi abuelo, que murió estando en casa y lo vi como se moría... me afectó tanto, que empecé a tener sueños por las noches y llorando y a partir de entonces empecé a tener dolor, y tenía dolor.

La situación actual de Bea que ahora tiene 59 años, desde el punto de vista del dolor generalizado que acompaña al diagnóstico clínico de la FM es, según narra, de un alivio del dolor, casi desaparición, reciente. Al mismo tiempo, expresa un sentimiento subjetivo de fracaso y crisis personal importante en relación con su vida pasada, como mujer, como madre y como persona. Crisis personal y subjetiva que está elaborando a nivel terapéutico con una psicóloga que contempla la perspectiva de género y también con tratamientos específicos de relajación para el cuerpo. Trabajo terapéutico que le ha permitido empezar un proceso de transformación

subjetiva de género, problematizando sus identificaciones y representaciones de lo que ha significado y significa ser mujer, ser madre, ser feliz, etc., en nuestro contexto cultural e historia reciente (nace en España en los años 50 del pasado siglo). Proceso que, dice, está viviendo de manera bastante ilusionada y emocionada, aunque resulte difícil y doloroso, y que le está permitiendo reiniciar una nueva etapa vital. En esta se siente mucho más protagonista de su vida, *ella misma*, con capacidad para poner límites, dejar de renunciar a sus necesidades en pro de la visibilización de y dar respuesta a las necesidades de los demás, cuidarse a sí misma, hacerse respetar frente a las otras personas y tener más control de la propia vida. Hace tiempo que dejó la medicación alopática, que siguió durante unos cuantos años (5 o 6) dado que no le servía y en determinados momentos ha hecho uso de tratamientos corporales alternativos de relajación, que también la han ayudado en el alivio temporal del dolor.

El momento de inflexión que permitió empezar este proceso de crisis vital y de transformación subjetiva fue precedido de una crisis física y una crisis personal, que fueron el punto álgido de una larga trayectoria vital acompañada de un exceso de sufrimiento (asumido como necesario y normal) y de sostener relaciones abusivas, por parte de su pareja (durante más de 30 años) y de su familia de origen; sobre todo maltrato en términos de “violencia de género” múltiple, intensa y continuada.

El relato de vida de Bea denota una presión intensa y excesiva tanto psicológica como física desde su infancia, por parte de la familia de origen, en forma de maternalización y maduración precoces y violentas, al responsabilizarla del cuidado de sus tres hermanos menores (uno de ellos discapacitado) y de las tareas domésticas cuando todavía era una niña de 7 años e incluso antes, y una ausencia de cuidado afectivo y consideración hacia ella. Solo recibe la atención de su familia en relación con las necesidades básicas y primarias de supervivencia, comida, ropa, escuela, etc., pero no en el afecto ni en la comunicación ni en la interrelación y espacio lúdico que permiten un desarrollo emocional, afectivo y subjetivo. Experiencias que tienen lugar en el seno de una familia que vive en un contexto

de dictadura política, patriarcal y trabajadora (padre panadero y madre bordadora) invadida por y centrada en el trabajo (de los progenitores). Una familia sin espacio para los afectos y el cariño, muy rígida y normativa en relación a los roles de género y con una ética “protestante” en el trabajo, que no duda en usar la coacción física y psicológica (si son necesarias para conseguir el fin buscado) y situar a su hija mayor en el lugar de “niña cuidadora y servidora precoz” que le ha sido asignado de manera unilateral. También como repetición compulsiva, por parte de los padres, de una historia propia de carencias y una educación rígida en relación con sus propios progenitores.

La familia fue presidida por un padre, patriarca, que abortó en nombre del sexo y el género, el anhelo, la capacidad y la posibilidad de cursar unos estudios por parte de su hija (muy aplicada, con buenos resultados en los estudios y deseo de ellos), para ponerla a trabajar a los 14 años, haciendo caso omiso de los consejos de sus profesoras y profesores que le pidieron que no rompiera la trayectoria y el talento académicos de su hija. Truncar la trayectoria académica de la hija fue el medio que usó el padre para ofrecer una posibilidad de carrera académica a su hijo varón.

Esta trayectoria vital ha construido subjetivamente a Bea mediante una compulsión a la adaptación a las necesidades y deseos de los otros, mientras borra los suyos. Necesidades y deseos propios ignorados a través de múltiples ejercicios malabaristas de deformación positiva, estereotipada y fantasiosa de la realidad propia y de los otros. El resultado un Yo borrado, producto de la ausencia de un reconocimiento externo de los que dependía en su desarrollo, que se ha traducido en una invisibilidad de sí misma, lo que la ha conformado subjetivamente como alguien que perseguirá enconadamente esta visibilidad y reconocimiento en los demás, fuera, entrando en una vorágine de actividad hasta que el cuerpo ha enfermado. La manera de vivir será adelantarse y adaptarse continuamente a las demandas y deseos de los demás (sobre todo de la pareja, pero también de los propios hijos), una orientación a la alteridad que la conducirá a borrarse y a ser una persona desconocida para sí, colocándola en una

posición de “afectividad melancólica”, arropada mediante un discurso romántico y normativo de género femenino al uso. Esta trayectoria continuará hasta la actualidad. La crisis personal profunda, y el deseo de salir de ella, así como la pregunta del por qué, darán paso a un cuestionamiento de sí misma, que le permitirá buscar ayuda especializada, e irse dando cuenta de que su posición subjetiva y de género la conducen inevitablemente a lo contrario de lo que persigue, seguir siendo borrada, abusada, maltratada e infeliz.

El secreto y elemento central que salvaguarda la línea frágil que separó el malestar emocional del malestar físico o somático –el dolor generalizado de la FM– el cual empezó alrededor de los 7 años según la memoria de Bea, fue la desaparición de la única figura de la cual recibió alguna consideración subjetiva y estimación: su abuelo. Fue cuando este murió, y lo que dicha muerte representó para ella, el final del único cuidado y reconocimiento subjetivo disponible, y su “abandono al mundo”, el que hizo estallar un dolor generalizado en su cuerpo, que persistió con los años de forma intermitente ligado a una posición subjetiva borrosa continuada. Dolor que debía permanecer invisible para la familia de origen y la propia, y para el entorno, para no empeorar la situación ya muy mala (puesto que las cuidadoras no pueden ser objeto de cuidado según los códigos del patriarcado y el sistema sexo/género). Dolor que de manera secreta e intermitente ha seguido hasta sus 50 años. Y no ha sido hasta hace pocos años atrás que ha dejado de ser oculto para los otros y las otras y se ha convertido en un diagnóstico clínico (y público) de FM, el cual supuso un reconocimiento externo significativo de sí misma.

Historia y posición en la familia de origen, que hizo que a los 17 años huyera de la familia con su pareja (un artista, dice) que en un espejismo estereotipado construyó como imagen de la libertad y liberación del encarcelamiento y autoritarismo familiar, sin saber que sería en realidad lo contrario, una continuidad. Así, la vida y relación con su pareja ha sido de abandonos temporales continuos por parte de él, que ella después perdonaba por amor. Una relación donde el marido no ejercía sus responsabilidades en la tarea de provisión familiar

(esperables de un orden sexista) y paternidad afectiva. Un marido con problemas con el alcohol. Un vínculo caracterizado por un trato abusivo a nivel sexual, económico, psicológico, físico.

La familia que construye Bea, con 2 hijos, una niña y un niño (al que él renunció oficialmente, durante el embarazo, en uno de los diversos abandonos familiares), la han convertido durante más de 30 años en una persona sola emocionalmente hablando, tanto en el ejercicio de la maternidad como en el de la provisión. Ha tenido de forma habitual, narra, dos o tres empleos simultáneos, dados los tiempos de emancipación de la mujer y de “igualdad” que le han tocado vivir. Aunque nunca ha podido trabajar en lo que deseaba habiendo estudiado (sufragando sus propios estudios), o disfrutar de ese trabajo o mantenerlo cuando excepcionalmente lo ha tenido. Además, el trabajo artístico de la pareja ha sido posibilitado y financiado también por ella durante su relación de más de 30 años. Una trayectoria de proveedora y servidora a nivel económico, sexual, y emocional de la pareja, de “esclavitud subjetiva” que la ha asumido en la soledad. Ello la ha conducido al final a quedarse expropiada de sí misma, sin reconocimiento externo, y sin ni siquiera disfrutar de ninguna propiedad de bienes materiales (ha perdido incluso el piso dónde vivía y que había pagado con su trabajo), puesto que la respuesta del marido en la separación definitiva ha sido de exacerbación de la violencia de género a nivel económico, y con complicidad por parte de los amigos comunes de los que no ha recibido apoyo.

Violencia de género que se ha repetido en la vida de pareja de su propia hija y nieto, por lo que ha tenido nuevamente que hacerse cargo económica y emocionalmente de su nieto debido al desentendimiento de la madre. Repetición de la violencia de género –que también estaba presente en la historia de su propia madre– de una manera más normalizada y burda puesto que era la época de la dictadura franquista con códigos de género muy estrictos y conocidos, fruto de un modelo social de género tradicional.

Tres generaciones de violencia surgen en este relato de vida que retrata una época y también una transformación incipiente y contradictoria de los

modelos sociales de género, transformación desde el modelo social tradicional de género al modelo de transición en la actualidad, y solapamiento entre los dos en este caso.

En el momento actual, la búsqueda de reconocimiento y confirmación en el exterior ha cesado, se ha desplazado hacia una búsqueda de reconocimiento de sí misma mediante el trabajo terapéutico y hacia una des-identificación de los mandatos de género normativos como mujer, como madre y como persona, mediante un proceso de particularización. Procesos que conducen a Bea a cambiar su posición subjetiva y su vínculo con los otros y con el mundo, lo que representa un principio y un *renacimiento*, como ella misma dice, el cual repercute directamente en una mejora significativa del dolor somático.

Segundo ejemplo de diagnóstico psicosocial de género: el caso de Andrés

[Hablando de lo que le decía su médico] oye pero esto no es de mujeres..., menos mal que tienes los cinco hijos si no ya me daría a mí que dudar sobre las hormonas, y a ver si es un problema de hormonas lo tuyo.

El presente de Andrés, desde el punto de vista de la FM, es de estabilidad precaria dentro de una cierta cronificación del dolor. La vivencia de dicha estabilidad es ambivalente. Por un lado, Andrés expresa que ha empezado a aceptar el conjunto de limitaciones que le supone la FM (entre ellas no poder planificar un futuro a corto y medio plazo en la vida cotidiana y el riesgo que le supone para su futuro laboral debido a las bajas que ha tenido). Por otra parte, el hecho de aceptar esas limitaciones le permite empezar a tener un poco más de control de su vida, un control que hasta ahora, narra, siente que no había tenido.

El punto en que se encuentra surge después de pasar por una fase muy crítica de inadaptación y profunda depresión al toparse con las limitaciones de vida, que asocia a la FM, y con los conflictos familiares con la pareja y los hijos durante el período de aceptación del DC/FM. Define su estado

físico de los últimos años como inhabilitante, con dolores frecuentes, problemas físicos encadenados y cansancio continuo. Un estado muy diferente al que sentía tener antes de la aparición de los síntomas del DC/FM: se define a sí mismo, antes de esa época, como una persona muy activa, inquieta, que inventa continuamente cosas que hacer, y que no para nunca.

Andrés explica la aparición del síndrome como desenlace final de una larga cadena de problemas físicos (operación de pie, crisis de psoriasis extrema, etc.). Obtiene el diagnóstico de FM en un período de tiempo breve, casi sin buscarlo. A pesar de ello expresa cierto descontento con el reumatólogo que lo atendía. Se siente estancado en la relación medicoterapéutica, en la que dice sobre el médico que “se limita a medicarme y a esperar que deje de quejarme algún día”. No hay comunicación y de algún modo se siente estigmatizado, como alguien que se inventa lo que le pasa. Siente que los profesionales médicos no están a la altura ni profesional ni personalmente. Ante el dispositivo médicosanitario se ha sentido solo.

El tratamiento médico que recibe es básicamente farmacológico alopático, en dosis variables dependiendo de la situación (analgésicos y antiinflamatorios), y también ansiolíticos y antidepresivos, que considera le han funcionado bastante bien para salir de la depresión y la agorafobia. Estos problemas psicológicos han surgido, según él, a raíz del síndrome DC/FM y las limitaciones que implica, causando tensiones en la vida cotidiana familiar y del trabajo doméstico en el que siempre ha sido muy activo (discusiones con la pareja), en la laboral (bajas laborales y estigmatización) y en la personal (no poder practicar ningún hobby ni ver a los amigos y las amigas).

Por otra lado, en el momento actual, la relación con los amigos y las amigas, círculo exclusivo de 2 o 3 personas, se ha recuperado, aspecto muy importante en relación con la soledad sentida desde la infancia. Valora especialmente la relación con un sacerdote con el que queda a menudo para hablar y asesorarse, y también para compartir cine o discutir cuestiones de actualidad y preocupaciones vitales sobre el mundo.

La narración de Andrés da cuenta de una infancia presidida por un sentimiento de soledad muy importante y una falta de referentes vitales: relación inexistente con el padre y sobreprotección por parte de la madre que, siente, no le puso suficientes límites. Esto, en el marco de una familia inmigrante en el área metropolitana de Barcelona (proviene del sur de España) con pocos recursos económicos y culturales, y siendo él el hermano mayor de tres. Estas circunstancias le han conformado emocional y subjetivamente como una persona con un grado elevado de necesidad afectiva. Esa necesidad, narra, le ha llevado a dejarse influir y conformarse con todas aquellas situaciones y personas que lo rodeaban y lo interpelaban porque necesitaban de él. Una demanda de atención que atendía sin criterio, sin poner límites de ningún tipo, ni poder decir no, hasta el punto, por ejemplo, de renunciar a los estudios debido a las “malas influencias”, como dice él. Y no haber estudiado es algo de lo que ahora se arrepiente.

Necesidad vital afectiva no atendida y orientación al otro que le han marcado hasta el punto de ocupar una posición “de objeto” en el deseo de los demás en lugar de una posición de “sujeto agente”, lo que lo identifica con una posición de género más sumisa, “de mujer”, dice, a pesar de que su sexo sea el de un varón (como se sabe por la teoría de género actual, sexo y género no dependen uno del otro en términos biológicos). Algunos se extrañarán de su malestar al considerar que “enfermar con la FM es un síndrome que afecta sobre todo y mayoritariamente a mujeres”.

Esta orientación a la alteridad le desubicó por completo, sobre todo durante la época de juventud, hasta el punto de sentir que la vida no tenía sentido. Este momento biográfico coincidió con la época de los cambios efervescentes de la transición española, donde se dedicó a experimentar todo lo que pudo sin límite, y en diferentes campos: en términos de liberación sexual (multitud de experiencias sexuales de todo tipo, incluso prostitución con los dos sexos), de activismo político y de experimentación musical, no sin temer incluso por la propia vida en ciertas ocasiones. Un punto de inflexión muy importante se da a partir de una experiencia traumática, la que contingentemente rompió esta trayectoria vital:

una violación sexual (violación llevada a cabo por parte de un grupo de hombres en un sauna con suministro de fármacos incluido). Fue mediante la influencia y ayuda de un hermano suyo que era sacerdote a quien quiso explicarle lo que le había pasado en el marco de una confesión cristiana, que cambiará su vida.

Su hermano le propuso irse con él un tiempo a Roma para abrir nuevos caminos, lo cual aceptó y fue el inicio de una nueva fase vital. A partir de ese momento inició un proceso de participación en trabajos solidarios con valores cristianos que lo convirtió, de hecho, al cristianismo. Esto dio lugar a una nueva etapa vital en la que el centro fue construir y practicar nuevos valores y dar un sentido más trascendente a las cuestiones de la vida (sobre todo a la sexualidad, a la pareja, a la familia, pero también a proyectos de intervención solidaria con niños y niñas con problemas, algo que le sigue preocupando en la actualidad). El nuevo camino emprendido culminará en un matrimonio y la construcción de una familia con cuatro hijos y una hija, a la que dedica todo el tiempo personal que puede y se ha convertido en el centro de su vida e identidad, lo que, por otra parte, ejerce una presión muy alta sobre él, en términos de sobrecarga de trabajo procedente de dentro y fuera de la familia.

Su mujer, y madre de sus hijos e hijas, a quien, narra, admira profundamente, ha sido y es el referente fundamental en su vida de adulto (referente anhelado desde la infancia) al parecer en su percepción, por la gran capacidad de superación, fortaleza y autodeterminación que la caracteriza. Y más teniendo en cuenta el hecho de que ella proviene de una familia más precaria que la suya, en la que ha sufrido violencias y abusos de diferentes tipos (que luego se repitieron en diversas relaciones laborales que ella ha tenido). Su mujer, dice, enfrenta con fortaleza y de una manera ejemplar esas adversidades, y es capaz de salir adelante con determinación. La relación afectiva con su esposa se basa en una comunicación sincera y profunda, asevera, que emerge de una identificación recíproca y que les permite irse empoderando mutuamente: ella se siente amada por primera vez, él se siente con más fortaleza para ser él mismo.

La identificación de género de Andrés no se corresponde con la masculinidad hegemónica, sino que se siente muy lejos de ella. De algún modo hace una crítica a esa masculinidad, priorizando en su vida la dedicación a la familia y al trabajo doméstico (pareja, hijos e hijas) antes que al ámbito laboral y al mundo público, lo que también le ha conducido a no poner límites al número de hijos en concordancia con sus valores. Identidad “degenerada”, (en el sentido de pérdida de aspectos del género hegemónico) por lo que se ha sentido incomprendido y estigmatizado en el trabajo y por sus compañeros, y en el ámbito sanitario por el personal médico, llegando incluso al extremo de que su médico dudaba de su masculinidad al considerar que el malestar que expresaba era más propio de mujeres que de hombres. En esa praxis crítica a la masculinidad hegemónica también ha renunciado en más de una ocasión a oportunidades de ascenso en su trabajo (no cualificado), para poder conciliar con la vida familiar y el trabajo doméstico y ser coherente con sus valores vitales, algo que tampoco se ha entendido demasiado por parte de sus colegas en el trabajo. Trabaja de noche desde hace 10 años como conserje en un centro de salud, situación laboral que siente peligrar, tanto por el dolor que siente a menudo y que le incapacita como por las diferentes bajas laborales que ha tenido que tomar durante los últimos tres años.

Actualmente, ha dado algunos pasos con una compañera para abrirse y poder empezar a asistir a una asociación de personas afectadas de FM, para encontrar recursos prácticos que le permitan mejorar la calidad de vida y fortalecerse. Y ello a pesar de saber que en las asociaciones hay básicamente mujeres; no le importa ir, tiene ganas, pero lo único que prefiere es ir acompañado. Ha aprendido con dolor que no siempre se siente cómodo con las personas, y que si estás solo es más duro enfrentarse a los prejuicios que tienen las demás personas. La trayectoria vital que tiene, experimentación intensa de la vida versus valores religiosos profundos lo han convertido en una persona más abierta de mente que la media, pero se inhibe a la hora de sincerarse con los compañeros sobre ciertas temáticas, como la FM. Su experiencia es de incompreensión y estig-

ma por parte de la gente hacia lo diferente. Prefiere callar, aguantar y hacer el bien, narra, más que enfadarse porque lo pasa muy mal en los conflictos; la conciliación es preferible a la razón, dice. Valor que denota la necesidad afectiva y orientación a la alteridad que lo han caracterizado y hecho vulnerable físicamente. Sin embargo, cierto deseo de transformación subjetiva y empoderamiento ha emergido.

Conclusiones

Después de exponer estos ejemplos de Diagnóstico Psicosocial de Género, se pasa a presentar a modo de conclusión los aspectos transversales, a nivel de contenido, que han surgido a través de los 20 diagnósticos realizados (15 mujeres y 5 hombres). Los diagnósticos se pueden describir como metarrelatos de las narraciones de vida, que a modo de tejido van cosiendo las diferentes variables hasta describir un continuo fenomenológico que va del cuerpo al mundo social y vuelve, pasando cada vez por puntos de conexión y fijación de y a la realidad, de cariz subjetivo. Su estructura se inicia en una descripción del presente de la persona, en atención a la vivencia y al estado de su padecimiento. A partir de allí, se conecta a modo de red con los diferentes agentes que evoca como capitales en la captura de su cuerpo en términos de FM: médicos, proceso de diagnóstico, dinámica familiar, ideales del yo. En el mismo sentido, la red que parte del cuerpo dolorido y de su vivencia, enlaza con las condiciones previas de este cuerpo con respecto a su desarrollo laboral, vital. Igualmente, este estado del presente se vincula en red con su vivencia psíquica y con los correspondientes sociales de esta. Acto seguido, los diagnósticos conectan este diagrama del cuerpo inicial con un pasado familiar y laboral, que incluye el relato de la subjetividad implicada en las vivencias experimentadas, la mayoría relacionadas con la construcción de su identidad social y con el desarrollo de roles asociados. Finalmente, se transita por el universo interpretativo de la persona, donde se valora su presente pero en relación a sus condiciones de progreso o estancamiento y en atención a su vivencia del mundo, a su subjetividad.

Así pues, la generalidad de los diagnósticos psicosociales de género elaborados muestra una vivencia del dolor cronificado como inhabilitante, que se conjuga con los siguientes elementos.

Cuerpos perdidos en la actividad perpetua

La trayectoria vital de un cuerpo en actividad perpetua, no solo con respecto a la actividad fisiológica en general, sino un cuerpo ilimitado en la performatividad de un rol femenino (sea hembra o macho), que debido a la inconmensurabilidad de los mandatos normativos de este rol dentro de los múltiples contextos que se habitan en tiempos de igualdad (trabajo, casa, formación, consumo...) se torna ambivalente. Se habla, pues, de un cuerpo en busca eterna de confirmación de su actividad, dentro de escenarios y mandatos ambivalentes, trabajo, casa, formación, consumo, etc. lo cual conduce a la ambigüedad de la identidad, es decir, a la negación de la validez de la confirmación dentro de un escenario, por parte del otro, y por lo tanto, motoriza esta dinámica ilimitada de un cuerpo con DC/FM, en actividad perpetua y contradictoria, pero perdida, sin confirmación. Paradójicamente, parece como si el DC/FM fuera a este cuerpo su posibilidad de limitarse, de detenerse.

Un yo precarizado

Esta dimensión corporal de la DC/FM encuentra un correspondiente psíquico que tiene que ver con la imposibilidad de un yo que gestione la ambivalencia de roles en la búsqueda de la condición de sujeto dentro de este contexto social renovado, pero que sigue marcado por el binarismo de género y el androcentrismo. Por lo general, se trata de un yo que se sujeta enconadamente (irritado, exasperado) al mundo mediante una norma, un ser o ideal femenino de trabajadora/cuidadora que, al confrontarse a las condiciones objetivas de inconmensurabilidad de los distintos establecimientos o espacios, es un yo que no encuentra la confirmación de su condición, un yo perdido que se culpabiliza y castiga por este hecho, un yo extraviado en la ambivalencia y en la búsqueda

inacabable de sí mismo. Un dinamismo psíquico que, mientras dibuja/traduce sobre el yo una mecánica normativa, permite la filtración y dinamización inconsciente de los conflictos de la ambivalencia. En este sentido, mientras la normatividad de los ideales femeninos se proyecta en el cuerpo a modo de necesidad ilimitada de performatividad de la actividad correspondiente al rol, el inconsciente proyecta sobre el cuerpo la dinámica de los conflictos (Bayo-Borrás, 2010).

La desigualdad en la igualdad

La cartografía social, la novela familiar y las condiciones de vida de estas personas nos alertan, pues, sobre la organización social de este cuerpo dolorido, de este yo todavía desconfirmado. Como si se tratara de la representación del universo proyectada sobre la máquina del reloj, el cuerpo con DC/FM contiene la memoria de un mundo de fenómenos que se pueden organizar de la siguiente manera (aunque solo algunos de los diagnósticos psicosociales de género los contienen todos, estos se van repitiendo de manera parcial a través de ellos y condensan las contradicciones de los contextos de vulnerabilidad): a) el máximo cuidado maternal; b) el abandono familiar; c) el ideal femenino en el cuidado/provisión; d) la desconfirmación familiar (pareja, hijos); e) la desconfirmación laboral; f) la desconfirmación social (amigos, etc.); g) la medicalización de la vida y la constitución anhelada del ser en la enfermedad; h) la medicalización de la experiencia contemporánea y la cronificación del dolor e i) los "tiempos de igualdad" como fantástico sistema omnicompreensivo.

Tal y como se puede deducir de estos elementos transversales, aplicar la interacción de una perspectiva y epistemología feminista y postestructuralista en la construcción de conocimiento con implicaciones en la organización de la intervención en el área de la salud pública (tema que constituye en sí mismo otro artículo) reconoce la importancia de visibilizar el *sistema sujeto/sexo/género* en las experiencias de malestar o sufrimiento evitable en relación con el contexto sociohistórico y con su producción y regulación de subjetividades.

Dicha operación supone una posición crítica hacia las formas tradicionales de construir conocimiento que apuestan por “verdades universales”, conocimientos objetivos, libres de valores, fragmentados y sin marca de género en la conceptualización de la salud; una posición crítica que recupera la capacidad de resistencia a la versión tradicional y sexista de la ciencia, y se compromete con la justicia social y con un abordaje de la salud y una concepción integral de la psicología y de la sociología.

Referencias

- Barker, K. (2005). *The fibromyalgia story. Medical authority and women worlds of pain*. Philadelphia: Temple University Press.
- Bayo-Borrás, R. (2010). Memoria histórica: duelo, recuerdo y transmisión transgeneracional. *Revista Intercanvis*, 245, 29-38.
- Butler, J. (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Madrid: Cátedra.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Barcelona: Paidós.
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- De Gaulejac, V., Rodríguez, S. & Taracena, E. (2006). *Historia de vida. Psicoanálisis y sociología clínica*. México: Universidad Autónoma de Querétaro.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad: la voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Íñiguez, L. (Ed.). (2003). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial UOC.
- Martin Rojo, L. (2003). El análisis crítico del discurso. Fronteras y exclusión social en los discursos racistas. En L. Íñiguez (Ed.), *Análisis del discurso. Manual para las Ciencias Sociales* (pp. 161-196). Barcelona: Editorial UOC.
- Mora, E. & León, F. J. (2011). La globalización del cuidado y sus cadenas. *Revista Psicoperspectivas*, 10(2), 109-133.
- Mora, E. & Pujal, M. (2010, julio). *Los conceptos de cuidado, provisión, y servicio como herramientas de análisis de las relaciones de género. Una propuesta teórica*. Comunicación presentada en el X Congreso Español de Sociología, Pamplona, Navarra, España.
- Muñoz, J. (2005). *Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS.ti 5*. Recuperado de <http://antalya.uab.es/jmunoz/cuali/Atlas5.pdf>
- Parker, I. (1992). *Discourse dynamics. Critical analysis for social and individual psychology*. Londres: Routledge.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. Londres: Sage.
- Pujal i Llombart, M. & García-Dauder, S. (2010). Hacia una psicología más igualitaria y transdisciplinar. En M. Pujal & S. García-Dauder (Eds.), [Monográfico: Estudios de género]. *Desigualdades de género en “tiempos de igualdad”*. Aproximaciones desde dentro y fuera de la/s psicología/s (pp. 7-20). *Quaderns de Psicologia. International Journal of Psychology*, 12(2).
- Rose, N. (2001). The politics of life itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6), 1-30.
- Ruiz Olabúenaga, J. I. & Ispizua, M. A. (1989). *La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Vázquez, F. (1996). El análisis de contenido temático. En *Objetivos y medios en la investigación psicosocial* (Documento de trabajo, pp. 48-70). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Varela, F. J., Maturana, H. R. & Uribe, R. (1974). Autopoiesis: The organization of living systems, its characterization and a model. *Biosystems*, 5(4), 187-196.
- Velasco, S. (2009). *Sexos, género y salud*. Madrid: Minerva Ediciones.

