

Revisión sistemática sobre el abordaje del Síndrome de Ovario Poliquístico en mujeres desde un enfoque de género-feminista

Systematic review on the approach to Polycystic Ovary Syndrome in women from a gender-feminist perspective

Esmeralda Conrique de la Rosa ^a, Roberto Montes Delgado ^b, Lucia Pérez Sánchez ^c, Myriam Rebeca Pérez Daniel

Abstract:

This study examines how women's narratives and experiences reveal the social structures and power dynamics around Polycystic Ovarian Syndrome (PCOs). It argues that PCOs should not be seen only as a medical condition, but as a lived experience. Social, cultural, and gender narratives significantly influence women's self-perception, healthcare access, and autonomy. A systematic literature review with a feminist perspective guided the research. Sixteen articles were selected and analyzed using thematic critical analysis focused on gender discourses, contextual influences, discomfort, and resistance strategies. The review identified two main categories: body and gender and diagnosis, treatment and strategies. Findings show that gender is often enforced and binary through disciplinary practices, even at economic and physical cost. The study reveals that women resist violence in medical spaces through social, emotional, individual, and relational means. The research concludes that a feminist approach rooted in the Mexican context is necessary. This shift moves from a biomedical to a political understanding of women's discomfort. With this perspective, health studies can extend beyond healthcare systems. It also offers better ways to hear and understand women's experiences, helping them gain agency over their bodies and lives.

Keywords:

Polycystic Ovarian Syndrome, gender, feminist health, embodiment

Resumen:

Las experiencias de las mujeres reflejan la realidad social en la que se encuentran, así como sus formas de responder a las estructuras de poder. El Síndrome de Ovario Poliquístico no es solo una condición médica, sino también una experiencia vivida en relación con discursos sociales, culturales y de género, que impactan en la autopercepción, el acceso a la salud y la agencia sobre el cuerpo. A través de una revisión sistemática de literatura académica, se analizaron las experiencias de mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico desde una perspectiva feminista. Se seleccionaron 16 estudios cualitativos, los cuales fueron examinados mediante un análisis temático crítico enfocado en los discursos de género, los contextos socioculturales en los que emergen, las experiencias de malestar, las contra narrativas y formas de resistencia. Como resultado del análisis se identificaron 2 categorías principales: cuerpo y género, diagnóstico, tratamiento y estrategias de gestión. Los hallazgos muestran que el género es constantemente acuerpado y actualizado binariamente mediante prácticas disciplinarias, pese al costo físico y económico que eso conllevaba. De las violencias vividas por las mujeres en espacios médicos surgían formas de resistencia desde lo social, desde lo afectivo, lo individual y desde el contexto de la atención médica. En conclusión, es necesario un abordaje desde el contexto mexicano fuera de las ciencias biomédicas y con perspectiva feminista que permita politizar los malestares, permitiendo la escucha y entendimiento hacia las mujeres desde un conocimiento situado, que fomente el adquirir herramientas de poder sobre sus propios cuerpos y vidas.

Palabras Clave:

Síndrome de Ovario Poliquístico, Género, Salud feminista, corporalidad

^a Autor de Correspondencia, Universidad Autónoma de Baja California | Baja California | Tijuana | México, <https://orcid.org/0000-0002-6070-4726>, Email: esmeralda.conrique@uabc.edu.mx

^b Universidad de Colima | Colima | Colima | México, <https://orcid.org/0000-0002-9972-0264>, Email: mondell@uacol.mx

^c Universidad de Nayarit | Tepic-Nayarit | México, <https://orcid.org/0000-0003-1614-7587>, Email: lucia.perez@uan.edu.mx

^d Universidad de Colima | Facultad de Psicología | Colima | México <https://orcid.org/0000-0003-4873-5818>, Email: mperez@uacol.mx

Fecha de recepción: 13/11/2025, Fecha de aceptación: 05/02/2025, Fecha de publicación: 05/03/2026

DOI: <https://doi.org/10.29057/esat.v13iEspecial.16558>



Introducción

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) es un síndrome endocrino-metabólico, caracterizado por una disfunción ovárica, cuya presentación es heterogénea, a menudo se describe como una condición hormonal o del área reproductiva. Es de origen multifactorial, interactúan biológicamente factores genéticos, endocrinos, ambientales y de desarrollo. Los criterios diagnósticos son la presencia de dos de los tres indicadores: ciclos oligo/anovulatorios, hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico y apariencia de ovario poliquístico mediante ultrasonido (Castro et al., 2023). Algunos signos y síntomas son la alteración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, la alopecia, hirsutismo, acné, amenorrea, oligomenorrea, dismenorrea, y/o aumento de peso (Sánchez, 2019; Louwers & Laven, 2020).

Es la condición hormonal más frecuente en mujeres en edad "reproductiva", se estima que afecta entre el 8-13% de las mujeres a nivel mundial, y que el 70% de los casos permanecen sin diagnóstico (OMS, 2023). Mientras que, entre el 21-22% de las mujeres mexicanas viven con SOP (Secretaría de Salud, 2023).

El SOP se ha estudiado desde abordajes biomédicos, con foco en el aspecto biológico, signos y síntomas, su fisiopatología, comorbilidades y posibles riesgos y complicaciones (Karkera et al., 2023; Meczekalski, 2023; Sir et al., 2013). Desde la psicología se ha encontrado que las mujeres con SOP pueden presentar con mayor frecuencia ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, "baja autoestima", problemas con la imagen corporal, dificultades en sus relaciones interpersonales, disfunciones sexuales y emociones como la vergüenza, culpa, y sentirse "diferentes" a otras mujeres (Teede et al., 2023).

Desde una perspectiva feminista en el campo de la salud y la psicología se reconoce que el sistema patriarcal influye profundamente en la manera en que se perciben y abordan las condiciones de la salud de las mujeres. Este impacto se manifiesta en forma de violencia epistémica, la falta de recursos y educación sobre la salud de las mujeres, el androcentrismo en los abordajes, la normalización del malestar de las mujeres, el estigma y control de la corporalidad femenina (Blázquez, 2021; Guerrero, 2022; Nogueiras, 2019). En el ámbito psicológico, uno de los espacios donde más se produce esta desigualdad es en la construcción de la subjetividad femenina, la cual está atravesada por los estereotipos de género que, al ser interiorizados, representan un riesgo significativo para la salud mental de las mujeres, por ejemplo, realizando dietas restrictivas por cumplir con el mandato de delgadez (Valls, 2020).

El cuerpo femenino ha sido históricamente medicalizado y regulado por discursos biomédicos occidentales que patologizan lo que no se ajusta a una normatividad

reproductiva, estética o funcional. Es un territorio explotado y que se busca expropiar mediante la apropiación de sus recursos "reproductivos", el discurso médico inscribe una serie de nociones sobre el cuerpo de las mujeres y es considerado "la verdad". Desde el poder normativo de los discursos médicos y psicológicos se han impuesto a las mujeres normas de conducta vinculadas a su sexualidad y salud, las cuales contribuyen a la legitimización de su subordinación (Nogueiras, 2019; Dauder & Guzmán, 2019; Roselló-Peñaloza, Cabruja-Ubach, & Gómez-Fuentealba, 2019).

El Síndrome de Ovario Poliquístico no es solo una condición médica, sino también una experiencia vivida en relación con discursos sociales, culturales y de género, que influyen en la autopercepción, el acceso a la salud y la agencia sobre el propio cuerpo. Los estudios que se centran en las experiencias particulares de las mujeres desde el privilegio epistémico permiten comprender las realidades sociales en las que estas se encuentran, así como sus formas de contestación frente a las estructuras de poder.

Los sistemas que normalizan las diferencias del sexo biológico y atribuyen características y roles culturales cumplen una función tanto descriptiva como prescriptiva. Los discursos biomédicos construyen una perspectiva del cuerpo de las mujeres que normaliza y promueve un orden de género desde lo simbólico y lo material. El género no es únicamente discursivo, sino que se experimenta a través del cuerpo y constituye un eje central de los sistemas de poder que lo explotan (Federeci, 2022).

La corporalidad de las mujeres con SOP las sitúa en muchos casos en la imposibilidad de cumplir con los mandatos tradicionales de feminidad, lo que puede generar diversos malestares físicos, emocionales y sociales. No obstante, esta misma tensión abre también posibilidades para reconfigurar y performar el género de maneras alternativas.

Vivir con SOP implica más que enfrentar un conjunto de síntomas, las mujeres con SOP poseen identidades, experiencias y narrativas que, con frecuencia, son invisibilizadas por la falta de concientización en torno al síndrome (Sánchez, 2014).

El SOP implica una experiencia corporal que reta la construcción social de "mujer", "feminidad" y de menstruar, parte de los malestares referidos se relacionan a la expectativa de cumplir con estos mandatos de normalidad y a su vez, que estos sean demandados por sus contextos.

Los testimonios de las mujeres no suelen ser reconocidos como una forma legítima de conocimiento científico (Aranjuez, 2018) lo que conlleva una pérdida de agencia sobre su salud al invisibilizar sus voces. En las experiencias de las mujeres con SOP se confrontan las expectativas sociales y personales sobre su ciclicidad menstrual, los ideales de feminidad corporal y social, así

como violencias estéticas y de género vividas durante los procesos de diagnóstico, tratamientos y cuidados de la enfermedad, desde sus respectivos contextos socioculturales.

Por lo cual, la presente investigación parte de las siguientes preguntas orientadoras: desde la literatura actual, ¿Cómo son, bajo una mirada feminista, las experiencias de mujeres con SOP que se han documentado desde los enfoques psicosociales? ¿Qué nos dicen las experiencias de las mujeres con SOP sobre los discursos biomédicos que se usan de referencia para comprender y moldear el cuerpo de las mujeres y su sexualidad? ¿Cómo han resistido las mujeres con SOP a los mandatos de género presentes en sus contextos psicosociales?

Método

Tipo de estudio

Revisión sistemática crítica de literatura con enfoque feminista y psicosocial.

Objetivo general:

Analizar críticamente, a través de una revisión sistemática de literatura académica, las experiencias de mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico, considerando cómo dichas experiencias reflejan las normas de género que las atraviesan, las relaciones de poder en las que se encuentran inmersas, las emociones que emergen y las formas de contestación que ellas derivan.

Procedimiento

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: EBSCO, Pubmed, Dialnet, Scielo, Sage Journals, empleando las palabras clave: «Síndrome de Ovario Poliquístico», «Feminismo», «Mujer», «género» y sus variantes en inglés «Polycystic Ovarian Syndrome (PCOs)», «gender», «feminism», «women», con los booleanos AND y OR. Como criterios de inclusión se estableció que fueran artículos en inglés o español, publicados entre 2000-2024, de carácter empírico y cualitativo, con muestras compuestas por mujeres, que se centraran específicamente en sus experiencias y que abordaran aspectos relacionados con la vivencia de “género”, “feminidad” o “ser mujer”. Los criterios de exclusión incluyeron artículos publicados antes a la fecha señalada, aquellos que no se encontraran en revistas científicas, de carácter cuantitativo o cuyo tema no cumpliera con los criterios relacionados con género. Posteriormente se realizó una búsqueda adicional utilizando programas de Inteligencia Artificial como Research Rabbit y Open Knowledge Maps para identificar posibles artículos que pudieran incluirse. Tras valorar la validez de los artículos, se realizó una selección final de 16. La selección la han realizado la autora principal y aprobada por los coautores/coautoras, según la metodología empleada y la diversidad de los resultados. La búsqueda se realizó de febrero del 2024 a mayo del 2025.

Descripción de los estudios

A continuación, se presentan las 16 investigaciones que se utilizaron para el entretejido teórico de este artículo. En la tabla se contextualiza cada estudio, indicado que se investigó, en qué contexto geográfico y bajo qué marco epistémico. Se contemplan estudios situados en Reino Unido, Holanda, Australia, Irán, China, India, Canadá y Estados Unidos, principalmente con mujeres cisgénero heterosexuales o que se relacionan erótico-afectivamente con hombres, cuya lengua principal es el inglés. Sobre el método, la mayoría utilizaron como técnica de recogida de información entrevista semiestructurada o a profundidad, encuesta y autoetnografía, un estudio utilizó dibujos y una posterior entrevista. Partieron de posturas teóricas feminista, socio-constructivista, fenomenológica y ecológica (Ver tabla 1).

Autor y año	Objetivo	Método
Joanes, 2023	Analizar las experiencias desde el cuerpo-territorio y los bordes/fronteras en el SOP, cómo estos son sentidos y experimentados por el cuerpo con SOP.	Autoetnografía feminista /Inglaterra
Rohden & Sanguine, 2024	Analizar los testimonios públicos de las mujeres sobre su experiencia con SOP como discursos producidos y replicados entre usuarias de grupos de Facebook.	Análisis de discursos en redes sociales/ Mujeres angloparlantes
Soucie et al., 2022	Analizar las dinámicas de poder en los espacios médicos que moldean las narrativas de diagnóstico de mujeres con SOP y las formas en que las mujeres aprovechan su conocimiento corporal como formas de resistencia.	Entrevistas con perspectiva feminista /Canadá
Kitzinger et al., 2002	Analizaron las experiencias de mujeres con SOP, en torno a la construcción de su identidad como “mujeres”.	Entrevistas semiestructuradas/ paradigma feminista/ Inglaterra
Fatemeh et al., 2014	Explorar y documentar sus percepciones en torno al síndrome y cómo influye en sus roles de género	Entrevistas/ Irán
Samardzic et al., 2021	Comprender cómo se relacionaba el SOP con sus nociones de (a)normalidad	Entrevistas/ Feminista/ Canadá/
Soucie et al., 2020	Definir los mecanismos subyacentes en el retraso en el diagnóstico de SOP	Entrevistas/ Feminista Canadá
Thorpe et al., 2019	Conocer las percepciones mediante dibujos para conocer sus narrativas personales y metafóricas.	Dibujos/ Canadá.
Wright et al., 2024	Conocer las experiencias a lo largo de la vida analizadas bajo el modelo ecológico	Entrevistas/ Ecológico/ Estados Unidos

Pfister & Romer, 2017	Explorar las experiencias de mujeres con SOP focalizadas en el en el hirsutismo como uno de los síntomas más visibles.	Perspectiva socioconstructivista/ Entrevistas a profundidad/ Dinamarca
Pathak, 2021	Conocer las barreras en el manejo del SOP en mujeres de espacios urbanos de la India	Perspectiva eco-social/ Entrevistas/ India
Smith-Tran, 2017	Relatar la experiencia de tener esa condición, dar voz al manejo personal del SOP y el trabajo emocional que se envuelve con sentimientos contradictorias.	Autoetnografía/ Perspectiva sociológica/ Estados Unidos
Copp et al. 2022	Explorar las experiencias de manejo de SOP tanto por médicos como una muestra comunitaria de mujeres con SOP	Entrevistas/ Fenomenológico o/ Australia
Wang et al., 2023	Examinar las experiencias de salud mental, estrategias emocionales, apoyo social y necesidades de apoyo de las mujeres con SOP	Abordaje fenomenológico / China
Gomula & Blandford, 2024	Investigar cómo las mujeres con SOP en dos sistemas de salud diferentes se relacionan con los recursos de salud online y en redes sociales para entender este complejo y poco entendido síndrome endocrino.	Entrevistas /Estados Unidos y Reino Unido
Ismayilov & Yaya, 2022	Investigar las experiencias y satisfacción con el diagnóstico de SOP en Canadá, incluyendo la información provista y si sus necesidades al momento del diagnóstico fueron satisfechas.	Entrevista/ Canadá.

Resultados

Los estudios sobre las experiencias con SOP abarcaron como temáticas principales: cuerpo y género; diagnóstico, tratamiento, y gestión del SOP. Con fines de practicidad, utilizaremos estas categorías para explicar los enfoques y resultados de cada estudio.

Cuerpo y género

Aquí se presentan 8 artículos que se centran particularmente en la percepción de la corporalidad de mujeres con SP, los mandatos de género, y las prácticas de ajuste y control a dichos mandatos. De los estudios, 4 partían de una perspectiva feminista, 1 fenomenológica, y en 3 no se nombra. Los estudios son del norte global, a excepción del estudio de Fatemeh et al. (2014), el cual se localiza en Irán y Wang et al. (2023) que se realizó en China.

El estudio de Kitzinger & Willmott (2002) es el primer estudio cualitativo que relata las experiencias de mujeres con SOP desde una perspectiva feminista. Se realizó en Inglaterra utilizando entrevista semiestructuradas en mujeres con SOP de 25-34 años para analizar las experiencias de las mujeres relacionadas a la identidad de “mujer”. Encontraron que estas que sentían frustración y enojo por la falta de información que recibían de los profesionales del área de la salud durante el diagnóstico y que les etiquetaba como “inapropiadas” si tenían un rol más activo en la consulta médica. Mencionaron sentirse “Freaks” o anormales al fallar para cumplir con las normas de una feminidad o un “ser mujer” adecuado, lo cual definían como la ausencia de vello corporal, ciclos menstruales regulares y capacidad de tener hijos, es decir, ser mujer tenía una asociación con un aspecto y funcionalidad corporal. A su vez, si no se era femenina por ende se era masculina, había una preocupación de que sus “hormonas masculinas” fueran notorias (Kitzinger & Willmott, 2002). En torno al vello corporal, se nombran “mujeres barbonas y monstruos sin pelo”, algo que les despertaba vergüenza y se asociaba a lo masculino. A la par del reconocimiento de dichas conceptualizaciones de lo femenino, y la dificultad de ajustarse a ello teniendo una corporalidad con SOP, ellas comentan someterse a una serie de ajustes como depilación, tratamientos estéticos, dietas restrictivas, exceso de ejercicio. La menstruación era algo que “las hacia mujer”, por lo cual mantenían en secreto el funcionamiento de sus ciclos por el estigma que podía conllevar, incluso usando anticonceptivos orales (ACO) para simular un ciclo “normal”. Se mencionó que no se puede “solo dejar” el vello corporal, no cumplir con la feminidad es un fallo. En particular la infertilidad puede ser un tema que se viva en secreto, al considerar que el propósito de ser mujer se ha ido (Kitzinger & Willmott, 2002).

Las autoras concluyeron que el concepto de “mujer de verdad” es lo que fomenta una sensación de inadecuación en muchas mujeres, las prácticas

Los estudios analizan, desde enfoques diversos y métodos, la corporalidad, los discursos en redes sociales sobre SOP, las experiencias situadas en espacios médicos, los procesos de diagnóstico, los significados sociales del ser mujer y la feminidad, los vínculos afectivos en los que se relacionan las mujeres, y las emociones que estas experimentan.

Estrategia de análisis

Para el análisis se realizó una lectura inicial de los artículos seleccionados, en la cual se identificaron los tópicos clave que estos relataban. Posteriormente se conceptualizaron categorías clave que permitieron agrupar la información en ejes, las cuales fueron: cuerpo y género, diagnóstico, tratamiento y estrategias de gestión. Pese a la segmentación de las experiencias que se hace por fines académicos, se reconoce que cada testimonio puede estar atravesado por múltiples ejes, aunque a que se reporte en uno u otro.

disciplinarias como la pérdida de peso promueven y mantienen desbalances de poder en torno al género. Aun cuando se problematiza en las experiencias la noción de “normalidad” coexiste el deseo de formar parte de ella, y el miedo a ver el título de “mujer” revocado. Son necesarias explicaciones en torno al SOP que no refuercen la sensación de ser “freaks”. Lo anterior evidencia la construcción social de la mujer y la feminidad (Kitzinger & Willmott, 2002).

A su vez, Pfister & Romer (2017) exploraron las experiencias relacionadas al hirsutismo y al “hacer género” de mujeres danesas de 20-35 años con SOP, desde una perspectiva socioconstructivista del género. Las mujeres refirieron que el vello corporal (hirsutismo) es una señal de no ser una “mujer normal”, en consecuencia, experimentaban una sensación de ser diferente, antinatural, masculina. A la par, sentían que se trivializaba su malestar por el vello (al igual que el acné) al no ser considerado un síntoma “importante” pese a ser criterio diagnóstico del síndrome, dificultando que se trataran esos síntomas. También la lectura del vello corporal en los espacios médicos variaba de acuerdo con la ascendencia étnica, ya que en cuerpos racializados se asumió que el vello es “normal” generando retraso en el diagnóstico.

Las mujeres gestionaban la incomodidad respecto al vello ocultándolo con la ropa, aislándose, o removiéndolo. Las prácticas de producir y mantener feminidad requerían atención, tiempo y dinero, y eran un constante recordatorio de no ser parte de la “norma”. Las mujeres en sus treinta años gestionaban el vello desde la aceptación, el humor o la ironía. Por otra parte, el sentido de feminidad se ve interpelado en las relaciones sexoafectivas. Para algunas el vello iba en contra de ser femeninas y que eso era importante cuando se sostiene vínculos con hombres. La forma en que los hombres evalúan o perciben sus cuerpos influye en el autoconcepto de las mujeres, generando angustia, bajo deseo, o en otros casos llevando a la decisión de no sostener vínculos con los mismos para evitar “ese estrés” de ser vista (Pfister & Romer, 2017).

Se concluye que producir “excesos de vello” puede causar la sensación de estar en la frontera entre masculinidad y feminidad. Es importante reconocer que estas normas son reforzadas socialmente y que en distintos agentes de socialización como familia, amistades, medios sociales se hace recordatorias de las formas en que las mujeres deben modificar y presentar sus cuerpos, pudiendo haber un costo social de no cumplir con esos estándares. El ajuste y el desajuste a los estándares de género varía en cada mujer, por ejemplo, algunas se sienten más cómodas con “no cumplir” conforme envejecen, mientras que otra no quiere ser “extra-ordinarias”, si no, encajar en la “Matrix heterosexual” (Pfister & Romer, 2017).

A su vez, Samardzic et al. (2021) se centró en las

concepciones de (a)normalidad de mujeres jóvenes canadienses, desde una perspectiva feminista y social constructivista. Las mujeres jóvenes refieren que desde la menarquia (primera menstruación) identificaron que algo no iba bien con sus ciclos menstrual. Sin embargo, en sus contextos había un estándar abstracto sobre el ciclo menstrual y se asumía que después de “acomodaría solo” el ciclo. Respecto al vello, dos de las participantes mencionaron que se les decía que el vello abundante era por su ascendencia étnica, pese a que ellas notaban diferencia con otras mujeres fuera y dentro de su grupo étnico. Mientras que, para otras, el habitar un cuerpo gordo implicó que se les culpabilizara y regañara. Las mujeres se percibían no muy femeninas, sino masculinas, inadecuadas y que tenían que ajustarse a la presión social (mediante dietas restrictivas, anticonceptivos) para alcanzar el estándar de belleza, ser “delgadas y sin vello”.

Tenían miedo a “fallar” y no poder tener hijos, algunas llegaron a cuestionarse si pudieran estar en una relación con un hombre si no pueden “darle” hijos.

Se concluyó que el cuerpo de las mujeres es generizado y medicalizado, es un sitio de tensión en torno a los ideales patriarcales de feminidad y normalidad. Hacerle frente a la incomodidad puede ser una forma de dismantelar las concepciones de normalidad, por ejemplo, creando espacio para la variedad de tamaños, formas de tamaños y funciones y no fusionando delgadez con salud y mujer con madre. Se sugiere incluir la identidad de género y orientación sexual, por ejemplo, las mujeres queer viven diferente la performatividad de la feminidad normativa en comparación de las mujeres cis o heterosexuales (Samardzic et al., 2021).

Por otra parte, Fatemeh et al. (2014) investigó la percepción de mujeres Iraníes con SOP respecto a su esquema de género, la mayoría de las participantes tenían entre 25 y 34 años, no contaban con estudios universitarios y se encontraban casadas. Los resultados mostraron que estas mujeres experimentaban una autopercepción de falta de atractivo físico, sensación de pérdida de feminidad, disrupción de la función sexual, y disrupción de la funcionalidad de la fertilidad. Las mujeres mencionaron sentir vergüenza y culpa por los síntomas (aumento de peso, hirsutismo, pérdida de pelo, acné), que la belleza es una característica importante de ser mujer y que el SOP disminuía eso. En ocasiones estas percepciones son reforzadas por sus contextos, por ejemplo, que sus esposos comentaran que les incomodaba que ellas tuvieran vello, o que las culparan por tener “manierismos masculinos”. A su vez, sentía insatisfacción, vergüenza con sus esposos por la falta de deseo sexual por la incomodidad que sentían con su propio cuerpo. Respecto a la infertilidad, para algunas es el peor síntoma y una pérdida de sentido de ser mujer, ha representado peleas con esposos o el divorcio. En algunos casos se mencionan no querer sentirse

malagradecidas con Dios si no aceptan sus síntomas (Fateme et al., 2014).

Concluyeron que, para las mujeres con SOP tener hijos era algo que "faltaba" en sus matrimonios. Es necesario estudiar como los contextos culturales moldean las experiencias de las mujeres con SOP en torno a su perspectiva, específicamente relacionado a feminidad, belleza e imagen corporal. En este contexto factores como la religión, la cultura, en especial el rol de matrimonio juega un papel importante en la vivencia de las mujeres con SOP (Fateme et al., 2014).

Thorpe (et al., 2019) investigo las percepciones de mujeres con SOP mediante dibujos para conocer sus narrativas personales y metafóricas, de origen estadounidense y canadiense, participaron 83 mujeres y 6 personas no-binarias. El SOP fue entendido como una metáfora de control, adversario, pared o peso, era concebido como una fuerza que controla sus vidas y dicta como representa su cuerpo, dibujaron los síntomas: aumento de peso, vello facial y corporal, piel grasa, cabello delgado, y acné. Había una percepción de pérdida de autonomía, poco control sobre su apariencia, hormonas, emociones, relaciones, dieta, sensación física. El SOP también era visto como invasión que afectaba la capacidad de controlar y la previsibilidad (Thorpe, et al., 2019).

Thorpe (et al., 2019) investigo las percepciones de mujeres con SOP mediante dibujos para conocer sus narrativas personales y metafóricas, de origen estadounidense y canadiense, participaron 83 mujeres y 6 personas no-binarias. El SOP fue entendido como una metáfora de control, adversario, pared o peso, era concebido como una fuerza que controla sus vidas y dicta como representa su cuerpo, dibujaron los síntomas: aumento de peso, vello facial y corporal, piel grasa, cabello delgado, y acné. Había una percepción de pérdida de autonomía, poco control sobre su apariencia, hormonas, emociones, relaciones, dieta, sensación física. El SOP también era visto como invasión que afectaba la capacidad de controlar y la previsibilidad (Thorpe, et al., 2019).

Describieron su cuerpo como "deformado" y al SOP como adversario hacía referencia a burlas tanto por otros como por sí mismas, sentirse rotas y poco atractivas, que afectaba su autoestima, perder partes que las hace mujer y no tener control sobre ello. En sus vínculos con hombres se cuestionaron si debían sentirse "agradecidas" de que un hombre quiera estar con ella por sus características físicas, en ocasiones dándose valía en función a la atención masculina o la idea de perdida de esta (Thorpe, et al., 2019).

Los límites y barreras asociadas al SOP van relacionados con la inaccesibilidad a "una vida normal", bloqueo de experiencias deseadas o metas como embarazo, cierta comida, o actividades sociales. La menstruación irregular y el dolor menstrual eran una barrera en la cotidianidad.

Desde este enfoque concluyen que la inclusión de personas con SOP género-diversas y el dibujo fueron buenas herramientas a repetir en futuros estudios (Thorpe, et al., 2019).

Desde un paradigma fenomenológico en China, se entrevistaron a 14 mujeres de entre 19 y 35 años. Se buscó examinar las experiencias de salud mental, estrategias emocionales, apoyo social y necesidades de apoyo de las mujeres con SOP. Se encontró que las mujeres con SOP experimentaban distrés, ansiedad, depresión e insatisfacción con la imagen corporal. Las mujeres con alta eficacia en regulación emocional como la expresión emocional podían manejar mejor su distrés, mientras que la represión emocional lo empeoraba. La búsqueda de apoyo emocional de su red de apoyo y acceder a apoyo médico puede reducir los impactos físicos, psicológicos y sociales del SOP. Se señala que la insatisfacción con la apariencia física es una causa subyacente del distrés psicológico referido. A su vez, refieren que tener un cuerpo grande, acné, hirsutismo o cambios de talla les genera ansiedad, malestar e inferior a otras mujeres. La ausencia de menstruación podía despertar una ansiedad significativa en las mujeres con SOP, en ocasiones culparse a sí mismas por no poder "hacer crecer" folículos (Wang et al., 2023).

Por otra parte, la red social familia es considerada una "espada psicológica de doble filo" ya que podía ser beneficiosa en medida del apoyo recibido, por ejemplo, el esposo podía ser un apoyo cuando había abortos frecuentes mientras que para otras mujeres había una presión para tener hijos o falta de apoyo y entendimiento en sus familias. En conclusión, debido a las visiones tradicionales sobre la fertilidad, las mujeres con SOP están más sujetas a vivir discusiones y malentendidos alrededor de la fertilidad. A su vez, hay una gran necesidad de apoyo psicológico, ser escuchadas más allá de su familia y amistades (Wang et al., 2023). Mediante una autoetnografía desde los estudios críticos sobre la menstruación y las geopolíticas íntimas y feministas, Joanes (2023) se sitúa como una mujer cisgénero de piel morena en Reino Unido que busca explorar las dimensiones "sangrientas, vellosas y hormonales del SOP" para demostrar cómo estos aspectos corporales pueden utilizarse para rastrear la geopolítica de maneras íntimas e inesperadas. Reflexiona que para aquellas con SOP, el proceso de menstruación es complejo y no una experiencia monolítica, puede ser inconsciente, impredecible y fuera de las normas menstruales, seguir la pista de las fases del ciclo menstrual es un territorio inexplorado, que genera incertidumbre y desorientación. Más allá de lo médico, la sangre menstrual es socializada como disruptiva y a la vez un marcador femenino incriminatorio que toma espacio en lo público. Existe una intersección específica entre raza, género e hirsutismo, el vello presente en todos los seres humanos ha sido

históricamente utilizado desde la colonialidad como un marcador racial para justificar los determinismos biológicos.

El cuerpo con SOP es a la vez, altamente visible por su vello y generador de incomodidad ante los ideales de belleza occidentales, pero invisible para la medicina occidental, difícil de diagnosticar, trasciende las barreras de la visibilidad y el género mediante el vello, es sometido a significados y categorizaciones inscritas sobre que vello/pelo es aceptable y cual no; la medicina y la sociedad continúan describiendo el hirsutismo como anormal y no deseado en el cuerpo femenino. Por otra parte, el dolor de remover el vello envuelve herramientas o prácticas de violencia que alteran temporalmente el borde externo del cuerpo. El conflicto interno de remover el vello está envuelto con la multiplicidad, materialidad y agencia sobre el vello del cuerpo con SOP (Joanes, 2023).

Se concluye que, al ubicarse en los márgenes del cuerpo territorial con SOP, el vello fue útil para comprender las fronteras materiales del cuerpo, así como la forma en que las fronteras construidas socialmente se encarnan y se utilizan para demarcar la identidad entre los cuerpos. El cuerpo con SOP trasciende las fronteras sin esfuerzo, a pesar de ser continuamente marginado y excluido de la sociedad normativa menstrual (Joanes, 2023).

Otro abordaje a las experiencias fue el estudio de los discursos sobre SOP producidos y replicados por usuarias de grupos de apoyo angloparlantes para mujeres con SOP en Facebook, partieron de un paradigma performativo del género. Se encontró que la noción del antes-después es popular en los grupos, la búsqueda de reforzar y asistir los proyectos de transformación personal narrados en las publicaciones. El objetivo deseado era la pérdida de peso, el manejo del vello, la reducción del acné, o en algunos casos lograr, un embarazo. Se socializaban prácticas de control corporal para "manejar" el SOP, relacionadas a que se come, cuanto se come, que medicamento o suplemente se debe consumir y si se consume adecuadamente. Las fotos relacionadas al tamaño del cuerpo a menudo se acompañan de testimonios de insatisfacción, inseguridad o sufrimiento. A su vez, se compartían imágenes para analizar la cantidad, grosor, coloración y ubicación del vello corporal, referían que vivir con SOP es una montaña rusa de cambios en el cuerpo, por lo cual tienden a estar hiperalerta y estableciendo rutinas de cuidado específicas. También se encontró que el dolor corporal se normalizaba cuando el resultado es a producción de un cuerpo que no les despertara incomodidad estética (Rohden & Sanguine, 2024).

Se concluyó que, si no estuviéramos en una sociedad que enfatizará estándares tan demandantes para el cuerpo femenino, el sufrimiento de mujeres con SOP no sería tan intenso. La piel suave, la ausencia de vello en lugares "no-deseables" y una silueta delgada son

asociadas con un modelo del cuerpo femenino producido y valorado históricamente. Mediante los estándares referenciados por los medicados y deseados por las mujeres, intervenciones y prácticas normalizadas se convierten en actualizaciones o recitaciones de la norma binaria de género que prescribe la existencia de cuerpos altamente diferentes. Parte de este proceso es promover ideales compulsivamente asumidos por tanta gente que no se puede reconocer alternativas o estándares divergentes o viables en este modelo social (Rohden & Sanguine, 2024).

Diagnóstico y tratamiento: barreras y formas de gestión.

En esta sección se incluyen artículos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y formas de gestión del SOP, con especial atención a las barreras y facilitadores del diagnóstico, así como a las estrategias de resistencia de las mujeres con esta condición. De los ocho estudios que conforman esta sección, dos parten desde la perspectiva ecológica, dos con perspectiva feminista, 1 constructivista, uno fenomenológico, los demás no lo mencionan de forma explícita. La mayoría de los estudios son del norte global, a excepción de 1 estudio realizado en India (Pathak, 2021).

Para identificar los mecanismos subyacentes al retraso en el diagnóstico en las interacciones paciente-médico se entrevistó a mujeres de entre 18 y 47 años en Canadá, desde una perspectiva feminista crítica socio-constructivista. En la adolescencia los síntomas que identificaban las hicieron sentir confundidas y anormales, pero que en consulta médica les dijeron que no eran tan serios. Les comentaban que al crecer sus ciclos se regularizarían o que volvieran si quería hijos. Había un foco en el factor reproductivo de la salud, y no en que ellas referían ausencia de menstruación, dolor al menstruar y/o hemorragias menstruales (Soucie et al., 2020).

Refirieron haber tenido experiencias negativas con los profesionales del área de la salud, describiéndolos como carentes de empatía, fríos, calculadores, menospreciativos, insensibles, abrasivos, presionando y poco antes a sus síntomas. Mencionaron que faltaban explicaciones sobre el síndrome, el tratamiento, que se hacían comentarios culpabilizantes sobre el peso, o se les decía que si bajaban de peso se arreglarían los síntomas. Muchas veces en consecuencia las mujeres desarrollaban Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCAs), malestar emocional o historial de dietas restrictivas, desesperanza, derrota, soledad, vergüenza o sensación de abrumar.

En algunos casos se asumía el hirsutismo como algo racial, generando una ambigüedad. Refieren desconfianza de las opciones de tratamiento, sobre todo cuando los anticonceptivos eran la primera línea o la única opción, sin información sobre efectos secundarios

y complicaciones, estos enmascaraban los síntomas, pero no las hacían sentir sanas (Soucie et al., 2020).

En respuesta, las mujeres con SOP ejercían prácticas de autoeducación y lucha por sus derechos, por ejemplo, exploración de respuestas en internet sobre la gestión del SOP, ya sea mediante artículos científicos o la búsqueda de comunidad y experiencias de otras mujeres. A la par, se buscaba compartir el propio testimonio, concientizar sobre el SOP, visibilizar con personas cercanas, crear redes y comunidad (Soucie et al., 2020).

Concluyeron que las comunicaciones paciente-médico fueron un obstáculo para recibir un diagnóstico y un plan de tratamiento, generando un impacto en la ansiedad sobre el futuro y la preocupación por el progreso de la enfermedad. A lo que ellas generando estrategias de autogestión del síndrome. Se reflejó el mundo donde las mujeres históricamente se han visto invalidadas y sus preocupaciones en salud han sido consideradas "problemas de mujeres" y atribuidas a la "fragilidad femenina". Los síntomas son solo tomados en cuenta si ponen en riesgo la fertilidad y por lo tanto la "maternidad" de las mujeres (Soucie et al., 2020).

A su vez, también en Canadá, Ismayilova & Yaya (2022) investigaron las experiencias y satisfacción en el diagnóstico de mujeres con SOP. Entrevistaron a 25 mujeres de entre 25 y 30, en su mayoría blancas/caucásicas (72%). Se encontró como barrera que los médicos tuvieran poco conocimiento sobre el SOP dificultando la identificación de síntomas y el diagnóstico diferencial. Se encontró que la edad y el tamaño del cuerpo eran características que se sesgaban, por ejemplo, que si eran adolescentes con irregularidad menstrual no eran considerada la sospecha de SOP o si eran mujeres en cuerpos grandes se asumía que el peso era el causante de sus síntomas. Por otra parte, el que los médicos tuvieran concientización en SOP, fueran atentos, proactivos y empáticos conllevo un facilitador para el diagnóstico. Al igual que cuando las mujeres se abogaban por sí mismas en consulta o cuando realizaban ejercicios de autoeducación previo a las consultas (Ismayilova, & Yaya, 2022).

También comentando que no recibían suficiente información sobre las características de la condición, que no se les hacía partícipes del proceso de diagnóstico y tratamiento, por ejemplo, al no compartirles los resultados de las pruebas que les aplicaban. Por otra parte, refirieron que sus síntomas no eran tomados en cuenta, que se les debatían, ignoraban o interrumpían lo que afectaba la confianza depositada en el médico.

Se encontraron variaciones en la experiencia en torno a la edad, por ejemplo, que los síntomas vividos en la adolescencia y adultez temprana no eran identificados como tales por ellas ni por sus cuidadores, los periodos dolorosos o con sangrado abundante a veces no era tomado como señal de alarma (Ismayilova, & Yaya, 2022).

El que las mujeres abogaran por sí mismas, presionaran más por obtener respuestas u otros tratamientos, la autoeducación antes y después del diagnóstico, la concientización mediante redes de amigas o mujeres que hablan sobre sus cuerpos y condiciones de salud, la agencia sobre al tratamiento, es decir, poder elegir o despedir a sus médicos si no se sienten seguras con estos fueron facilitadores para el diagnóstico. Concluyen que para acelerar el diagnóstico de SOP, se debería educar y concientizar a los médicos de primera línea, mayor divulgación sobre el SOP con mujeres y comunidad en general, lo cual podría ser mediante atender los estigmas alrededor del síndrome, es decir la noción de que los síntomas son poco "deseables" para los estándares de belleza femenina generando. También se recomienda que se generen recursos como grupos de apoyo para mujeres con SOP de diferentes edad y apoyos a salud mental (Ismayilova, & Yaya, 2022).

Por otra parte, desde un paradigma ecológico, con 72 mujeres estadounidenses mayores de 43 años, de las cuales 68 eran blancas, 3 negras y 1 latina, se exploró cómo las percepciones sobre el SOP de mujeres en la peri-menopausia han cambiado a lo largo de su vida. Las mujeres refirieron que al momento del diagnóstico se les dijo que perdieran peso y volvieran cuando quisieran quedar embarazadas, no ser tomadas en cuenta por síntomas como irregularidad menstrual o hirsutismo. Mencionan que pese a los síntomas persistentes y la presencia de comorbilidades estos reciben menor atención médica, comentan que sigue habiendo un desierto de información y pocas respuestas, sobre todo en relación con la etapa de la perimenopausia y el SOP. En algunos casos, buscaron opciones en las medicinas alternativas (Wright, et al., 2024).

Las mujeres comentan que les hubiera gustado saber antes lo que con los años fueron aprendiendo sobre el SOP. Las secuelas físicas y/o psicológicas pueden empeorar o priorizarse con el paso del tiempo, físicamente sus prioridades cambiaron, por ejemplo, querer trabajar las comorbilidades y la menopausia en vez de la fertilidad, notan que los malestares psicológicos persistieron, y que socialmente la expectativa hacia las mujeres sigue siendo tener y criar hijos, lo cual no es accesible para todas las mujeres con SOP. La perspectiva con la que manejaban lo anterior podía ser mediante la resignación o la reformulación positiva (Wright, et al., 2024).

Concluyeron, que desde una mirada ecológica fuera del modelo biomédico, se puede analizar en el mesosistema la desconfianza hacia el personal médico sobre todo si la aproximación del tratamiento se dirige mayoritariamente hacia mujeres que quieran trabajar la fertilidad, en el exosistema las fuerzas externas que afectan el curso del SOP durante la vida como los seguros y políticas de salud y en el macrosistema las normas culturales que influyen el desarrollo de las mujeres durante su vida,

sobre todo los estándares de belleza que reportan tanto en su juventud como en su adultez. Las experiencias y mentalidad cambian de persona a persona, así como la experiencia varía con el tiempo (Wright, et al., 2024).

Desde una perspectiva ecosocial en India, se estudiaron las barreras en el manejo del SOP en mujeres de clase media profesional que hablaban inglés, hindú o marathi. Los resultados mostraron que los primeros síntomas del SOP a menudo se confundían con signos de la adolescencia, que en las consultas médicas había poco espacio para preguntas o clarificaciones, falta de sensibilidad cuando se habla del peso, tratamiento pesocentrista, citas de 10 minutos o menos. Esto conllevaba desesperanza, menor apego al tratamiento, evitar ir a las citas de seguimiento o tener desconfianza hacia los médicos, suspender el tratamiento sin supervisión (Pathak, 2021).

Las mujeres elegían tratamientos homeopáticos, se sentían en confianza cuando se les explicaban las cosas claramente, también había un componente cultural donde la salud es socializada constantemente, coloquialmente referían en el artículo “todos son médicos” implicando que había mucha información y consejos sobre la gestión de salud, lo que hacía difícil elegir una sola perspectiva. También la alimentación es un hecho social, hay una presión de contexto de continuar comiendo en festividades, reuniones, “no estar flaca”, lo que contrasta con otros contextos geográficos. Concluyen que es necesario un cambio de actitudes en la atención médica, que debe haber aproximaciones más empáticas y sensibles hacia las preocupaciones de las pacientes que permitan ver las relaciones médico-paciente como colaborativas (Pathak, 2021).

Desde una perspectiva fenomenológica se exploraron las experiencias del manejo del SOP en mujeres australianas (Copp et al., 2022). Se encontró que las pocas opciones de tratamiento generaban insatisfacción, por ejemplo, los efectos secundarios de los ACO, los problemas gastrointestinales de la metformina o que solo se enmascararan los síntomas y no se reparara de fondo el desbalance del SOP. La recomendación de bajar de peso fue una constante que generaba frustración, o que si se era delgada les dijeran que no parecía que tuvieran SOP.

Ante estas circunstancias las mujeres podían dejar de asistir a sus citas, buscar tratamientos alternativos como suplementos, homeopatía y aceites esenciales, o realizar búsquedas exhaustivas en internet para encontrar referentes. Los grupos de apoyo podían representar motivación y ser una fuente de información para algunas, y para otras generarles evitación o considerarlos no útiles. Como conclusión, es importante que los médicos atiendan las preocupaciones que se presentan de forma individual, así como relacionar las discusiones sobre el peso con SOP, para que las mujeres no sientan que su tratamiento va únicamente en esa dirección. Las voces

de las mujeres deberían ser referencia para el tratamiento de sus condiciones de salud (Copp et al., 2022).

Para analizar las interacciones médico-paciente relacionadas al sexismo, opresión y jerarquías se establecen en los espacios médicos y las respuestas de las mujeres ante estos desde una perspectiva feminista, se entrevistó a mujeres canadienses de 18-47 años, de las cuales 77% se identificaron como caucásicas. Encontraron las formas en que los médicos ejercen poder hacia las mujeres, y las formas de respuesta de estas. Entre las formas de ejercer poder se encuentran: resistencia en referir a las mujeres con especialistas, negarse a hacer pruebas, usar un tratamiento para todo, focalizarse exclusivamente en la fertilidad, y tener pobre guía de manejo a largo plazo. A su vez comentan que aun cuando llevaran inquietudes sobre malestares en su cuerpo, podían ser ignorados o desmeritados (Soucie et al., 2022).

A su vez, las experiencias podían variar con las interseccionalidades de edad, raza, peso y estatus socioeconómico. Cuando las mujeres buscan diagnóstico en la adolescencia y adultez emergente, sus síntomas eran atribuidos al desarrollo del ciclo, a menos que hubiera algún otro adulto presente durante la consulta que secundara sus preocupaciones. A su vez algunas participantes refieren que sus síntomas se atribuían a su etnia, mientras que a las mujeres de cuerpo grande se les culpabilizaba por su peso, y se le atribuían los síntomas a este, generando un tratamiento basado en bajar de peso. Por otra parte, el acceso a tratamientos para el SOP está mediado por el estatus socioeconómico, al existir barreras financieras y dificultad en financiar ciertos medicamentos o procedimientos, en particular, algunas participantes protestan sobre como el Viagra es cubierto por el seguro canadiense, mientras que otros medicamentos que utilizan las mujeres no son tomados en consideración (Soucie et al., 2022).

Ante esto las mujeres refieren sentir ansiedad, enojo, frustración, vergüenza y desesperanza, a su vez, terminaron dudando de su mismas y sus propias experiencias, y en otros casos, sintiendo desconfianza ante las instituciones médicas y evitando acudir a esos espacios. Las mujeres fueron asertivas, confrontaron, fueron informadas a las citas como forma de construir una interacción recíproca y salir del rol pasivo, además eran prácticas que socializaban con otras mujeres. De forma individual ejercían la hipervigilancia para estar en sintonía con sus cuerpos y conocer sus biomarcadores. También tendía a la búsqueda de apoyo colectivo, difundir sus historias en grupos virtuales, socializaban el conocimiento y las estrategias de construir confianza y empoderamiento colectivo (Soucie et al., 2022).

Como conclusión, documentar las experiencias de las mujeres desde el marco sociopolítico de los discursos, permitió identificar cuando las comunicaciones paciente-

médico fueron un obstáculo para el diagnóstico y tratamiento, y formas de resistencia que las mujeres tuvieron como el uso de redes sociales para obtener información y apoyo. Dichas experiencias también son un reflejo de la visión patriarcal que históricamente ha desvalidado las preocupaciones de las mujeres respecto a su salud y construido una imagen de "fragilidad femenina", donde solo se escuchan los síntomas si atentan contra la posibilidad de una maternidad (Soucie et al., 2022).

Por otra parte, Gomula et al. (2024) investigaron, desde un paradigma constructivista, cómo las mujeres con SOP se relacionan con los recursos de salud online y redes sociales para entender al SOP, para lo cual, se entrevistaron a 8 mujeres de Estados Unidos y 7 de Reino Unido. Encontraron que las mujeres referían necesitar más información por parte de sus médicos y en consecuencia desarrollaban estrategias para la búsqueda de dicha información. A su vez, había una búsqueda de definir lo "normal", compararse con mujeres "normales" y con mujeres con SOP para encontrar su propia definición de "normalidad".

Experimentaron insatisfacción con la consulta médica, sentían que solo se prescribían anticonceptivos y faltaba un rango más amplio de tratamientos, que no terminaban de comprender el SOP, y que había poco apoyo emocional. Recurrían tanto a experiencias personales como a artículos científicos en sus búsquedas de información, las experiencias ofrecían apoyo emocional y las hacían sentir menos solas, sin embargo, no representaban soluciones definitivas o generalizables. Analizaban que información era confiable o relevante para ellas, podían preferir la experiencial o los artículos científicos dependiendo la perspectiva personal, a menudo revisando ambas fuentes antes de tomar decisiones sobre tratamientos y estilo de vida (Gomula et al., 2024).

Al compararse con otras mujeres se sentían anormales y diferentes debido a los síntomas, para algunas la falta de feminidad percibida causaba preguntas sobre si merecían o no amor. Trataron encontrar lo que es "normal" para SOP, los grupos de apoyo podían inspirar o desmotivar según el caso, las experiencias varían y a veces puede ser difícil simpatizar con quien tiene otros síntomas. A su vez, la búsqueda de lo normal para sí mismas implicaba ejercicios de ensayo y error con medicamentos y cambios del estilo de vida, para sentir mayor control sobre su futuro y comodidad con sus cuerpos, reconociendo que ese proceso implica esfuerzo, tiempo y emociones mezcladas. Concluyen que la incertidumbre es un catalizador para la búsqueda de estrategias, y que es necesario considerar otras características como raza, cultura y diversidad sexual en futuros estudios (Gomula et al., 2024).

Por último, mediante una autoetnografía la socióloga negra estadounidense Smith-Tran (2017) exploró su manejo del SOP, el trabajo emocional y formas de gestión de la enfermedad. Comienza analizando el

impacto del diagnóstico en ella, la mezcla de emociones que sintió en contraste con la jovialidad con la que su médica le hizo saber que tenía SOP. El veredicto del diagnóstico implicó que se hiciera "real" la dificultad en embarazarse, el riesgo a la diabetes y que el manejo del peso, acné y vello facial será parte de su vida. Se sentía enojada y triste con su cuerpo. Paso por el proceso de revelar su condición a sus amistades y familia, lo cual vivió con ansiedad y dudas, con la sensación de que los demás no dimensionaban el impacto del SOP. Una de las estrategias empleadas fue la práctica de ejercicio de fuerza para el manejo del SOP. La autora concluye que para las mujeres con SOP puede resultar contradictorio practicar hacer un deporte estereotípicamente masculino con el objetivo de ganar músculo (otro ideal considerado masculino) para sentirse más femeninas, ya que el aumento de masa muscular contribuye a reducir los síntomas de vello facial, acné, peso corporal y regula la ovulación (Smith-Tran, 2017). Los mandatos de género que se relatan en las experiencias de mujeres con SOP se relacionan con la belleza, la delgadez, menstruar y la fertilidad, estas expectativas son reforzadas en sus vínculos y contextos, particularmente en los espacios médicos. El que se homogeneice el estándar de salud con uno de belleza conlleva un sesgo para la atención a la salud de las mujeres.

Discusiones y conclusiones

Las experiencias de las mujeres con SOP que se han documentado en la literatura académica parten principalmente de contextos de mujeres cuya primera lengua era el inglés, con que se identificaban como caucásicas/europeas, y heterosexuales o que se vinculaban erótica-afectivamente principalmente con hombres. Algunos estudios nombraban otras ascendencias étnicas, aunque representaran menor porcentaje, no en todos se especifica en los resultados algo que permita identificar diferencias.

Los estudios de China, India e Irán permiten contrastar y encontrar variaciones en las experiencias y contextos de las mujeres. Si bien, estas experiencias no representan la forma en que se vive el SOP en México y América Latina, sí dan una mirada al impacto del contexto en la experiencia individual de una corporalidad determinada. Además, permite reconocer los huecos teóricos sobre las experiencias de mujeres con SOP en contexto latinoamericano o que sean atravesadas por otras interseccionalidades como orientación sexual, tamaño del cuerpo, raza, y clase social.

Los estudios partieron de diferentes paradigmas como el ecológico, constructivista, fenomenológico y feminista. En particular, los estudios que incluyeron una perspectiva feminista abogaban por reconocer los factores asociados al malestar de mujeres con SOP, a la par de reconocer sus formas de resistencia ya fueran epistemológicas, colectivas y sociales, individuales y de resignificación como un acto político y necesario. A su vez, nombraban las emociones como actos de resistencia en sí mismo, y que se deben evaluar en el marco de las expectativas irreales hacia las mujeres y la importancia de nombrar las incongruencias y fallos del sistema binario de género.

Por otra parte, las técnicas que se utilizaron en mayor

medida fueron individuales (entrevista, línea del tiempo y autoetnografía), por lo cual consideramos que un método colectivo, dialógico y que incluya técnicas creativas podría promover nuevos conocimientos y reflexiones.

Similitudes y variaciones

Las mujeres con SOP identificaban los síntomas principales del SOP, las emociones que les despertaba su cuerpo, narrativas en torno a su experiencia como personas menstruantes y el contraste con las normas menstruales de sus contextos. Los síntomas del SOP de forma inintencionada trascienden las barreras de la diferenciación sexual dicotómica, posicionando las corporalidades de muchas mujeres en un espacio ni masculino, ni femenino. Lo cual, para muchas implicaba un esfuerzo a ajustarse a mandatos de un cuerpo "femenino", el vello era considerado un marcador de género.

Las normas de género se subjetivaban al punto de convertirse en un mandato a cumplir. A las mujeres con SOP se les prescribe un rol de madre-esposas y una apariencia "femenina" que muchas veces les es imposible alcanzar o que las llevar a realizar ajustes y prácticas corporales para acceder a ese ideal, el cual se homogeneiza con un estándar de salud. Es decir, las normas de género además de implicar un rol, prácticas, emociones y formas de vincularse, también implicaba alcanzar cierta corporalidad asociada con la belleza.

Los mandatos de género a pesar de experimentarse de forma individual también eran reforzados por sus contextos, por ejemplo, en las amistades, familia o en la pareja. Particularmente, la mirada masculina y los vínculos erótico-afectivos con hombres era un tema de malestar al sentir que debían cumplir con verse de cierta manera para mantener el vínculo, y/o que debían cumplir con poder embarazarse en algún punto.

Cabe mencionar que, en algunos contextos, el salirse de los guiones de género (por ejemplo, no maternando) hace que las mujeres sean más vulnerables a sufrir violencia de género por parte sus parejas (Atijosan, 2021). Por lo cual el ajuste o desajuste a las normas de género no es una cuestión individual, hay un costo social al no cumplir los mandatos de género.

Por otra parte, las normas de género se reproducían en los grupos de apoyo en redes virtuales para mujeres con SOP donde se socializan discursos en torno a cómo "cuidarse", lo cual se convertía en un mandato que implicaba rutinas, procedimientos estéticos, formas de gestionar el SOP donde la apariencia del cuerpo marca que tan sana estás. Los vínculos interpersonales y los espacios que se habitan pueden conllevar la deconstrucción de normas de género o el reforzamiento de estos.

En los espacios médicos las mujeres referían la falta de información respecto al síndrome, el foco del tratamiento únicamente en los aspectos reproductivos, no sentirse en control de su tratamiento, prácticas y comentarios

gordofóbicos, actitudes y tratos violentos de parte de los prestadores de servicios de salud.

En consecuencia, las mujeres construían sus estrategias de resistencia. Por ejemplo, la búsqueda de agencia sobre el propio tratamiento mediante la búsqueda de información por su cuenta, la deconstrucción de guiones de género, abogar por sí mismas mediante la confrontación, las preguntas y asertividad, elegir a sus médicos/as. A su vez, se mencionan las redes entre mujeres y los grupos de apoyo como espacios de mentoría y socialización de prácticas, de forma individual el autoconocimiento sobre el propio cuerpo, la resignificación de los síntomas y la búsqueda de disidencias estéticas.

Actualmente se ha ido transformando el rol del "paciente" en la gestión de la salud, sobre todo en un contexto neoliberal donde el cuidado a la salud se convierte en una responsabilidad individual, las formas de gestionar la salud migran fuera de los sistemas de salud. Sin embargo, el acceso a la gestión de la salud no depende únicamente del país o ciudad de residencia, sino también de las condiciones de vida, la desigualdad que puede afectarlas de manera diferenciada debido a otros sistemas de opresión (Soucie et al., 2022; Valls-Llobet, 2020). No obstante, aún hay una deuda histórica de las ciencias de la salud hacia las mujeres, muchas mujeres con SOP continúan sin acceso a diagnóstico o ven truncada la gestión de su salud.

Mirada interseccional

En los estudios se relatan variaciones en la experiencia cuando se ven interpeladas otras características además del sexo o el género. En particular, la cultura, la etnia, edad, tamaño del cuerpo, identidad de género y estatus socioeconómico. Se reporta que las mujeres racionalizadas, gordas, de clase social baja o adolescentes viven una experiencia diferente, desde retraso en el diagnóstico, culpabilizaciones y/o menor acceso a un tratamiento integral.

En el caso de la edad, las mujeres consideran que sus síntomas fueron ignorados en la adolescencia o adultez temprano por los médicos. Si bien, dentro de las guías de diagnóstico internacional se recomienda no realizar un diagnóstico en esta etapa (Teede et al., 2023), se recomiendan manejos más empáticos respecto a las dudas y malestares corporales que las mujeres refieran en consulta independientemente de su edad o etapa vital. En contexto canadiense las respuestas de las mujeres tuvieron muchas similitudes entre sí, sobre todo en el abordaje y formas de gestión, mientras que, en India (Pathak, 2021), se mencionaron otras prácticas fuera de los espacios biomédicos y el rol de la comunidad en la gestión de la enfermedad. Los factores culturales impactan en la vivencia de las mujeres con SOP, por ejemplo, en el caso de Irán (Fatemeh et al., 2014), las mujeres refieren con mayor frecuencia preocupación sobre la perspectiva de sus esposos y la religión. Lo cual

indica que sería importante estudiar otros contextos culturales fuera de los angloparlantes, ya que no se puede homogeneizar los sistemas sociales en los que habitan las mujeres con SOP.

Los vínculos sexoafectivos con los hombres y las expectativas que se asume que estos tendrán de las mujeres fueron un factor de estrés para las mujeres. Por otra parte, se reporta que algunas personas no binarias reformulan los síntomas “masculinizantes” e incluso los encuentran positivos al afirmar su identidad de género (Williams, 2023). Lo cual también abre el cuestionamiento sobre cuál es la experiencia de las mujeres que se vinculan sexo-afectivamente con otras mujeres o personas no binarias, si no estuvieran esas expectativas a la hora de vincularse en pareja qué impacto tendrían los síntomas, qué tanto el ajuste a una norma binaria y rígida produce malestar emocional, más allá del síndrome en sí, y preguntarnos qué tipo de tratamientos se podrían construir para el SOP que no se relacionen a cumplir con un mandato de feminidad.

Recomendaciones

Lo anterior nos permite reconocer los huecos teóricos y prácticos en el abordaje del SOP, la salud de las mujeres y el reconocimiento del valor epistémico de las experiencias de las mujeres en toda su heterogeneidad. Como se mencionó previamente, hay un predominio de un tipo de reflexión androcéntrica centrada en el cumplimiento de roles asociados a la belleza y cumplimiento de los roles de madre-esposa.

El sistema sexo-género desde el que se construyen, refuerzan o promueven formas de percibir lo masculino y lo femenino, cambia en el espacio y tiempo, se actualiza constantemente, impactando lo individual, relacional y estructural (Butler, 2006; Lauretis, 1996; Ciccía, 2023). La ciencia ha sido atravesada por dichos discursos, impactando en la forma de conceptualizar y atender la salud de las mujeres (Dauder, 2020; Valls-Llobet, 2020). Por lo cual, las normas de género que experimentan las mujeres en contexto mexicano pueden variar a los documentados en esta investigación, a su vez, las experiencias están mediadas por el acceso a servicios de salud que tengan las mujeres.

Los mandatos de género no son iguales para las mujeres que habitan en contextos colonizados (Lugones, 2008), pues mientras las mujeres blancas han sido relegadas al hogar y reproducción, las mujeres racializadas y en situación de pobreza han tenido dobles o triple cargas laborales, mayores índices de violencia y desigualdad en contextos latinoamericanos. A su vez, los sistemas de salud latinoamericanos tienen otro tipo de carencias que impactan en el acceso a la salud de las mujeres mexicanas con SOP (Lopez-Cervantes et al., 2011).

La mirada interseccional reconoce que hay variaciones en la experiencia por edad, situación sentimental, raza, orientación sexual, estatus socioeconómico, diversidad sexo-genérica, tamaño del cuerpo, y marco cultural. Se

recomienda incluir en futuros estudios una perspectiva interseccional como eje de análisis para identificar como otros sistemas de opresión impactan en las experiencias de las mujeres con SOP y que conocimientos situados (Haraway, 1995) se construyen en dichos contextos.

En el caso de México la interseccionalidad es especialmente importante para comprender el costo económico que implica para las mujeres con SOP la gestión del síndrome, considerando que el sistema de salud público está dirigido a personas del sector de trabajo formal (Lopez-Cervantes et al., 2011) y que las mujeres son quienes en mayor medida se encuentran dentro del sector de trabajo informal o en trabajos no remunerados (Moctezuma et al., 2014). Entonces, el mandato de feminidad no es solo una carga simbólica si no económica, que impacta de forma diferencial por clase social.

Desde una psicología con perspectiva de género-feminista, es necesario documentar cuáles son las experiencias de malestar de las mujeres con SOP y de que forma el contexto social impacta en ese malestar, esto con el fin de construir abordajes sensibles a las necesidades de las mujeres con SOP sin caer en paradigmas asistencialistas (Williams, 2023). Por otra parte, las experiencias de las mujeres también permiten visibilizar las estructuras de poder en sus contextos, como primer paso a la desnormalización de estas.

La falta de educación menstrual a temprana edad y en las comunidades puede impactar en que sea más difícil que las mujeres identifiquen cuando su ciclo no es “normal”. Por lo cual, es importante la reducción del tabú menstrual y la construcción de espacios educativos y de socialización sobre el ciclo menstrual como una forma de agencia sobre el propio cuerpo y la salud, y autoconocimiento (Ramírez, 2022). Se sugiere un abordaje situado desde perspectiva feminista y de las pedagogías menstruales permitiría conocer cómo se entretienen los factores macrosociales, las normas de género y menstruales en un contexto mexicano, a través de la experiencia de mujeres con SOP.

Más allá del ámbito académico, es importante destacar que el SOP ha sido un síndrome históricamente invisibilizado y estigmatizado (Williams, 2023). Por ello, su estudio no solo implica investigación, sino también visibilización, continuidad del diálogo y diversificación de los enfoques, perspectivas y debates, especialmente desde la psicología. Es necesaria la escucha a las mujeres con SOP como expertas en su propia experiencia, una atención a la salud donde se les reconozca como sujetas políticas, e identificar el impacto de los mandatos de género en el malestar experimentado por las mujeres y en la relación que estas construyen con sus cuerpos. Los espacios colectivos de reflexión y construcción de estrategias son ideales para el fortalecimiento de las mujeres.

Referencia

- Arangué, T., (2018). La reivindicación feminista del derecho a la salud. *Revista internacional de filosofía*, 22, 239-251
- Atijosan, A. B. (2021). Torturing the helpless: A review of PCOS induced infertility from a gender perspective. *Journal of Gender and Power*, 14(2), 157–168. <https://doi.org/10.2478/jgp-2020-0019>
- Blázquez, M., (2021). La biomedicalización de las vidas de las mujeres: una revisión de sus dimensiones desde las publicaciones en español, *revista internacional de sociología*, 79(2), 1-13
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género* (P. Caravantes, Trad.). Paidós
- Castro, R., Rojas, K., Min, H., (2023). Actualización sobre el síndrome de ovario poliquístico. *Revista Médica Sinergia*, 8(2), 1-9
- Ciccía, L. (2023). Sexo/género. En N. Blázquez Graf, M. P. Castañeda Salgado, C. N. Meloni González, M. M. Pessina Itriago, L. Platero, D. Suárez Tomé, L. A. Zahonero, E. Pérez Sedeño, & N. Sánchez Madrid (Drs.), *Enciclopedia crítica del género: una cartografía contemporánea de los principales saberes y debates de los estudios de género* (pp. 281-289). Arpa
- Copp, T., Muscat, D. M., Hersch, J., McCaffery, K. J., Doust, J., Dokras, A., Mol, B. W., & Jansen, J. (2022). The challenges with managing polycystic ovary syndrome: A qualitative study of women's and clinicians' experiences. *Patient Education and Counseling*, 105(3), 719–725. <https://doi.org/10.1016/j.pcc.2021.05.038>
- Dauder, d., Guzmán, F., (2019). Locura y feminismo: viajes de sujeción y resistencia. *Atopos*, 20, p. 57-82
- Dauder, D., (2020). La teoría crítica feminista como correctivo epistémico en psicología. *Atlánticas-Revista Internacional de estudios feministas*, 4(1), p. 117-150 DOI: <http://dx.doi.org/10.17979/arief.2019.4.1.4843>
- Federici, S. (2022). *Ir más allá de la piel: repensar, rehacer y reivindicar el cuerpo en el capitalismo contemporáneo*. Traficantes de Sueños.
- Gertrud Pfister & Kristine Römer (2017) "It's not very feminine to have a mustache": Experiences of Danish women with polycystic ovary syndrome, *Health Care for Women International*, 38:2, 167-186, DOI: 10.1080/07399332.2016.1236108
- Guerrero, D., (2022). Epidemiología Feminista. Una propuesta para pensar la determinación social de la salud. Bajo el Volcán, *Revista del posgrado de Sociología BUAP*, 3(5), 451-475
- Gomula, J., Blandford, A., (2024). Women's use of online health and social media resources to make sense of their polycystic ovary syndrome (PCOS) diagnosis: a qualitative study, *BMC Women's Health*, 24, 1-13
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza*. Madrid: Catedra Harding, Sandra (1987) 'The Method Question', *Hypatia*, 2(3), 19-35
- Ismayilova, M., Yaya, S. "I felt like she didn't take me seriously": a multi-methods study examining patient satisfaction and experiences with polycystic ovary syndrome (PCOS) in Canada. *BMC Women's Health* 22, 47 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01630-3>
- Joanes, J., (2023). Bloody, hairy and hormonal: Intimate geopolitics of Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS). *Political Geography*, 106, 1-7
- Karkera S., Agard E., and Sankova L., (2023). The Clinical Manifestations of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) and The Treatment Options, *European Journal of Biology and Medical Science Research*, 11 (1), 57-91
- Kitzinger, C., Willmott, J., (2002). 'The thief of womanhood': women's experience of polycystic ovarian syndrome. *Social Science & Medicine*, 54, 349-361
- Lauretis, T. (1996). La tecnología del género. En M. Lamas (Ed.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 263–290). PUEG / UNAM.
- López-Cervantes, M., Durán Arenas, J., Villanueva, M., (2011). La necesidad de transformar el sistema de salud en México. *Gaceta Médica de México*, 147, 469-474
- Louwers, Y., Laven, J., (2020) Characteristics of polycystic ovary syndrome throughout life. *Therapeutic Advances in Reproductive Health*, 14, 1-19
- Lugones, M., (2008). Colonialidad y Género. *Tabula Rasa*, 9, 73-101 DOI: <https://doi.org/10.25058/20112742.340>
- Meczekalski, B., (2023) Polycystic Ovary Syndrome: Past, Present and Future. *Journal of Clinical Medicine*, 12 (3808), 1-3
- Moctezuma Navarro, D., Narro Robles, J., & Orozco Hernández, L. (2014). *La mujer en México: inequidad, pobreza y violencia*. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, 59(220), 117-146.
- Nogueiras, B., (2019). La salud en la teoría feminista. *Revista internacional de estudios feministas*, 3(1), 10-31
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Síndrome de ovario poliquístico. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/polycystic-ovary-syndrome>
- Pathak, G., (2021). An ecosocial perspective on barriers to the management of polycystic ovary syndrome among women in Urban India, *Journal of Health Management*, 23 (2). 327-338
- Ramírez, C., (2022). Educación menstrual emancipadora: una vía para interpelar la misoginia expuesta en el tabu menstrual. *Medellín: Secretaría de las Mujeres*
- Rosello-Peñaloza, M., Cabruja-Ubach, T., Gómez-Fuentealba, P., (2019). ¿Feminización de la psicopatología o psicopatologización de lo femenino? Construcciones discursivas de cuerpos vulnerables. *Athenea Digital*, 19(2), e2249. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2249>
- Rohden, F., Sanguine, A., (2024). On the borderlines of health, beauty, and enhancement: an analysis of Polycystic Ovary Syndrome. *Ciencia & Saude Colectiva*, 29 (2), 1-10
- Sánchez, E., (2019). Actualización del manejo del síndrome de ovario poliquístico. *Revista Médica Sinergia*, 4(12), 1-11
- Sanchez, N., (2014). A life course perspective on polycystic ovary syndrome. *International Journal of Women's Health*, 6, 115-122
- Secretaría de Salud. (2023, 4 de abril). *Síndrome de ovario poliquístico, común entre las mujeres mexicanas* [Comunicación social]. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/096-sindrome-de-ovario-poliquistico-comun-entre-las-mujeres-mexicanas>
- Sir, T., Preisler, J., Magendzo, A., (2013). Síndrome de ovario poliquístico: diagnóstico y manejo. *Revista médica clínica condes*, 24(5), 818-826
- Smith-Tran, A. (2017). Muscle as medicine: an autoethnographic study of coping with polycystic ovarian syndrome through strength training. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 10(4), 476–492. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2017.1366932>
- Soucie, K., Samardzic, T., Schramer, K., Ly, C., Katzman, R., (2020). The diagnostic experiences of women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) in Ontario, Canada. *Qualitative Health Research*, 00(0), 1-12
- Soucie, K., Tapp, K., Kobrosli, J., Rakus, M., Katzman, R., Schramer, K., ... Cao, P. (2022). "It Wasn't Until I Took the Reins and Said..." Power and Advocacy in Canadian Women's Narratives of Polycystic Ovary Syndrome Diagnosis and Treatment*. *Women's Reproductive Health*, 10(1), 88–109. <https://doi.org/10.1080/23293691.2022.2054671>
- Teede, H., Tay, C. T., Laven, J. S. E., Dokras, A., Moran, L. J., Piltonen, T., et al. (2023). *International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023* [Internet]. Monash University. <https://doi.org/10.26180/24003834.v1>
- Thorpe, C., Arbeau, K., Budlong, B., (2019). 'I drew the parts of my body in proportion to how much PCOS ruined them': Experiences of polycystic ovary syndrome through drawings. *Health Psychology Open*, 1-8
- Valls-Llobet, C., (2020). *Mujeres invisibles para la medicina*. España: Capitán Swing Libros
- Wang, G., Liu, X., Zhu, S., & Lei, J. (2023). Experience of mental health in women with Polycystic Ovary Syndrome: a descriptive phenomenological study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 44(1). <https://doi.org/10.1080/0167482X.2023.2218987>
- Wright, P., Dawson, R., Corbett, C., (2024). Exploring the experiential Journey of Women with PCOS Across the lifespan: A qualitative Inquiry. *International Journal of Women's Health*, 16, 1159-1171
- William, S. L. (2023). *The psychology of PCOS: Building science and breaking the silence*. American Psychological Association.