

T
1325

133685



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA**

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**“El mito organizador de las significaciones
sociales imaginarias del
Cáncer de Mama”**



TESIS
Que para obtener el grado de:
**Maestra en Psicología Social de Grupos e
Instituciones**

Presenta

Josefina Barojas Sánchez

TUTORA

Dra. Esperanza Tuñón Pablos

México D.F., México

Abril 2009

A las mujeres de grupo RETO quienes compartieron conmigo sus dolores, incertidumbres y esperanzas ante la compleja enfermedad del cáncer de mama.

A los médicos por acceder a ser entrevistados.

A la Dra. Esperanza Tuñón Pablos por ayudarme a concluir una parte importante de mi trayectoria académica.

Mi profundo agradecimiento al Dr. Roberto Manero Brito, Dr. Rafael Reygadas Robles G., Dr. Carlos Pérez y Zavala, Dra. Doris Ortega por haber dedicado parte de su tiempo para poder mejorar y concluir éste trabajo.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. Construcción del problema.....	4
1.2. Planteamiento del problema.....	7
1.3. Propósitos del trabajo	7
1.4. Premisas que sustentan la investigación.....	8
1.5. Metodología.....	8
1.5.1. El grupo de autoayuda.....	10
1.5.2. Las entrevistas personales	11
1.5.3. Las entrevistas con los médicos	13
1.5.4. La estrategia interpretativa	14
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	16
2.1. El mito.....	16
2.2. La enfermedad en el mito Judeo-Cristiano.....	21
2.3. Mujer y mito religioso.....	25
2.4. El cuerpo.....	30
2.4.1. El Cuerpo como Naturaleza o Cultura	31
2.4.2. Cuerpo y enfermedad	38
2.4.3. El Cuerpo como objeto en el hospital.....	39
2.5. La transferencia y la contratransferencia en la interconsulta hospitalaria.....	43
2.5.1. Contratransferencia en la relación médico-paciente	46
CAPÍTULO 3. MARCO CONTEXTUAL.....	48
3.1. Antecedentes	48
3.1.1. El cáncer de mama en México	48
3.1.2. Importancia social del problema	51
3.2. La mujer y la salud	60
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	68
4.1. Las mujeres.....	68
4.1.1. El diagnóstico de cáncer	76

4.1.2. Las expresiones familiares	78
4.1.3. La relación médico-paciente	82
4.1.4. El cuerpo	84
4.1.5. Dios y el origen de la enfermedad.....	93
4.2. Los médicos.....	99
4.2.1. El origen desconocido de la enfermedad.....	101
4.2.2. La paciente con cáncer: sujeto extraño y estigmatizado	104
4.2.3. La enfermedad del cáncer: un dolor que es necesario ocultar	106
4.2.4. El cuerpo	108
4.2.5. Dios y la práctica médica.....	110
4.3. Discusión	113
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES.....	129
BIBLIOGRAFÍA.....	142

PRESENTACIÓN

En el escenario de Ciencias de la Salud indagar sobre el cáncer de mama es considerado de suma importancia. Este padecimiento daña de manera alarmante a la población de mujeres, por lo que actualmente genera gran preocupación entre diversas instancias —gubernamentales y no gubernamentales— tal como lo demuestra un recorrido por la literatura de corte antropológico, social, psicoanalítico, así como de algunas autoras preocupadas por las problemáticas de las mujeres que han retomado el tema.

La investigación efectuada sobre este tema quedó organizada en el presente trabajo de la siguiente manera: en el capítulo uno se incluye la justificación y el planteamiento del problema, los objetivos y las premisas que sustentan nuestra propuesta, la población que participó, así como la metodología.

El capítulo dos abarca el planteamiento teórico, en éste además de referir la enfermedad en términos médicos, se recuperan los aspectos sociales, imaginarios y culturales de la misma, enfatizando en estos últimos el lugar de los mitos. En ese capítulo también se hace referencia al cuerpo desde una dimensión social, psicoanalítica, incorporando también las aportaciones de mujeres estudiosas del género, con la intención de explicarlo desde una perspectiva amplia, más allá un orden biológico. Indagar sobre el cuerpo supone considerar las implicaciones de los otros, los discursos que se construyen sobre él, las palabras que se inscriben en él y, por consiguiente, las formas en que se asumen y se vive con ellas.

Se incluye además un apartado que aborda la transferencia-contratransferencia. Consideré importante incluir este apartado debido a que en mi acercamiento con las mujeres a que se refiere esta investigación, me percaté de la importancia que tiene el primer contacto que establecen con el médico. Este contacto es uno de los puntos fundamentales en el tratamiento de la enfermedad: las pacientes hablan del enojo, la desconfianza y los afectos generados en ese primer encuentro. La relación médico-paciente nos lleva a preguntarnos si ésta origina nuevos padecimientos o si agrega otros síntomas que, de cierta manera,

dificultan el tratamiento, interrogante sobre la que pretendo posteriormente seguir explorando. Ese primer encuentro de las pacientes con los profesionales de la salud es crucial ya que de él se desprenden también los elementos que involucran a la institución médica. Sin embargo fue justamente escuchar hablar sobre los médicos, lo que me encaminó a pensar en ellos y entrevistarlos, recuperando también el significado que ellos dan a la enfermedad, a la relación con la paciente, al cuerpo y al mito religioso.

Los médicos constituyen un actor central en toda enfermedad, pero sobre todo en la enfermedad del cáncer. Debo reconocer que el tema de interés no estaba originalmente enfocado a profundizar sobre los discursos médicos, fue el propio discurso de las enfermas lo que me mostró la importancia de indagar sobre ello. Aquí lo presento como un apartado más de los resultados, explicando brevemente la forma en que pude acceder a sus discursos.

En el capítulo tres encontraremos referencias al marco contextual. En él se mencionan los antecedentes de la problemática, indagaciones en el terreno de la salud, y otras preocupaciones en la población de mujeres. Su relevancia deviene de la necesidad de comprender que una enfermedad —en este caso el cáncer de mama— no se vive únicamente en el cuerpo de la paciente ni únicamente a través de los mitos que le dan significación colectiva, también se inscriben en sociedades concretas, insertas en momentos y lugares precisos de la historia de la humanidad.

El capítulo cuatro incluye los resultados en dos apartados: el primero incluye los discursos de las mujeres y un acercamiento a su interpretación, el segundo refiere la visión de los médicos. Ambas lecturas, autónomas entre sí y al mismo tiempo entrelazadas, posibilitan al lector una visión amplia de la significación de una enfermedad que —justamente por esa significación— ha devenido en una tragedia para la humanidad en general y para las mujeres en particular. Finalmente el capítulo cinco incluye las conclusiones del trabajo.

Cabe mencionar que para el análisis de los resultados me fue de gran utilidad la propuesta de de Mauricio Beuchot¹, a partir del cual me he planteado una serie de preguntas fundamentales para la interpretación de los textos, entre ellas ¿Qué significa este texto? ¿Qué quiere decir? ¿Qué me dice a mí? con ello intenté tener un acercamiento a los discursos vertidos por las mujeres .y recupero algunas significaciones que se han organizado en relación a la enfermedad del cáncer.

Seguramente existen visiones y significaciones que no han podido ser incluidas en este trabajo. No obstante, las posibles carencias teórico–metodológicas en que hubiera incurrido la investigación, no invalidan la riqueza de los encuentros y diálogos establecidos con las pacientes entrevistadas, lo mismo que con los médicos. Las limitaciones que el lector pueda identificar, no cancelan la validez de las observaciones y entrevistas realizadas que, en todo caso, buscan contribuir a las reflexiones sobre asuntos tan complejos como es el campo de la salud-enfermedad.

¹ Beuchot, Mauricio, Tratado de hermenéutica analógica. Hacia un Nuevo modelo de interpretación.Itaca. México, 1997.p.30

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Construcción del problema

Los tumores malignos representan una de las causas principales de muerte en la población de México. De acuerdo con información de Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) las principales causas de muerte en mujeres de treinta a cincuenta y nueve años son las enfermedades del corazón, tumores malignos en cuello de útero y glándula mamaria, diabetes mellitas y accidentes. En mujeres de 60 años en adelante son las enfermedades del corazón, diabetes mellitas y tumores malignos.² Si bien, el cáncer resulta preocupante para las instituciones sanitarias, es fundamental sostener una reflexión diferente de la estrictamente médica, es decir, desde la perspectiva del paciente. De esta manera, se debe de considerar el acercamiento médico así como las múltiples impresiones que los pacientes presentan cuando acuden a los servicios de salud.

El presente estudio se planteó después de observar a enfermos de cáncer que recibían atención médica en un Centro Oncológico de Villahermosa, Tabasco y que se alojaban en un albergue del Desarrollo Integral de la Familia -Tabasco. Este lugar brinda hospedaje tanto a pacientes y familiares que llegan de municipios locales así como de otras comunidades de los estados que colindan con la entidad como Veracruz, Chiapas y Campeche.

A partir de esta experiencia se consideró fundamental establecer una reflexión respecto a la enfermedad y las implicaciones que tenía en la vida de los pacientes. Era notorio que los pacientes evidenciaban angustia y desesperación ante la enfermedad y la constante proximidad de la muerte. No obstante, algunos enfermos ingresaban a la institución con un total desconocimiento de su enfermedad y sin nociones acerca de lo que le ocurriría. En la mayoría de los casos, el estado de ánimo era de extrema vulnerabilidad y, como consecuencia, el paciente otorgaba al profesional de la salud todas las facultades para tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida, pero sobre todo acudía a la explicación

²INEGI. *Cuéntame*. México, Enero de 2008. <http://inegi.gob.mx/población/difusiones.aspxz.tema=p>

mágica y mítico-religiosa para entender la presencia de la enfermedad, así como la cura de la misma.

Debo enfatizar que mi trabajo pretende indagar la enfermedad del cáncer pero no desde una explicación anatómico-fisiológicas, sino investigar las formas en que los sujetos lo han incorporado, lo explican, lo atienden, es decir, en esta investigación el cáncer se piensa como lo mencionan Manero y Barrera, no sólo desde un orden de lo biológico, "sino en las formas materiales e imaginarias que acompañan dicho fenómeno".³

De aquí surgió la interrogante: ¿Cuál es la significación de la enfermedad del cáncer de mama?, ¿Cuál es el significado que las pacientes atribuyen a Dios?, ¿Cómo aparece el mito en la cura de la enfermedad? Después de establecer estas preguntas, se estableció la posibilidad de realizar un trabajo psicológico que coadyudara al proceso curativo, contribuyendo de esta manera, al campo de las ciencias de la salud y, sobre todo, incorporando la importancia de considerar el tema de la subjetividad en las mismas.

Así, por un lado, el énfasis se centró en las significaciones que maneja el colectivo en relación a la enfermedad y, por el otro, se considero que el paciente no es un sujeto aislado, sino que su subjetividad se construye a partir de sus relaciones activas y afectivas con los demás. Si bien es cierto que la persona humana se asume como sujeto singular, también lo es que está inserto en una dinámica con el otro; es decir, de colectividad. Sin embargo, no es posible ver la enfermedad como un problema menor o inaccesible. Es causa de muerte y dolor que desencadena desequilibrios sociales. Además, la repercusión en la vida social es innegable. A partir de esto, es que se concibe como un problema susceptible de una lectura interdisciplinaria donde pueden participar la Psicología Social, la Sociología, la Antropología y el Psicoanálisis, entre otras disciplinas.

³ Manero Brito, Roberto y Verónica Barrera, "Estigma y control: intervención institucional en el departamento de Control y Referencia", en Enseñanza e Investigación en Psicología, Vol.13, no. 2, Julio- Diciembre, CNEIP México, 2008, p. 321.

Introducirse en el campo de la enfermedad me obligó a reflexionar en torno al discurso médico, así como acerca del funcionamiento de las instituciones de atención y práctica médica. Asumo que la medicina se ha sumergido en un desarrollo tecnológico que, si bien valioso para poder enfrentar las enfermedades, también la ha alejado del cuidado, atención y acompañamiento de los sujetos que enferman y de las inquietudes de los mismos. Es importante aclarar que no pretendo descalificar las aportaciones de las ciencias médicas, sino profundizar en las interrogantes, omisiones y lagunas que se desprenden de una larga trayectoria de la clínica médica que normalmente no da cuenta de los significados que los médicos atribuyen a la enfermedad, al cuerpo, al encuentro con las pacientes ni al mito religioso y su relación con la práctica médica.

De ahí que, a partir de las propuestas de la Psicología Social, busco analizar e interpretar la problemática, en este caso en particular la enfermedad del cáncer, desde diferentes dimensiones y comprendiendo tanto las distintas significaciones que le atribuyen los grupos sociales como las actitudes que éstos asumen con respecto a la salud y la enfermedad, elementos que dan cuenta de su organización social, económica, familiar, religiosa y cultural.

Considero que resulta de fundamental importancia realizar investigaciones en este terreno, ya que en la actualidad esta enfermedad tiene una gran relevancia para la comunidad médica y es importante que en su tratamiento se consideren estrategias terapéuticas para un manejo integral de la enfermedad. De aquí que sea de gran trascendencia conocer cómo los pacientes construyen explicaciones culturales en torno al origen y cura de la enfermedad, lo que en muchos casos contribuye o sirve de apoyo para su rehabilitación. Estos elementos de significación, que pocas veces son retomados para la atención clínica y cuya importancia es patente, conducen a pensar en la medicina desde una dimensión social, es decir, preocuparse por una medicina que responda a “los determinantes

y la distribución de la salud enfermedad, la respuesta social a los problemas de salud y el saber qué fundamenta esas explicacionesⁿ⁴.

1.2. Planteamiento del problema

Dada la importancia de la enfermedad, en este estudio se consideró necesario profundizar en las siguientes cuestiones: ¿Existe presencia del mito religioso en las significaciones sociales imaginarias de la enfermedad del cáncer de mama?; ¿En qué consisten las significaciones sociales imaginarias de la enfermedad del cáncer de mama, que se organizan a partir del mito religioso?; ¿Cómo se posiciona la mujer frente a la enfermedad del cáncer de mama?; ¿Cómo la relación entre la paciente y el médico está mediada por el mito religioso?; y ¿El mito religioso organiza o interviene en la práctica médica de los oncólogos?

El propósito de esta investigación fue analizar las significaciones sociales imaginarias que la persona organiza en torno a la enfermedad, así como las formas en que la persona las incorpora y las reelabora (el mito). Advertir y considerar esto, puede propiciar la incorporación de esta temática en la atención médica del cáncer, fortaleciendo y promoviendo, de este modo, un enfoque multidisciplinario de la enfermedad donde la Psicología Social en el campo de la salud cobre una gran importancia. De la misma manera, se trata de enfatizar que la subjetividad interviene de manera efectiva en el proceso de la enfermedad, con lo que se hace necesaria su incorporación en estudios médicos como un elemento valioso del conocimiento científico de la enfermedad.

1.3. Propósitos del trabajo

- ◆ Indagar, describir y analizar las significaciones sociales imaginarias de la enfermedad del cáncer de mama en mujeres enfermas o curadas que asisten al grupo de autoayuda Recuperación Total (RETO)
- ◆ Conocer el valor mítico-religioso que las mujeres asocian o atribuyen a la enfermedad del cáncer de mama.
- ◆ Explorar si la intervención médica, en cuanto a su significación, está mediatizada por elementos mítico-religiosos.

⁴ Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, Programa de maestría en medicina social, México, 2007. Fuente: <http://cbs.xoc.uam.mx/posgrados/mms/>

1.4. Premisas que sustentan la investigación

Las explicaciones cotidianas sobre la experiencia de vida en un pueblo religioso como el nuestro, están especialmente relacionadas con la creencia de que la vida está regida por los mandatos y la voluntad divina. En este sentido, los sujetos se convierten en instrumentos para los actos de justicia de Dios. Si alguien obra mal y después tiene un revés en la vida, comúnmente se asume que se trata de un razonable castigo celestial. Entonces, tiene sentido indagar si las mujeres que están sumamente vinculadas al mito Judeo-Cristiano pudieran encontrar en sus enfermedades la manifestación efectiva de una prueba de vida, cuyo origen está en el designio de Dios. Sin duda, es importante promover otras lecturas y rescatar las construcciones de los colectivos en relación con la enfermedad (en este caso el cáncer de mama), intentando ir más allá de los enfoques clínicos tradicionales.

Así, la aceptación de la subjetividad en el proceso de comunicación entre paciente-médico plantea nuevos modos de apreciación del fenómeno de “estar enfermo”, así como los cambios que el estilo mismo de relación produce en dicho estado. Por otro lado, se deben de considerar nuevas opciones de intervención tendientes a mejorar el ámbito de la salud y propiciar la participación activa de las personas afectadas. Sin duda, el cuerpo de las mujeres está implícito en el proceso de la enfermedad y las transformaciones morfológicas debidas al tratamiento ocasionan un reposicionamiento con respecto al cuerpo mismo donde eventualmente tiene lugar de manera consistente un fenómeno calificable como estigmatización de sí mismas.

1.5. Metodología

La presente tesis constituye un trabajo de investigación titulado “El mito como organizador de las significaciones sociales e imaginarias de la enfermedad de cáncer”, el trabajo corresponde al producto de la maestría en psicología social de grupos e instituciones. Para el desarrollo de éste estudio, solo se retomaron aquellas categorías que tienen que ver con los objetivos que se plantearon en la investigación:

- a) Enfermedad
- b) Relación Médico-Paciente
- c) El cuerpo
- d) Mito religioso

La información obtenida a partir de las categorías permitirá conocer la información que las mujeres y los médicos manejan sobre la enfermedad del cáncer, su origen, el diagnóstico, las manifestaciones psicológicas que se presenta en ambos, el cuerpo ante en tal padecimiento y la presencia de la religión.

En esta investigación retomó la metodología cualitativa, considerando que su finalidad está orientada a captar el origen, el proceso y la naturaleza de los significados que emergen de la construcción simbólica realizada por las mujeres. Al centrarse en la subjetividad, la metodología cualitativa permite recuperar el significado otorgado por cada una de ellas a las formas, procesos, hechos o acontecimientos que experimentan y es en el ir y venir del diálogo (el lenguaje) donde la subjetividad e intersubjetividad se engendran, haciendo posible la comunión y comunicación de significados.

Altamirano G.⁵ sostiene que "la selección de los informantes debe partir principalmente del significado de su experiencia o de su posición en un grupo y no de una preocupación de muestreo orientada por criterios cuantitativos." En términos generales, sin pretender formular una dicotomía subjetividad-objetividad, esta indagación apunta a la escucha de las pacientes, a recuperar los diálogos entre los actores principales, las mujeres, priorizando el estudio de la subjetividad. Por ello la subjetividad en esta investigación, queda entendida como un entramado de relaciones donde entran en juego lo singular y lo colectivo, donde se rompe con una concepción individual y se recupera lo grupal, lo institucional y lo comunitario. Este entramado de relaciones que el sujeto percibe lo vincula, organiza, explica y le da un sentido a su mundo. En este caso son las pacientes quienes proporcionan

⁵ Altamirano, Graziella, "Metodología y práctica de la entrevista", en De Garay, Graciela (comp), La historia con micrófono. Textos introductorios a la historia oral, Instituto Mora, México, 1994, pp.63-64.

un sentido a la enfermedad y una construcción de sus vidas a través de la cura de la misma.

Con intención de sostener los objetivos propuestos en el trabajo de investigación se sostuvieron los siguientes elementos:

- a) Los requerimientos de la información.
- b) La población fueron mujeres que habían presentado cáncer de mama, otras al momento de la investigación estaban recibiendo tratamiento. Estas mujeres acudían semanalmente a un grupo de autoayuda RETO (Recuperación Total), y médicos Oncólogos del Estado de Tabasco adscritos a diversas instituciones de Salud.

Para recuperar la información requerida para el estudio, se contemplaron dos momentos: el primero mi incorporación al grupo como apoyo a las actividades y, el segundo, la realización de las entrevistas con las mujeres que quisieran participar. El trabajo se hizo tomando en cuenta las necesidades y los tiempos que las propias mujeres marcaron.

Con la intención de ubicar al lector sobre la forma en que se llevó a cabo la indagación describo a continuación el procedimiento:

1.5.1. El grupo de autoayuda

Puedo decir que cuando opté por la entrevista a profundidad, no pensé encaminarme a un “rastreo” de datos sobre la vida de las pacientes, sino que apoyándome en la observación, la escucha y la vivencia no apunté al “descubrimiento” de la realidad sino a una construcción del conocimiento que se fundamenta en la interpretación.

Lo anteriormente expuesto me hizo pensar en el escenario en que llevaría a cabo la investigación, por ello establecí contacto con un grupo de autoayuda, dedicado atender cáncer de mama, denominado RETO, ubicado en el Distrito Federal. El trabajo de este grupo sirve de apoyo a las pacientes que presentaron o presentan cáncer de mama, proporcionándoles asesorías en distintos espacios, asesoría a los familiares, búsqueda y generación de recursos económicos, destinados atender la población de mujeres, de escasos recursos económicos, en algunos casos canalizados a otros Estados.

Las condiciones para participar en ese grupo en ese momento fueron tres: 1) participar en un curso de capacitación relacionado con el cáncer de mama, impartido por especialistas en el Instituto Nacional de Cancerología; 2) haber presentado la enfermedad o, en caso contrario tener un familiar enfermo (en mi caso se justificó el interés por investigar sobre la enfermedad); y finalmente, 3) involucrarme en un programa de los que tiene el grupo, insertándome en un programa educativo, el que consistía en promover el auto examen mamario en las mujeres que asistían a consulta médica en un hospital de la Colonia Escandón. Tiempo después integrantes del mismo grupo me solicitaron apoyar en las reuniones grupales con aquellas pacientes a las que se les notificaban diagnóstico de cáncer y las que estaban en tratamiento para el cáncer, trabajo que se efectuaba en la sede del grupo, ubicado en la Colonia Patriotismo. El objetivo de este trabajo grupal consistía en ofrecer un espacio en el que las mujeres pudiesen hablar sobre sus experiencias, angustias, temores y problemas que se les generaban a partir de la enfermedad.

Las sesiones grupales eran coordinadas por mujeres que habían presentado la enfermedad y habían logrado superarla. Puedo decir, que el grupo me facilitó contactar las entrevistas personales, pero además permitió darme cuenta de la importancia del trabajo de estas mujeres y a la urgente necesidad de que la psicología incorpore una línea de trabajo en tan importante área.

1.5.2. Las entrevistas personales

A partir de las sesiones grupales solicité a trece mujeres una entrevista personal para que me hablaran acerca de su experiencia con el padecimiento del cáncer, no sin antes explicarles el sentido de la investigación. Para ello, seleccioné a las pacientes más constantes.

Las mujeres que aceptaron ser entrevistadas habían presentado la enfermedad, algunas ya la habían superado y otras estaban en ese momento recibiendo tratamiento. El diagnóstico había sido efectuado en algunos casos 20 años antes de las entrevistas, 8 en otros y los más recientes tenían de uno a tres

años de haber sido diagnosticados. Una de las entrevistadas como mencionaré, falleció algunos meses después de la investigación⁶.

Las entrevistadas fueron abordadas con una fórmula imperativa: "Hábleme de la enfermedad del cáncer." Se pretendía que las pacientes hablaran libremente sobre el tema, enfatizando que el interés de la investigación se centraba en los significados que daban al padecimiento, la forma en que lo explican, enfrentan y construyen sus vidas. Ante la primera pregunta, las entrevistadas solían contestar con interrogantes como las siguientes: ¿Cómo me sucedió?, ¿De mi experiencia?, ¿Por qué no me pregunta y yo contesto?, ¿Qué quiere que le diga? A lo que la entrevistadora agregaba: "Lo que Usted quiera decir, todo lo que diga es importante." Con este señalamiento se pretendía que las entrevistadas se sintieran con libertad para expresarse, asociando sus ideas, sin caer en una entrevista dirigida.

Cabe señalar que, por cuestiones de comodidad de las entrevistadas, los encuentros se dieron en diversos espacios: sus domicilios, la sede del grupo de autoayuda, el instituto Nacional de Cancerología, el hospital Escandón y hasta en algunas cafeterías. En algunos momentos fueron interrumpidas, ya que algunas mujeres se deprimían. Al concluir las entrevistas, realizaba algunas anotaciones para registrar las expresiones no verbales, así como las sensaciones que me generaba esa situación.

Cuando las entrevistas se realizaban en sus domicilios en ocasiones me cuestioné si era válido estarme involucrando en sus espacios privados, sobre todo pensando en los "límites" de la investigación; hubo casos en los cuales me encontré y dialogué con la familia, pero en otros me di cuenta que permanecían solas y aisladas de ésta; lo que resultaba evidente era que necesitaban hablar de sus dolores, de las respuestas de los demás ante su enfermedad y de la responsabilidad que sentían por el dolor de los otros. Era posible observar su dolor y el interrogarse continuamente por qué habían adquirido la enfermedad. El cáncer, aunque se había ido físicamente, estaba presente en su discurso.

⁶ *Vide infra*, p. 66.

Durante el proceso también se manifestaron preocupaciones en torno a los instrumentos metodológicos, ya que se vertían comentarios como “no sé a qué prestar atención, si a la grabadora o a usted”. En ocasiones fue preciso apagar la grabadora porque se deprimían al tocar puntos íntimos. No grabar esas declaraciones fue la manera que encontré de manifestarles un respeto a su dolor.

En mi caso, experimentaba una angustia centrada en que la grabadora no fuera a fallar o que las pilas se acabaran, y comúnmente me descubrí más concentrada en la forma que en el contenido, o quizá evitando de alguna manera la angustia que se desprendía después de escuchar lo que ellas hablaban. La duración de las entrevistas varió entre 45 y 75 minutos. En todos los casos, se solicitaba a la entrevistada su autorización para grabarla.

1.5.3. Las entrevistas con los médicos

Es importante mencionar que la investigación se centró principalmente en las mujeres con cáncer, sin embargo, dado que en los elementos involucrados con la enfermedad, el médico cumple una función fundamental, consideré importante indagar un poco más a través de ellos sobre dicha problemática. Por tener más acceso a las instituciones de salud de Villahermosa, Tabasco, entrevisté a los médicos en esa ciudad. Los escenarios fueron: Centro Oncológico (actualmente Instituto de Cancerología en Tabasco), Hospital de PEMEX, y consultorios particulares entre otros. Dada la dificultad del médico por no disponer de tiempo para actividades que no correspondan a la práctica médica, únicamente realicé ocho entrevistas, aunándose a esto que son pocos los médicos que cuentan con esa especialidad en el Estado.

El contacto con ellos se dio de manera informal y voluntaria, siendo a la vez los que me contactaban con sus colegas para poder cubrir las entrevistas. La entrevista fue similar a la realizada a las mujeres, es decir, les solicitaba que hablaran sobre el cáncer, el cuerpo, la relación con la paciente, y sobre Dios. El tiempo de la entrevista fue de 45 minutos.

1.5.4. La estrategia interpretativa

La información obtenida se transcribió recuperando el diálogo del modo más fidedigno posible, concluida esa fase se capturó, y organizó siguiendo el orden de la ejecución de las entrevistas. Posteriormente se seccionaron los elementos propuestos en la investigación: la enfermedad, la relación médico - paciente, el cuerpo, el mito religioso.

Una vez organizada la información me surgió la interrogante de cómo trabajarla. Mi mayor preocupación en ese momento de la investigación, radicó en cuidar de mi parte que el discurso de las mujeres no lo redujera a interpretaciones rígidas, cerradas y carentes de sentido. Por lo que considere importante apoyarme en tres preguntas que propone Mauricio Beuchot⁷ en torno a la interpretación. Para el autor estas preguntas son en sí mismas comprensivas: ¿Qué significa este discurso?, ¿Qué quiere decir?, ¿Qué me dice a mí? La reflexión sobre el contenido de las entrevistas implicó optar por la propuesta que propone el autor amba citado, ya que en ese acto interpretativo, está presente el entrevistado, el entrevistador, pero sobretodo recupera la palabra como un elemento esencial en la investigación social.

La estrategia por la que se optó pretendió recuperar como lo he venido mencionando los significados que circulan en relación al cáncer de mama en las mujeres y médicos. En la interpretación la acción del intérprete tiene un efecto específico e ineludible en la construcción. Si bien el interés apunta a la intención del emisor del discurso; el intérprete se encuentra sometido a todo un orden de subjetividad específico y, de algún modo, equiparable (aunque no idéntico, por supuesto) al del emisor mismo; en este sentido, la interpretación habrá de contener siempre elementos característicamente relativos. Con esto, la institución científica que pretende sostener una separación absoluta entre sujeto y objeto, subjetivo y objetivo queda recusada en los hechos. El autor se encuentra en la imposibilidad de decir todo, el texto no lo dice todo en su literalidad y no conduce

⁷ Beuchot, Mauricio. Op.cit.p. 15

necesariamente a un saber plenamente objetivo y el lector no puede desdecirse de su propia historia subjetiva en el acto interpretativo.

No hay que olvidar también que el contexto de la interpretación apunta al conocimiento sobre las circunstancias histórico-sociales que enmarcan la producción del discurso. Sin duda, además, la intencionalidad del autor no es autónoma en sentido pleno, sino que está mediatizada por las construcciones colectivas del pensar de las cuales no es absoluta ni necesariamente consciente. Es conveniente resaltar también que la elección de ésta estrategia se fundamentó en la puntualización de las interrogantes, las que me permitieron acercarme a obtener una lectura sobre las versiones de los actores.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. El mito

Remitirse al mito es hablar de la dimensión simbólica del hombre en el mundo moderno y reiterar el valor del símbolo como una forma o instrumento de conocimiento, por lo que implica sostener, desde algunas perspectivas, la significación profunda de los mitos en la vida social. El intento de comprensión del mito ha estimulado la aparición de teorías y disciplinas que han ahondado en el valor de éste. De esta manera, el mito ha pasado por varios momentos, desde una noción literaria o religiosa, hasta una multidisciplinaria donde se han implicado la antropología, la historia, la lingüística, la psicología, el psicoanálisis, la filosofía y la teología, por mencionar algunas.

El mito reconoce al hombre como un ser mortal, sexuado, cultural, organizado en sociedad, obligado a trabajar y a vivir en colectivo, regido por un conjunto de reglas, normas y leyes. Laplantine explica que “La humanidad se provee de una noción de lo sagrado, no porque sienta miedo o se halle soterrada por sus fantasmas, sino porque para vivir en sociedad es necesario que el mundo le signifique algo y que esté sometido a leyes”⁸. Así, mito hace referencia a algo que ha tenido lugar en los comienzos, en un tiempo atempóreo, en un tiempo que es sagrado. El tiempo mítico difiere del tiempo profano, continuo e irreversible, con el que abordamos la cotidianidad de nuestras vidas. El mito sustrae al hombre del tiempo normado y regulado, del tiempo cronológico que solemos llamar “historia”, insertándolo en ese otro tiempo cuya esencia no es la cuantificación ni la duración, pues escapa a ello, a la medición. El mito implica romper con el tiempo y el mundo en turno, y perfila al sujeto hacia ese gran tiempo, el tiempo de lo sagrado.

Si bien, por mucho tiempo se ha enfatizado el interés sobre la racionalización, sosteniendo que hay cierto orden para el correcto conocimiento que llevará alcanzar la verdadera sabiduría y la felicidad humana, también se ha

⁸ Laplantine François, *Las voces de la imaginación colectiva. Mesianismo, posesión y utopía*, Gránica Editor, España, 1979, p. 56.

concedido especial atención, aunque con diversos matices, a todas las expresiones de los sujetos, entre ellas a la religión y a la mitología. En este sentido, es importante mencionar que para algunos teóricos del mito, la religión forma parte de él. En el transcurso de la historia, la religión ha estado indisolublemente conectada con los elementos míticos y ha sido penetrada por ellos. Así, el discurso mítico permite conocer cómo el hombre percibe la naturaleza y el mundo, considerando que hay versiones -la mayoría de hecho- no científicas del universo. De acuerdo con Mircea Eliade, "el símbolo, el mito y la imagen pertenecen a la sustancia de la vida espiritual, que puede camuflarse, mutilarse, degradarse, pero jamás extirparse"⁹, En esa misma dirección, Ernest Cassierer (citado por Kirki, G.S) afirma que, "en el desarrollo de la cultura humana no podemos determinar el punto en que el mito acaba y empieza la religión"¹⁰. De ahí que la persona que difunde la narración mítica asegura que ésta posee un origen divino, exaltando al objeto de credo religioso.

Así mismo, es importante señalar que el estudio del mito a partir de los registros históricos y etnográficos, ha permitido rescatar el discurso de los hombres de distintos tiempos y que este discurso construido en colectivo muestra una visión muy particular de lo que acontece en el mundo. En esa visión están involucrados las formas de explicación en torno a la vida, como existencia propia, y el sentido de pertenencia al mundo.

En esta investigación el interés radica en la búsqueda del valor cultural de la religión, específicamente del mito judeocristiano que tiene sus orígenes en el pueblo de los hebreos y se encuentra sostenido en el Antiguo y Nuevo Testamento. Se trata de hacer un rastreo de él y, sin entenderlo en términos deterministas, ubicarlo en esas huellas discursivas que permiten la organización de múltiples significaciones, en éste caso en torno a la enfermedad del cáncer de mama en las mujeres. En tanto que las pacientes apoyan este mito desde una posición determinada y resulta común que las mujeres se expliquen la enfermedad

⁹ Eliade, Mircea, *Imágenes y símbolos*, España, Taurus Humanidades, 1999, pp. 63-66

¹⁰ Kirki, G.S., *El mito, su significado y funciones en la antigüedad y otras culturas*, Paidós, España, 1985. p.43.

y la cura de la misma a partir del mito religioso, debe prestarse suma atención a este proceso, elaborar una valoración de la condición subjetiva de la paciente y describir los elementos de apoyo moral y religioso, así como la explicación de que la enfermedad sea un castigo divino.

En este sentido, el significado de la creación en el judaísmo es de gran relevancia; pues en ella se explica que el universo ha sido creado por Dios (Yahvé), el Dios de la plenitud de la vida. Al decir de Smith la premisa de que “al principio creo Dios”¹¹, sienta las bases para pensar que la humanidad se deriva de algo; distinto de sí misma, es decir, los sujetos descubren que sus poderes son limitados, “acaso porque una piedra es muy pesada como para levantarla o porque la aldea propia ha sido barrida por las olas gigantes de un maremoto”¹². Para el judaísmo está presente la referencia del otro, del cual uno proviene o se ha derivado, enfatiza la generalidad, pero a la vez evidencia las limitaciones de los sujetos.

En los escritos bíblicos la naturaleza es una expresión de un señor único, responsable de la creación de ésta. Según el relato Yahvista de la creación, el hombre está esencialmente constituido frente al animal por el hecho de que Dios le sopló en la nariz el hálito de vida. Por lo que la vida de los hombres sobre la tierra es participación de la obra divina, aunque es posible encontrar en otros escritos que señalan que todo lo que tenga vida es por voluntad de Yahvé. De Granada (citado por Paul Foulquie y Raymond) señala que “No sólo está obligado el hombre a Dios por el beneficio de la creación, sino también por el de la conservación, porque Él es el que te hizo y el que te conserva después de hecho. De manera que tan colgado estás ahora de la mano de Dios, y tan poca parte eres para vivir sin Él, como lo fuiste para ser sin Él”¹³

La noción de creación sostenida en el Judaísmo y trasladada al pensamiento cristiano admite una causalidad eficiente de naturaleza absoluta y

¹¹ Smith, Huston, *Las religiones del mundo*. Océano, México, 1999, p 281.

¹² Ídem.

¹³ Foulquie, Paul, y Sain- Jean Raymond, *Diccionario del Lenguaje Filosófico*, Labor, España, 1990, p. 211.

divina. El fundamento de la creación aborda elementos sustanciales como el de la eternidad, sin embargo lo que más resalta es la forma de relación entre Dios y el mundo: "relación bilateral y recíproca en el helenismo; relación unilateral y subordinada en el judaísmo y el cristianismo"¹⁴. Para la Biblia, Dios ocupa el centro de toda la historia, Dios lo guía y lo dirige todo, todo puede en definitiva reducirse a él y ni siquiera el mal tiene sentido si Dios no lo permite. "La fe en este caso, es la actitud que en todas las cosas, y acontecimientos trata de encontrarle a Él y puede, en último término, darle a todo un sentido; la actitud afirmativa de hombre bíblico, delante de Dios, por encima de toda tribulación presente"¹⁵

El nuevo testamento introduce la noción de fe a la llegada de Jesús refiriendo lo siguiente: "Se ha cumplido el tiempo y el reino de Dios ha llegado: convertíos y creed en la buena nueva"¹⁶. Esa fe significa la plena entrega a Dios y abre el reino de Dios, ésta ha de ser operada por Dios y pone de manifiesto la alianza con él. La noción de fe muchas veces ha sido utilizada como sinónimo de creencia y viceversa. Sin embargo, es común encontrar que el término de creencia se utiliza en un sentido más general, y fe en un sentido más específico, cuando se hace referencia a la creencia religiosa.

Ha sido Ortega y Gasset (citado por Ferrater) quien ha dado un sentido distinto a la voz creencia, recuperando la metafísica de la existencia humana: "no es lo mismo pensar una cosa que contar con ella. El 'contar con' es justamente lo típico de la creencia, pues si el hombre puede llegar hasta morir por una idea solamente puede vivir de la creencia. Tal distinción está situada más acá de toda mera dilucidación psicológica; la diferencia entre ideas y creencias no debe entenderse desde el punto de vista particular de la psicología, sino desde el punto de vista total, y metafísico, de la vida"¹⁷.

Lo anterior lleva a sostener que la realidad humana no es meramente un entorno físico, sino que es esencialmente una interpretación simbólica de éste y,

¹⁴ Ferrater Mora. José. *Diccionario de Filosofía*, Alianza, México, 1981, p.654.

¹⁵ Bayer, Johannes, *Diccionario de Teología Bíblica*, Herder, España, 1994, p.388

¹⁶ *Ibid.* P. 382

¹⁷ Ferrater Mora, José. *Op. Cit.* P. 662.

más aún, una construcción imaginaria colectiva, en sí una invención social. Así, el mito adquiere un doble estatuto, se instituye como principio de realidad en la sociedad humana y consecuentemente se convierte, de forma justificada, en - incluso para algunos, el instrumento de análisis e interpretación cultural, una especie de espejo en el que la sociedad ve reflejada sus deformidades y, a la vez, la posibilidad de sus futuras transformaciones.

Al respecto, Castoriadis sostiene que los individuos pertenecen a esa sociedad porque son partícipes de sus significaciones imaginarias sociales, de sus representaciones, valores, proyectos, normas, tradiciones y mitos; y porque, además, comparten una voluntad, consciente o inconsciente (en el sentido coloquial del término), con esa sociedad, reproduciéndose continuamente y reafirmando su cualidad como institución social: "Es este el sentido en que el valor (geltenk) de las significaciones imaginarias sociales es condición *sine qua non* de la existencia de la sociedad"¹⁸.

En este mismo sentido y recuperando la connotación social del mito, Laplantine considera que el mito podría estar incluido en la categoría de esperanza, ya que al contar con el pensamiento mítico, la esencia del ser humano y los puntos de referencia de éste último dejan de ser imprecisos y el colectivo adquiere una orientación en el mundo, organizándose, acomodándose e involucrándose de acuerdo con el proyecto que él mismo se ha planteado, pues: "[...] sin ese pensamiento no tendríamos razón alguna de vivir, ni de morir. Nuestras decisiones pasarían a ser extenuantes e irrisorias, y quedaríamos alucinados por los impulsos de acontecimientos ya incomprensibles para nosotros, como que quedaríamos sometidos a los movimientos imprevisibles de una especie de calidoscopio enloquecido"¹⁹.

¹⁸ Castoriadis, Cornelius, *El ascenso de la insignificancia*. Ediciones Frónesis Cátedra, España, 1998, p. 23

¹⁹ Laplantine François, Op. Cit., p. 57

2.2. La enfermedad en el mito Judeo-Cristiano

En el antiguo Oriente se pensaba que la enfermedad era causada por los espíritus maléficos o que era enviada por los dioses, irritados por las faltas de los hombres. Para obtener su curación, el enfermo solicitaba el perdón a los dioses mediante súplicas y sacrificios y los sacerdotes practicaban exorcismos para expulsar a los demonios de los cuerpos. De ahí que “la primera función social, el primer mecanismo especializado que vemos destacarse del clan originario es el del sacerdote-curandero, el chaman, que conoce los secretos por medio de los cuales el bien domina al mal”²⁰. A partir de esta idea es posible entender que la medicina surge de la religión y que ambas han intentado aliviar los dolores y explicar el origen del mal, buscando restablecer al sujeto en el camino del bien.

En las culturas occidentales antiguas, la medicina fue asignada a los sacerdotes y estuvo asociada estrechamente a la magia. Posteriormente, los griegos la desarrollaron como ciencia autónoma. Sin embargo, la ambigüedad entre magia, religión y medicina se remonta a los orígenes de la comprensión del mal.

Por su parte, la propuesta bíblica hace a un lado el aspecto mágico y científico para enfocarse exclusivamente en el significado religioso de la enfermedad y de la curación como la búsqueda de la salvación. La enfermedad se concibe entonces como un estado de flaqueza. En el Antiguo Testamento, la enfermedad aparece como un castigo de Dios por los pecados cometidos y así Jesús dice al paralítico de Betesda: “No peques ya más, no sea que te acontezca algo peor”²¹

Para los israelitas bíblicos, en cambio, era como un castigo providencial y, para los egipcios en la época del Éxodo, se presentaba ante la negativa de escuchar a Dios y cumplir sus preceptos. Al respecto, Weineid relata que, en esa época, el pueblo de Israel erraba sediento por el desierto del Shur, oyó la voz del

²⁰ Foucault, Michel, Citado en: Sendrail Marcel, *Historia cultural de la enfermedad*. Espasa-Calpe, S.A. España 1983, p. 22.

²¹ “Evangelio según San Juan” 5:2, en La Santa Biblia. Antiguo y Nuevo Testamento. Sociedad Bíblica en América Latina, 1964, p.885

Señor que le reveló cómo apagar su sed en las fuentes del Mara; entonces, se apresuró a recordar a los que habían dudado: “si oyeres atentamente la voz de Jehová, tu Dios, e hicieres lo recto delante de sus ojos, y dieres oído a sus mandamientos, y guardares todos sus estatutos, ninguna enfermedad de las que envié a los egipcios te enviaré a ti, porque yo soy Jehová tu sanador”²².

Por otra parte, el pecado original contiene un triple registro: el de la falta individual, consignado en las prohibiciones y prescripciones que se encuentran en Levítico, la falta colectiva y la falta *universal*, ya que el pecado de Adán no trae consecuencias sólo para los judíos, sino también para el ser humano original, cumpliéndose así la profecía: el pecado y la proclividad a la maldad, se convierte en la esencia del hombre.

Desde el punto de vista bíblico se critica que la medicina se centre en observaciones muy someras; es decir, que se limite a lo que el médico ve: afecciones, heridas, fracturas, etcétera. Para la religión, lo esencial está ubicado en otro lugar porque ¿qué significa la enfermedad para el que la sufre? De aquí que interrogantes que se plantean las mujeres enfermas, tales como: ¿qué hice para merecer esta enfermedad? ¿Por qué a mí y no a otro? nos hacen pensar que la enfermedad está fuertemente vinculada con la acción de Dios.

El sentido religioso del hombre establece un nexo entre la enfermedad y el pecado, que la revelación bíblica no contradice sino únicamente precisa para entender las condiciones de este nexo. Así, mientras en el Génesis se establece que Dios creó al hombre para la felicidad, la enfermedad, como todos los otros males humanos, es contraria a esta intención profunda y sólo entró en el mundo como consecuencia del pecado (Génesis 3,16-19), mostrando uno de los signos de la ira de Dios contra el mundo pecador (Éxodo 9, 1-12). Desde el punto de vista religioso, la enfermedad está desligada de una explicación ambientalista o natural y tiene una significación espiritual profunda, donde confluyen las relaciones del hombre con Dios; lo que involucra la vida espiritual y moral del hombre.

²² Weinfeid, E., *Enciclopedia Judaica Cristiana*, Edit. Castellana, México, 1944, p. 25

La curación por la fe, prevalece en la vida de los hombres. Un testimonio de ello lo ofrece el evangelio de Marcos: "...una mujer que estaba con flujo de sangre doce años atrás y que había sido tratada por muchos médicos, tocó las ropas de Cristo, y él le dijo: 'hija, tu fe te ha salvado, te ha hecho salva: sé en paz, y queda salva de tu azote'"²³.

Desde el punto de vista bíblico, lo que acontece en los sujetos no está en función de lo que ocurre en los cuerpos, sino en sus intenciones. Las "liviandades" del cuerpo y la descomposición de éste se encuentran asociadas al pecado original y a la depravación humana. Según el criterio religioso, la salud supone cierta fuerza vital, mientras que la enfermedad se concibe ante todo como un estado de flaqueza y debilidad. De esta manera se asume que, mientras dure, la humanidad deberá sobrellevar las consecuencias del pecado original.

El mal nace con el hombre, está en su carne, en su alma, y así seguirá hasta el final de su historia. Para Bernard Sichère el mal no surge a partir de que el hombre comió el fruto, sino que, al incorporar el fruto, el primero de los hombres toma la decisión de romper el lazo de palabra que Elohim había sostenido desde el principio de los tiempos: "Dios tiende la mano y el hombre la rechaza"²⁴.

Sin embargo, la muerte de Cristo le dio un giro a la enfermedad, en el sentido de que todos los sufrimientos tienen un valor de redención. "Llevamos en nuestros cuerpos los sufrimientos de la muerte de Jesús, a fin de que también la muerte de Jesús se manifieste en nuestros cuerpo"²⁵. En tanto que llega el momento del regreso al paraíso que el hombre perdió, y en el que los sujetos serán curados para siempre por los frutos del árbol de la vida, la enfermedad, el sufrimiento que ésta acarrea y la muerte son integradas al orden de la salvación.

La historia ha demostrado que el símbolo fundamental en el hombre profano es el cuerpo. A la vez, éste es percibido de manera ambivalente: por una parte, se muestra peligroso al manifestar sus secreciones, como es el semen y la

²³ Ver: "Evangelio de Marcos" 5, 25-34. Citado en: Weinfeld, E., *Op. Cit.* p.28

²⁴ Sichere, Bernard, *Historias del mal*, Gedisa, España, 1996, p.61.

²⁵ "Carta a los Corintios" 4-10, en *La Santa Biblia. Op.Cit.*

sangre menstrual, que deben ser ocultadas, silenciadas y articuladas al tabú para poder resguardar el orden social. Los escritos bíblicos hacen alusión a tres elementos fundamentales de la criatura humana: el alma que emana del espíritu divino, el principio vital y la carne; ésta última fuertemente vinculada al cuerpo. Aparece, así, un cuerpo que sufre y la salvación del alma como la recuperación del cuerpo. Pero, a la vez, la enfermedad está asociada a una elección divina, mediante la cual los sujetos alcanzan la purificación y la perfección a través de pruebas dolorosas.

Temkin (citado por Bryan S. Turner) sustenta que la enfermedad, desde el punto de vista religioso, podría tener distintas funciones: "para realzar los méritos de los justos, en virtud de su paciencia; para salvar a la virtud del orgullo, corregir al pecador, proclamar la gloria de Dios por medio de las curas milagrosas y, por último, a manera de principio de castigo eterno, como el caso de Herodes"²⁶.

Con base en lo anterior, podemos decir que el estudio de la enfermedad no obedece únicamente a las fuentes médicas, sino que remite también a la búsqueda de causas y significados de los males que la sociedad ha creado a lo largo de la historia, porque es motivo constante de preocupaciones. Así mismo, el mal, desde los planteamientos judeocristianos antiguos, se identifica con el pecado, entendido éste como falta a la ley divina y, en tal sentido, ruptura de la alianza. Será por el pecado entonces, que el sujeto enfrentará la prematura corrupción de su cuerpo –presencia incontrovertible del mal- como muestra patente del desvío de su alma y, al mismo tiempo, como posibilidad de redención espiritual por la vía de sufrimiento. Interesa explorar las huellas que muestran, en el discurso de hoy, la presencia de esta significación atribuida, en un sentido genérico, a la enfermedad.

²⁶ Turner, S. Brayans, *El cuerpo y la Sociedad. Exploraciones en teoría social*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984, p. 55

2.3. Mujer y mito religioso

La mayoría de los investigadores de la religión (Mircea Eliade²⁷, Lévi-Strauss²⁸ y Otto Rudolf²⁹, entre otros) coinciden en señalar que los individuos necesitan una explicación “racional” de la divinidad para poder comunicarla entre sí, la cual se expresa mediante categorías o conceptos claros y distintos que, en principio, son atributos humanos, pero que la divinidad posee en forma absoluta (espíritu, razón, voluntad, inteligencia, omnipotencia, sabiduría).

Sin embargo, en el ámbito de la experiencia religiosa lo que predomina es lo “irracional”, lo inefable, lo “nominoso” (término acuñado por Rudolf Otto³⁰) como una categoría explicativa y valorativa que sólo puede ser dilucidada, sugerida, mostrada por sus análogos y contrarios). Por eso es que, en el terreno de la psicología social, podemos analizar muchos mitos en los que se conjugan ritos, magia, religión y castigos históricos de las culturas y por tal motivo, en la actualidad de la construcción mítica, podemos vislumbrar el sentido y reconocer los antecedentes incluso del imaginario colectivo que aún prevalece en las sociedades posmodernas del siglo XXI.

Mientras que, para algunos investigadores existe una estrecha relación entre el pensamiento mítico-religioso y el técnico-científico, otros piensan que el primero excluye al segundo al confundir el problema de la denominación del mundo con el filosófico de dar sentido a la existencia, ajeno (este último) a las preocupaciones pragmáticas de la ciencia. Desde mi punto de vista, ambas formas de pensamiento se apoyan y complementan, pues son expresiones de la condición humana, racional y finita, y al mismo tiempo, ambigua y compleja. Así que, para entender muchos problemas que aquejan a la humanidad (y en particular a la mujer), es necesario hurgar en las nociones mítico-religiosas con las que se ha tratado de explicar, a través de mitos o historias sagradas, las causas

²⁷ Eliade, Mircea. *Op. Cit.*

²⁸ Lévi-Strauss, Claude. *Mito y significado*, Alianza, España, 1995. pp. 10-13.

²⁹ Otto, Rudolf, *Lo santo. Lo racional y lo irracional en la idea de Dios*. Madrid: Alianza 1980.

³⁰ *Ibid.* pp.85-89

que originan los problemas o el sentido profundo de los mismos, y que constituyen apreciaciones de carácter corriente en nuestra cultura.

La definición antropológica de "cultura", más allá de los ámbitos técnico y científico, incorpora lo simbólico como mecanismo de relación e interacción humana. "La cultura entretiene un conocimiento tácito sin el cual no hay interacción social, ordenada y rutinaria, y por la cual las personas comparten significados no verbalizados ni explicitados que toman como verdades dadas"³¹ La cultura es, pues, un elemento constitutivo del sujeto que le da sentido como ser humano y como ser social, político, económico, religioso, etc.

Para hablar de la mujer y sus enfermedades, con la perspectiva que elegí para realizar esta tesis, es necesario aproximarse a la compleja red de relaciones e interacciones sociales de orden simbólico que prevalecen hoy en día, pero que arrancan de manera importante, si bien no exclusiva, de tradiciones mítico-religiosas muy antiguas; por lo tanto, es necesario analizar el mapa cultural de la mujer y lo que ello representa, especialmente en lo relativo al mito como instancia instituyente de la subjetividad social.

Desde la antigüedad, los hombres han recurrido a los signos como la forma más sencilla de exponer y expresar sus ideas, emociones y afectos. Es decir, que la aparición de los signos está estrechamente relacionada con lo que se desea representar mostrando lo que en ese momento vive la comunidad y la forma en que hace referencia al mundo circundante. A través de los procesos culturales, se produce una operación simbólica que otorga ciertos significados a los cuerpos de mujeres y hombres (lo femenino y lo masculino); sin embargo, dichos significados no pueden ser interpretados más que en el contexto histórico-cultural donde surgieron. Esto es, el imaginario colectivo creado por una sociedad a través de sus símbolos, sólo puede ser reconocido e interpretado por quienes comparten la historia y el significado de sus mitos.

³¹Lamas, Marta, *Cuerpo: diferencia sexual y género*, Taurus, México, 2002, p. 53

En torno a la mujer, las culturas han producido representaciones sociales de gran eficacia simbólica, dando lugar a concepciones sociales y culturales que nutren, a su vez, los reglamentos mediante los cuales se restringe o limita el desarrollo del género femenino. La cultura, además de mostrar lo más característico de los pueblos, se encarga de reproducir las creencias singulares y colectivas de la sociedad. Esta línea de pensamiento me permite pensar en la mujer a partir de un entramado de relaciones sociales muy complejas que la determinan y cuyo esclarecimiento me dejará acercarme a la problemática que vive actualmente.

Para comprender la dimensión cultural de la mujer, es necesario revisar los mitos creados en torno a ciertos personajes histórico-religiosos. Ellos reflejan los deseos, anhelos, miedos, odios y temores de los pueblos (tanto primitivos como actuales) y conforman en sí una síntesis de la estructura social. Esto es, sintetizan lo que son o aquello que la sociedad espera que sean las mujeres en términos de sus defectos, virtudes y limitaciones. Vienen a ser el filtro de la observación humana, resumen de la perspectiva con que se le ha mirado a lo largo del tiempo, según la vigencia del mito.

Por otra parte, Eliade Mircea³² señala que fuera de la dimensión atemporal (no histórica) del mito, la memoria colectiva rescata los acontecimientos del mundo que constituyen lo que solemos denominar realidad histórica. La memoria colectiva contiene y sostiene el discurso "racional" sobre el mundo. Desde este punto de vista, la realidad es algo producido en un complejo entramado de relaciones con los otros; realidad que cada uno transforma para ajustarla a sus deseos e intereses. La realidad es lo creado por mi discurso, en mi contexto; pero, evidentemente está, en el trasfondo, condicionada por lo social, que comprende la sujeción a los sistemas comunes de significación.

En nuestra cultura se han sostenido, por largo tiempo, los mitos creados en torno a dos mujeres que guardan una estrecha correspondencia religiosa y a cuyo eco están ligadas muchas condiciones culturales en las que se desenvuelve la

³² Eliade, Mircea. *Mito y Realidad*, Labor/Punto Omega, España, 1999: pp.7-43.

mujer. Así, por un lado encontramos a Eva, figura mítica del Génesis, quien opta por el saber y el conocimiento y cuya caída en la tentación marca las características antropológicas de la condición humana y, por otro, a María de Guadalupe, “nuestra madrecita”, icono fundamental en la historia del pueblo mexicano y fuente de un profundo fervor religioso. Estos dos mitos podrían pensarse, forman parte de las dos versiones de la enfermedad. La primera hace alusión al pecado y, como causa de éste la enfermedad, y la segunda, la posibilidad de darle otro sentido al pecado, es decir, congraciarse con Dios a través de ella y traspasar la culpa.

El reconocimiento que se hace de éstas mujeres míticas conlleva a que existe una conexión entre la sexualidad, pecado, sentimiento de culpa y enfermedad, que se puede explicar través del contexto mítico-religioso Judeocristiano en que creció la paciente. A la vez lleva a recuperar la importancia de las construcciones culturales en los primeros años de vida de los sujetos, ya que será a partir de ellas que las personas se introducen al mundo y alcanzan un sentido de pertenencia, donde además, adquirirán las múltiples formas y explicaciones del mundo al cual van a pertenecer:

El ser humano, para significarse a sí mismo, se percibe dentro de una intrincada relación biológica, social, cultural, religiosa e histórica. Sólo dentro de una pertenencia grupal, que especularmente le regrese su imagen, él puede identificarse y conocerse a sí mismo. Por ello, el riesgo de romper pertenencias que lo puedan conducir a negarse a sí mismo como un ser atemporal sin pertenencia.³³

Podemos decir que, para entender las significaciones sociales colectivas de la enfermedad resulta importante analizar los elementos: sexualidad – culpa – enfermedad y cura. Lo que abre paso o se desencadena, según la idiosincrasia mítico-religiosa de la mujer, a un conjunto de significaciones sociales imaginarias que, instituidas a partir del mito judeo-cristiano, dan como resultado una concepción coherente de la propia condición existencial en una situación de “extrema «penitencia» física”.

³³ Jáidar, Isabel, “Por los senderos de la subjetividad”, en Jáidar Isabel comp. *Tras las huellas de la Subjetividad*, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, México, 1998, p. 16

Si pensamos que la mujer incorpora los discursos colectivos, en este caso los mitos, que vendrían a ser conformadores de su subjetividad, estaremos sosteniendo que los discursos sobre la enfermedad están organizados sobre una tradición mítico-religiosa, en la cual las mujeres estuvieron y están inmersas. Habría de señalar que, la eventualmente enferma, sostiene con su mundo una relación simbólica en la que se desplegará su propia historia” todo modo de existir en el mundo posee su propia cotidianidad” y su modo de organizar “día con día la vida individual, familiar y social”³⁴

¿Pero cuál es ese modo de organizar? ¿Por qué se construye de ese modo y no de otro el sentido de la experiencia de la enfermedad? Aquí nos interesa analizar cómo, justamente a través del mito, las mujeres recrean sus experiencias con la enfermedad. Pero además, interesa mostrar que el mito les permitió darle un sentido diferente a sus vidas y recuperarse, incluso, de la enfermedad del cáncer de mama.

Por otra parte, la relevancia del mito estriba en que sirve de análisis para la propia identidad cuando ésta requiere ser cambiada o transformada. “El mito se convierte así en el paradigma para la reflexión de sí mismo”³⁵. Y es ésta forma de diálogo la que lleva al sujeto a reconstruir, reacomodar o reorganizar su entorno, siendo esta última una condición necesaria para el sostenimiento de la misma identidad ante un entorno cambiante. En el caso de la enfermedad del cáncer dicho mito permitió ser contenedor de un padecimiento, en donde, el imaginario colectivo gira en torno a la muerte. “Fue necesario aferrarme a Dios”, menciona una paciente que sufrió cáncer de mama.

De esta manera, el estudio de la enfermedad no obedece exclusivamente a las fuentes médicas, remite también a la búsqueda de significados que la sociedad ha creado a lo largo de la historia. Además, buscar los significados organizados colectivamente sobre el cáncer, es recobrar la presencia del cuerpo. Desde ésta

³⁴ Domenella, Ana Rosa, Pasternac Nora, *Las voces olvidadas. Antología crítica de narradoras mexicanas nacidas en el siglo XXI*, El colegio de México, México, 1997, p.169.

³⁵ Jaidar Isabel, *op. cit.*, p. 11.

investigación se indaga sobre un cuerpo que no se reduce a un conjunto de trastornos o síntomas físicos, ya que estos no dicen mucho. El estudio de la enfermedad involucra un cuerpo simbólico, constituido en un mundo de relaciones y significados, obviar esta perspectiva la mujer o el hombre quedarían sumergidos en un estado de enajenación y fuera del mundo en el que habitan.

2.4. El cuerpo

Indagar sobre el cuerpo, a través de pacientes y médicos, permite un acercamiento a los significados que ambos construyen sobre él, pero sobre todo, al impacto que tiene sobre las mujeres la enfermedad y el involucramiento del cuerpo, puesto que más allá del malestar físico, se abren muchos otros elementos importantes para su análisis.

Desde los postulados que le conceden un origen divino hasta los que afirman su evolución natural, el cuerpo ha sido considerado como un espacio ocupado por almas, espíritus, demonios, deseos, órganos biológicos, etc. Conceptuar el cuerpo ha sido objetivo fundamental de muchas ciencias, desde la Filosofía, las Ciencias Naturales, Sociales y otras disciplinas. De tal modo, se habla de cuerpo orgánico en Medicina, de cuerpo social en Sociología, el cuerpo del placer en Psicoanálisis. Sin embargo, hasta este momento es difícil pensar en una definición precisa y acabada.

Quizá por esta ambigüedad que prevalece en torno al concepto y la definición de "cuerpo", las investigaciones de la enfermedad generan muchas controversias entre distintas disciplinas. Mientras unas afirman que "eliminando el síntoma se adquiere el equilibrio del cuerpo", otras enfatizan que la única forma de entender un padecimiento es incorporando el cuerpo metafóricamente hablando. Esta postura lleva a pensar que el cuerpo es resultado de un entramado de relaciones que lo constituyen y que, por su carácter histórico, es difícil de aprehender, ya que el cuerpo puede presentarse como un organismo material, pero, al mismo tiempo, es una metáfora: está presente y está distante, es espacio y tiempo, puede ser singular y, a la vez, ser colectivo.

La aparición de nociones como “conciencia del cuerpo”, “esquema corporal”, “imagen del cuerpo” y otras, dan cuenta de la preocupación que ha existido por investigar al cuerpo. Quizá es por eso que, hoy en día, observamos un poderoso movimiento filosófico que intenta “pensar el cuerpo”, como si éste hubiera estado olvidado o rechazado durante un largo período y que hoy empezara a imponer su presencia. Sin duda, esto resulta problemático para las ciencias de la salud, las que pretenden explicar un mal funcionamiento del cuerpo a partir de alguno de sus elementos, cuando en realidad la “causa” del trastorno puede ser múltiple o estar en otro lugar.

Sin embargo, para la Antropología, los cambios de costumbres y de ritos llevan al cuerpo al terreno del orden simbólico; en el Psicoanálisis, estos cambios pueden significar el placer o la represión de éste. Visto así, el cuerpo no es sólo un producto biológico, sino una imagen histórica, una visión espacio-temporal, así como una palabra que es punto de partida y de llegada y que consolida toda la trama humana. Los desafíos son muy grandes, ya que las investigaciones muestran que las significaciones sociales del cuerpo son muy amplias y están presentes en todas las áreas de la organización, la vida y la acción social de los sujetos.

2.4.1. El Cuerpo como Naturaleza o Cultura

En la medida en que los sujetos pueden actuar en los niveles de la fisiología y de la biología, es decir, pueden tener sus afecciones, pero también las pueden producir, se genera la necesidad de repensar la enfermedad, ya que ésta pone de manifiesto el difícil dilema social del sujeto: naturaleza vs cultura.

Turner³⁶ considera que es necesario pensar en algunos movimientos sociales que han dado origen al análisis del cuerpo y menciona que el cuerpo sexuado se ha vuelto socialmente insuficiente, debido a que los valores sociales y naturales ya no están centrados en la diferencia sexual, sino en la diferencia de género, siendo el pensamiento feminista el que ha dado un giro social al problema

³⁶ Turner, S. Brayans. *Op. Cit.*

del cuerpo; es decir, puntualiza que el cuerpo y el sexo se constituyen en campos de investigación, reflexión y análisis.

Es posible decir que las maneras de vivir y morir en la sociedad, así como la manera de elaborar ritos y cultivar el cuerpo, no escapan al espacio constituido por la familia, ya que, socialmente hablando, cada familia hace la combinación que le resulta más factible para adaptarse a las formas de vida individual y colectiva. Lo anterior significa que cada familia organiza o estructura sus formas de resistencia o adaptación a la normatividad social que, a su vez, construyen sus maneras de ver y sentir el cuerpo.

...resulta interesante observar cómo el cuerpo, para un gran número de personas en muchas comunidades rurales de nuestro país, tiene un lugar olvidado, incluso de frecuente maltrato, sin que ese hecho resulte destacable o significativo para quien lo padece [...] Se constituye tan sólo en un espacio para el trabajo, la matemidad y los padecimientos físicos, siendo fundamentalmente un lugar de inscripción de la enfermedad, del dolor, del sufrimiento, del castigo corporal y, con todo ello, en causa de la constitución de un *cuerpo- dolor* (Jaidar1999:21).³⁷

Para otros autores, existe una relación directa entre la ubicación sociocultural del sujeto y la manera de representar su cuerpo. Esta manera de pensar, de ver y darle un lugar al cuerpo se manifiesta en forma de hábitos, costumbres y maneras de instituir en el espacio familiar las diferencias con los otros. Lamas³⁸ considera que el cuerpo es un terreno donde se localiza lo simbólico y lo psíquico. Para la autora, el cuerpo es simbólico, social, cultural e histórico. Desde este panorama el cuerpo constituye y comparte un lenguaje, incorpora los discursos construidos para él: el médico, religioso, pedagógico, etc. El cuerpo se despliega de lo biológico a lo simbólico por el sostén fundamental de que son los vínculos afectivos los que están mediados por las palabras.

Para Dolto, la constitución del cuerpo no está en estrecha relación con los sentidos, sino que la imagen del cuerpo parece originarse de las elaboraciones

³⁷ Jáidar, Isabel, José Pérrés, Mitología, sincretismo y cuerpo dolor, en *Cuerpo: significaciones e imaginarios*, Carrizosa Hernández Silvia Com. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México, 1999, p.13.

³⁸ Cfr. Lamas, Marta, *Op. Cit.*

simbólicas de las relaciones emocionales con los padres y no de las relaciones sensoriales, como tales, con ellos, y argumenta lo siguiente: “Comprendemos, por ende, que la imagen del cuerpo se constituye por referencia a la visión efectiva de la faz materna, y a las señales sensoriales emitidas repetitivamente por la presencia de la madre. Por ello, el lactante, que no se conoce sino por referencia emocional a su madre, muere a la imagen de su cuerpo, elaborada en intercambio con ella, si su madre llega a desaparecer mientras que su propio cuerpo carnal sobrevive.”³⁹

El sujeto adquiere la connotación de humano en contacto con los personajes significativos de su vida; con la madre al principio o quien sustituya su función, lo que le permitirá enfrentar los peligros del medio; con esto adquirirá seguridad en sí mismo y, por consiguiente, confianza en el mundo que le rodea. De ahí, la importancia de los escritos de Winnicott⁴⁰ en relación a la función materna en la conformación psíquica. Para el autor, la función de la madre puede agruparse en tres momentos:

- a) Sostenimiento: la forma en que la madre toma en sus brazos al bebé está estrechamente relacionada con la posibilidad de identificarse con él. El sostenimiento constituye el factor básico del cuidado, cualquier falla provocará una intensa angustia en el niño, provocando lo siguiente:
 - a. La sensación de desintegrarse.
 - b. La sensación de caer interminablemente.
 - c. El sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como reaseguración y otras ansiedades que son descritas como “psicóticas”.
- b) La manipulación contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicósomática que le permite percibir lo “real” como contrario a lo “irreal”. La manipulación deficiente atenta contra el desarrollo del tono muscular y contra la llamada “coordinación” y también contra la capacidad del niño para disfrutar la experiencia del funcionamiento corporal y de la experiencia del ser.

³⁹ Citada en: Baz Margarita. *Cuerpo: significaciones e imaginarios*. México, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, 1999, p. 200

⁴⁰ Winnicott, W. Donald, “Desarrollo afectivo y socialización de los niños. La relación inicial de una madre con su bebé”, en *Programa para la transformación y fortalecimiento académico de las escuelas normales. Desarrollo infantil I*, SEP, México 2000, pp. 37-38.

- c) La muestra de objetos o realización (esto es, hacer real el impulso creativo del niño) promueve en el bebé la capacidad de relacionarse con objetos. Las fallas suscitadas en este aspecto bloquean el desarrollo de la capacidad del niño para sentirse real al relacionarse con el mundo concreto de los objetos y de los fenómenos.

Así parece transcurrir el pasaje de convertirse en sujeto, estableciéndose una unidad entre el cuerpo o las funciones corporales y la psique, viéndose conjugadas la herencia, el proceso de maduración y la experiencia de la vida. Sin embargo, esto no tendrá lugar si no existen las condiciones favorables para lograrlo.

En ese mismo sentido Schilder considera que el niño incorpora ciertas partes de los cuerpos de los demás a su propia imagen corporal, o sea, que adopta la actitud asumida por los demás frente a las distintas partes del cuerpo: "cuando tomamos las imágenes corporales de los demás, lo hacemos parcial o totalmente. En este caso hablamos de identificación" Sin embargo –continúa el autor- de la misma manera que las adoptamos, también en algunos casos el sujeto tenderá a deshacerse de ellas, proyectándolas hacia los demás. Lo que evidencia que el cuerpo no está en una relación directa con sí mismo, sino en relación directa con los demás, la historia particular es, al mismo tiempo, la historia de los demás seres humanos.

Argumento que se puede dilucidar mejor desde la teoría Psicoanalítica, por ejemplo Aberastury y Knobel exponen que en el caso del adolescente, en un primer momento, se siente dolorosamente separado del medio familiar, además de enfrentar los cambios en su cuerpo. Ser adolescente implica experimentar el desprendimiento de un cuerpo infantil y como dicen los autores "sólo algunos logran el hallazgo de encontrar el lugar de sí mismo en su cuerpo y en el mundo, ser habitantes de su cuerpo en un mundo real, y también adquirir capacidad de utilizar su cuerpo y su lugar en el mundo."⁴¹

⁴¹ Aberastury, Arminda y Mauricio Knobel, *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*, Paidós Educador, México, 1999, p. 19.

El cuerpo en el adolescente, entonces, se toma ambivalente, por una parte, una posesión íntima y privada, y por otro, un espacio de una sexualidad con manifestaciones y exigencias que vienen de fuera y le son ajenas. Es importante resaltar que las transformaciones del cuerpo del hijo sobre los padres y lo que éstas ocasionan han sido poco o nada consideradas en estudios exploratorios de este tipo. El adolescente provoca una revolución en el medio familiar y social, y esto ocasiona un problema generacional no siempre resuelto. "Los padres viven los duelos por los hijos, necesitan hacer el duelo por el cuerpo del pequeño hijo, por su identidad de niño, y por su relación de dependencia infantil."⁴² Es decir, los padres tienen que hacer una renuncia por la imagen de hijo-niño y evolucionar hacia una relación hijo-adulto, lo que implica la aceptación de muchas renuncias de su parte. Las transformaciones del cuerpo del niño-adolescente se ve enfrentado con una aceptación del devenir, del envejecimiento, la enfermedad y de la muerte.

Desde la perspectiva del psicoanálisis la construcción del cuerpo se da, en un primer encuentro, con la familia, que es el espacio que marca el primer punto de entrada y salida a ser reconocido como un sujeto social; lugar donde la función de la madre está encaminada a que reconozca el cuerpo del hijo, se haga responsable del diálogo, de las miradas y los contactos cuerpo a cuerpo. La palabra está unida al cuerpo. Éste se alimenta de aquélla. Sin su provisión, el cuerpo enmudece o se encierra en un monólogo, lugar vacío y carente de comunicación; es posible decir que las respuestas se hacen presentes en la medida en que la madre existe, marcando así el camino que conducirá al lenguaje y, por consiguiente, al mundo del aprendizaje. "El cuerpo habrá de proyectarse hacia el mundo y el mundo será introyectado hacia el cuerpo."⁴³

Para Piera Aulagnier⁴⁴ las dolencias del cuerpo dan cuenta de la ausencia de palabras, el cuerpo fragmentado y la percepción de órganos dispersos

⁴² *Ibid.* P. 123

⁴³ Schilder, Paúl, *Imagen y apariencia del cuerpo humano*, Paidós, Argentina, 1958, p. 122.

⁴⁴ Aulagnier, Piera, "Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia", en Luis Horstein (comp.), *Cuerpo, historia, interpretación*, Paidós, Argentina, 1994, pp. 117-170.

involucran una relación fallida con el otro; pues, en su relación con el otro, el cuerpo adquiere su significación, se organiza y adquiere un sentido, que no es más que el de la existencia misma. De acuerdo con la autora, existe una relación entre el cuerpo y la realidad; esta relación es correspondiente a lo que el sujeto, oye, deforma o permanece fuera del discurso de los demás.

Es posible decir que el lugar del cuerpo no está en lo somático; pues, cuando hablamos de ausencia de la palabra, hablamos de carencia de la simbolización; es decir, que si el sujeto queda anclado en una primera relación madre-proveedora de ambiente cálido, permanece encadenado a ella, le devuelve la ilusión de plenitud, de una totalidad e integridad originarias. Renunciar a ello significa acceder a lo simbólico del lenguaje, al cuerpo que lo hace humano. De ahí que la pérdida, el primer duelo de ese primer objeto, parece ser la condición para alcanzar un desarrollo humano. Es la relación con otro lo que introduce un orden al lazo social; será desde las necesidades vitales cubiertas por los cuidados maternos, hasta lo que le es dado a conocer con un lenguaje no verbal (gestos, caricias, miradas) lo que lo perderá como orgánico, implicando esa pérdida el advenimiento como cuerpo. Por lo que, cuando se menciona el concepto de cuerpo no se está aludiendo a exclusivamente a una anatomo-morfología de éste, sino a aquello que le permite ser cuerpo, y apropiarse de él. Pero, además, y de manera más profunda, permite introducir el desorden fijado por el "síntoma" o las dificultades que se viven a partir de una enfermedad, y en particular lo que se quiere transmitir a través de ella. "Cuando la palabra ha sido anulada o prohibida, el cuerpo expresa este sufrimiento del sujeto como una forma primaria de enviar un mensaje a los otros, como señal y como lucha"⁴⁵. Desde esta apreciación teórica es importante indagar sobre el cáncer de mama.

En relación a la enfermedad Riviere⁴⁶ pensaba que algunos sujetos creaban una conexión entre su cuerpo, la salud y la queja. Esas manifestaciones revelan

⁴⁵ Fernández Rivas L, y Ma. E. Ruiz V. "Las cicatrices del cuerpo", en Carrizosa Hernández, Silvia (comp), *Cuerpo: Significaciones e Imaginarios*. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1999, p. 62.

⁴⁶ Riviere, Pichón, *Teoría del vínculo*. Nueva Visión, Argentina, 1990, pp.31-33.

las fantasías que esconden o encubren algo, con ello el cuerpo intenta enviar un mensaje recurriendo a una sintomatología. El sujeto a través de sus órganos y funcionamiento intentan dar cuenta de contenidos inconscientes. A este respecto, Fernandez y Ruíz citan a Perrierp. F. quien señala: "El hipocondríaco vive un sentimiento de ajenidad con su cuerpo, en él pone su sufrimiento. A la vez, concentra su dolor en alguna parte del cuerpo, el órgano enfermo desplaza y descatectiza su historia y su vida"⁴⁷.

Acercarse al cuerpo en estos términos, me permite reconsiderarlo, recuperarlo con sus sentimientos y múltiples afectos; los cuales, han sido poco retomados por las ciencias de la salud. Podríamos decir, en cambio, desde la psicología social, que el cuerpo no se puede entender sin su historia, de la cual es testigo y memoria. El cuerpo contiene una historia, una trama familiar con sus conflictos, temores, fantasmas. Para Baz M. "el cuerpo tendrá que ser concebido como historia, como fuerzas donde palpitan las huellas de la vida pulsional y afectiva, y se arraigan los códigos de la sociedad, sin la cual el cuerpo como historia no existiría. Y si es historia, quiere decir que el organismo ha sido arrancado del mundo de la naturaleza y devenido cuerpo."⁴⁸

El cuerpo es el gran archivo de la vida del sujeto, historia construida con las diversas versiones de los otros. Una historia no olvidada y almacenada en los grandes volúmenes, cuyo contenido habla de experiencias, emociones, recuerdos, traumas, discursos, etcétera. Ir tras el cuerpo es situarnos en un largo camino casi siempre inconcluso. A lo que únicamente accedemos cuando indagamos sobre el cuerpo es a sus huellas, que generalmente son cicatrices, heridas que duelen, orgánico es el dolor y el malestar; pero pienso que, siempre que se sienta dolor, siempre que se sufra, nos tendríamos que remitir a los rastros donde inició el sufrimiento y el dolor de nuestro cuerpo. Ya que el cuerpo contiene y sostiene el registro de los eventos pasados, en él surgen o se originan los deseos y sus

⁴⁷ *Op. Cit.* p.66.

⁴⁸ Baz, Margarita. "El cuerpo en la encrucijada de una estética de la existencia", en Silvia Carrizosa, comp *Op. Cit.*, 1999. P.p. 25-26.

desfallecimientos. Es en el cuerpo donde se entrelazan y entra en lucha sus inagotables conflictos.

2.4.2. Cuerpo y enfermedad

El cuerpo, desde las experiencias con mujeres con cáncer, puede ser conceptualizado más allá de las intervenciones médicas, es decir, con la enfermedad adquiere otra valoración, hay momentos en que se oculta, se anula y agudiza sus malestares. Es por ello que resulta interesante retomar lo que Dolto⁴⁹ señala sobre la crisis de representación corporal, mencionando que cada sujeto construye una "novela corporal"; en otras palabras, la forma en que el sujeto va enfrentando y elaborando los cambios bruscos o graduales de la realidad corporal. Pueden ir desde la pérdida de un miembro, enfermedades o cirugías, hasta las inevitables transformaciones de la pubertad, el envejecimiento, etc., pasando por las múltiples situaciones socioculturales en las que el cuerpo es mirado y juzgado. Dichas experiencias generan ansiedades propias de situaciones de cambio.

El cuerpo ante la enfermedad del cáncer pierde un sentido de propiedad, se convierte en un cuerpo que ya no se discrimina, generando un vacío, que no permite más al reconocimiento. El cuerpo al enfermar se torna extraño al sujeto, se experimenta sin afecto y carente de vínculos, en una sensación de un cuerpo que se ha perdido.

Resulta útil, en este caso, lo que Schilder menciona sobre la enfermedad orgánica. Según el autor, las sensaciones anómalas alteran de forma inmediata la imagen del cuerpo, tanto en el lado figurativo como en el terreno libidinal. Los síntomas de las enfermedades orgánicas, así como las psicógenas, actúan sobre la imagen del cuerpo; es decir, lo psíquico repercute en el cuerpo. Desde su punto de vista, todos los sujetos, durante su vida, reúnen experiencias con síntomas relacionados con los órganos. Esas experiencias se originan en las relaciones con los otros. Dicho de otra manera, el sujeto que enferma orgánicamente adquirió esa experiencia en momentos tempranos de su vida, y el interés radica en explicar cómo las actitudes psíquicas pueden influir sobre los órganos internos.

⁴⁹ Baz Margarita, *Op. Cit.*, p. 39.

La enfermedad orgánica parece estar relacionada con manifestaciones tempranas de la infancia, o sea, que el sujeto que enferma puede tener una historia de vida vinculada a experiencias tempranas con la enfermedad. Sin embargo no hay conciencia de ella, (el término conciencia se utiliza en sentido coloquial) y por el otro, hay una manifestación consciente de ella, sin saber a ciencia cierta lo que oculta.

Se puede decir que la presencia de la enfermedad va a estar acompañada por un temor general a la desintegración del cuerpo, a su fragmentación, a su pérdida o, como lo nombra Schilder, al desmembramiento. Y es en esa experiencia donde el paciente demanda al médico que le esclarezca la ansiedad que le genera la enfermedad. La práctica médica, sin embargo, se enfoca a los signos y síntomas del cuerpo, lectura que quizás agudiza la enfermedad del paciente. De ahí, que sea de sumo interés para la psicología social seguir investigando la relación entre lo orgánico y lo psíquico, e intentar nuevas respuestas a interrogantes como: ¿Por qué el individuo se enferma en un momento determinado? ¿Por qué es incapaz de resistir psicológicamente el impacto de la situación? ¿Por qué modifica su imagen corporal? ¿Por qué se enferma de ciertos órganos y no de otros? ¿Cómo se manifiesta el dolor en el proceso de enfermar?

2.4.3. El Cuerpo como objeto en el hospital

Se puede decir que los problemas de salud del cuerpo, como se manifiestan en la actualidad, tienen su origen en la desvinculación del sujeto respecto de sus dimensiones social, cultural, histórica y psíquica. Porter⁵⁰ menciona que el recorrido más profundo de la naturaleza humana, se inicia a partir de la incorporación de la disección a la práctica médica. Es la incorporación de la disección la que ha sostenido, en la medicina occidental, que la salud y la enfermedad radica en una investigación constante y permanente sobre el cuerpo,

⁵⁰ Cfr. Porter, Roy. *Breve Historia de la Medicina. De la antigüedad hasta nuestros días*, Taurusminor, México, 2004, pp. 53-61.

sin embargo, esto ha favorecido además a un reduccionismo extremo al centrarse en las partes y pasar por alto el conjunto.

La práctica médica ha convertido al cuerpo en un objeto de manipulación, al introducirse en el mundo del hospital un ejército de personal que lo espera. Técnicos, personal complementario, administradores, todos ellos ponen en práctica sus saberes. “Los hospitales se han convertido en fábricas poco eficientes, donde se practica la medicina que la medicina exige, no la que necesitan los pacientes”⁵¹. Esta disolución ha propiciado la negación del cuerpo en una sociedad consumidora de sujetos, donde se promueve constantemente un atentado a los cuerpos.

En la sociedad actual está ocurriendo una apropiación y dominación del cuerpo. Muchas disciplinas, con sus mecanismos o medios se encargan de ordenar el cuerpo, se adueñan de su movimiento, diseñan su imagen, incorporan el ideal de cuerpo, y esbozan sus funciones vitales. Burin⁵² haciendo referencia al tratamiento psiquiátrico, explica que el saber sobre las mujeres, es manifestado por los hombres que han adquirido la formación sobre los conocimientos de la medicina, centrando su interés en la biología de los cuerpos de las mujeres. A partir de una explicación del orden de lo natural, el médico le justificará a la mujer su futuro incierto, por lo que las mujeres buscarán en ese cuerpo biológico, quiénes son, qué desean, qué padecen, es decir, el discurso médico la nominará como mujer.

Los discursos sobre el cuerpo van creando y recreando en los sujetos una identidad que los transforma, tanto en su relación con ellos mismos como con los demás. Son las miradas, los contactos, los rechazos, los estigmas, los que dan la posibilidad de aceptar o rechazar el cuerpo y, en el caso del enfermo, el padecimiento.

⁵¹ *Ibid.*, p. 231

⁵² Cfr .Burin, Mabel, Susana Velázquez, Esther Moncarz, *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Paidòs, México, 2000, pp.22-50.

De acuerdo con Foucault la historia del cuerpo ha sido retomada desde hace tiempo; los estudiosos del cuerpo lo han analizado en el terreno de la demografía, de la patología, como ente de necesidades, de procesos metabólicos; han garantizado inclusive el tiempo en que la muerte se va a hacer presente. Para las ciencias médicas, lo "natural" se ha convertido en la esencia de la vida de los sujetos. No obstante, dice Foucault, que el cuerpo está también directamente inmerso en un campo político; las relaciones de poder operan sobre él, lo cercan, lo marcan, lo dominan, lo someten al suplicio, lo fuerzan a trabajos, lo obligan a ceremonias, exigen de él unos signos"⁵³.

El cuerpo se convierte en el objetivo de la racionalización moderna, pues se toma el blanco del saber y del poder. Los tejidos del poder pasan hoy por la salud y el cuerpo. Antes se deslizaban por el alma, ahora atraviesan el cuerpo. Minello manifiesta que, es a partir de la edad clásica cuando se hace todo un descubrimiento del cuerpo como objeto y como blanco de poder, un cuerpo que se manipula, al que se le da forma, se le educa, obedece, responde, se vuelve hábil y sus fuerzas se multiplican: "El gran libro del hombre-máquina ha sido escrito simultáneamente sobre dos registros: el anatómico-metafísico [...] y el técnico político [...] Dos registros muy distintos, ya que se trataba aquí de sumisión y utilización, allá de funcionamiento y de explicación: cuerpo útil, cuerpo inteligible. Y, sin embargo, del uno al otro, puntos de cruce"⁵⁴

El cuerpo empieza a perder las dimensiones histórico-sociales de su entorno espacio-temporal bajo las fuerzas de las ciencias de la salud. La cultura científica promueve los procesos de individuación y el manejo racional del cuerpo, a través de una práctica médica, cuyo énfasis está en la promoción de una "calidad de vida", significado que apunta a promover "nuevos estilos de vida". "El cuerpo mismo se convirtió en el punto central de las prácticas científicas,

⁵³ Foucault, Michael, *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. Nueva criminología, Siglo XXI, México, 1988, pp. 32-33*

⁵⁴ Minello, Martini, N. *A modo de silabario. Para leer a Michael Foucault. Jornadas 127, El colegio de México, México, 1999, p. 89.*

convirtiéndose las instituciones de salud en espacios privilegiados para el ejercicio de las mismas”.⁵⁵

Las instituciones hospitalarias no son únicamente escenarios donde se gestionan expedientes o una arquitectura y espacios escasos de sentido para los sujetos que ahí se encuentran o a las que asisten. Las instituciones hospitalarias, como tales, contienen las formas en que el paciente va a experimentar la enfermedad; lugares donde se ponen en juego los imaginarios sobre los padecimientos, terreno de encuentros y desencuentros entre el paciente y el médico, territorio donde se organizan y manifiestan acciones para el cuerpo, así como, las amenazas que circulan sobre él.

Goffman, refiriéndose a las instituciones totales dice que: “son un espacio donde el cuerpo inicia su mayor degradación, con acciones institucionalizadas que son sostenidas a manera de ritos a través de los cuales, cuando el sujeto ingresa llega con una concepción de sí mismo producto de su historia personal; pero apenas entra, se le somete a una serie de manipulaciones, degradaciones, humillaciones que profanan su Yo”⁵⁶.

El proceso de “admisión” es tan solo el primer atentado contra el Yo, que se inicia al tomarle su historia social, su peso, su talla, etc. Es notable cuando se le asigna un número y se le retiran sus objetos personales. La agresión se vuelve más obvia cuando se le desviste, se le palpa y manipula, se le baña, desinfecta y se le corta el pelo. Se le da otra vestimenta, se le instruye acerca de las normas hospitalarias, se le acomoda y delimita el espacio. Goffman también señala que “Los procedimientos de admisión podrían llamarse mejor de “preparación”, ya que al someterse a todos esos manoseos, el recién llegado permite que lo moldeen y lo clasifiquen como objeto que puede introducirse en la maquinaria administrativa del establecimiento para transformarlo paulatinamente mediante operaciones de

⁵⁵ *Ibid.*, p. 90.

⁵⁶ Goffman, Erving. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1972, p. 243.

rutina.” Acciones que lo afirman como objeto material, atrapamiento del cual ya no tiene salida.

En el caso de las mujeres que padecieron cáncer, su encuentro con la institución marcó la experiencia con la enfermedad, ellas, al igual que lo menciona Goffman, se expusieron a los ritos o ceremonias institucionales en los que se antepusieron sus pesares, dolores, angustias y miedos que les generaba el cáncer de mama. Pero sobretodo fue un encuentro el que más impacto el proceso del padecimiento: su relación con el médico.

2.5. La transferencia y la contratransferencia en la interconsulta hospitalaria

Transferencia y contratransferencia son términos que, si bien, se originaron en el campo psicoanalítico son susceptibles de aplicar al campo de la medicina. Según Freud, la transferencia está presente en toda relación humana: Médico-enfermo, docente-alumno, sacerdote-creyente, etcétera. Aunque, eso es cuestionado por los teóricos de las Ciencias Sociales, en mi trabajo, con mujeres enfermas de cáncer, observé evidencias de este fenómeno psicológico. Dentro del psicoanálisis, la transferencia es definida como “el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan en ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos, y, de un modo especial dentro de una relación analítica”⁵⁷.

Los fenómenos transferenciales y contratransferenciales siempre están presentes; pero, a diferencia de la experiencia psicoterapéutica, donde sí se les reconoce y se trabaja a partir de ellos, en el marco de las instituciones de salud son poco reconocidos. Valabrega sostiene que “la transferencia es todo lo que pasa entre el enfermo y el encargado de curarlo”⁵⁸. Es decir, que la terapia no sucede ni en el paciente ni en el médico, sino en ambos. La comunicación médico-paciente produce fenómenos psicológicos que surgen de la implicación personal de los involucrados en la relación. Incumbe al médico, al momento de reconocer y

⁵⁷ Laplanche, Jean, y Jean Bernard. Pontalis. *Diccionario de Psicoanálisis*. Labor, España, 1985, pp.459

⁵⁸ Citado en: Ferrari Héctor, Issac, L., Luchina, Noemi Luchina. *La Interconsulta Médico Psicológica en el marco hospitalario*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1977, p.63.

comprender las dolencias del enfermo, advertir los conflictos y problemas personales de sus pacientes, y utilizar esa comprensión sólo con fines terapéuticos.

Freud⁵⁹ afirmaba que es falso que la transferencia sea más intensa en un análisis que fuera de él. Sostenía que un sujeto, para quien la realidad no satisface su necesidad de amor, vuelca su esperanza libidinal hacia toda persona que se involucre en su vida. Y agregaba que, así como no podemos concebir una relación sin una identificación, tampoco se puede pensar una relación terapéutica sin reconocimiento de la transferencia. El paciente revive, en ese encuentro con el médico, los sentimientos y los afectos que experimentó en su relación a sus padres o quienes cumplieron esta función.

Dentro de la transferencia, el médico puede encontrar lo que el enfermo espera de él: sus fantasías sobre la enfermedad y la ayuda, es decir, lo que él cree que es ser ayudado y estar curado. En la relación médico-paciente también están presentes las manifestaciones subjetivas del médico –aspecto contratransferencial-, que pueden intervenir poderosamente en el ánimo del paciente. En ese encuentro, los límites del estar dentro o estar fuera se pierden, y es con la activación de sus propias identificaciones primarias, contenidas en el ejercicio de su vocación, con las que responde; por eso no resulta extraño encontrar manifestaciones de impulsos agresivos, que entran en conflicto con la posibilidad de sentir afecto por su paciente, curarlo y querer sacarlo de la enfermedad.

Sin embargo, en las ciencias médicas la subjetividad de los involucrados es silenciada a favor de la dimensión objetiva del saber, cuya finalidad se centra en la erradicación de la enfermedad. Esta acción introduce al médico y al paciente en un gran laberinto donde cada uno espera del otro algo que no es posible. Al respecto, Freud señalaba que “En la transferencia, el paciente deposita en el analista muchas emociones positivas, a menudo mezcladas con hostilidad, que no

⁵⁹ Freud, Sigmund, “La transferencia”, en *Obras completas*, Tomo XXII, Amorrortú, Argentina, 1996.

tienen su origen o razón de ser en alguna experiencia real. La forma en que aparecen y sus particularidades muestran que se derivan de deseos antiguos del paciente, que se volvieron inconscientes”⁶⁰.

Para la paciente, la enfermedad no representa solamente un proceso físico-orgánico o efectos emanados de principios de la biología, sino que es una experiencia profundamente afectiva. El médico, por el contrario asume su función como profesional calificado y especializado, trata de ubicar un diagnóstico y su tratamiento proponiendo un lenguaje sobre la enfermedad que pueda además ser compartido y libere de angustia al paciente.

Clyne B. Max (Citado por Balint y Norell) consideraba que: “hacer un diagnóstico tradicional tiene un doble objetivo: a nivel intelectual, constituye una evaluación de la enfermedad de un paciente con el propósito de indicar la etiología de la enfermedad, y sus efectos sobre el organismo y su funcionamiento, a los fines de clasificación, el pronóstico y el tratamiento. En el nivel emocional, sirve para estructurar una situación que suscita ansiedad, de modo que dicha ansiedad –tanto la del paciente como la del médico pueda ser aliviada”⁶¹.

En la práctica, el médico realiza su mejor esfuerzo y pone su capacidad terapéutica, sus expectativas y objetivos al logro de su meta máxima: curar, reparar o sanar las partes dañadas o destruidas por la enfermedad del cuerpo. En esta tarea también está incluida la identificación, una resonancia con el Yo del paciente, en un marco referencial que constituye parte de su encuadre (el hospital, consultorio, centros de salud, etc.); y, sin embargo, precisamente por la finalidad curativa, el médico rechaza establecer una relación con los pacientes que implique elementos emocionales, ya que éstos lo llevarían a un conflicto ante la posibilidad de fracaso. El médico tiende a intuir que en el proceso curativo contribuye de manera importante la relación transferencial, por ello es indispensable organizar

⁶⁰ Freud, Sigmund, “Hipnosis, Transferencia y sugestión”, en Fedida, Pierre, *Revista de Trabajo de Psicoanálisis*, 1984. Vol.3 (7). Argentina. P 18.

⁶¹ Balint, Enid, y Norell J.S., *Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta con el médico general*. Paidós, México, 1999, p.14.

espacios donde pueda esclarecer permanentemente sus identificaciones, afinidades, preferencias, rechazos, etc., que implican sus respuestas contratransferenciales.

2.5.1. Contratransferencia en la relación médico-paciente

La relación médico-paciente es bipersonal, compleja y dinámica, porque en ella se entrecruzan reacciones de carácter transferencial y contratransferencial. Estas reacciones emocionales surgen espontáneamente, aunque no siempre se les advierta, y muchas veces no se aceptan o se niegan. En la atención hospitalaria, el médico trata a la paciente como un objeto que le traen para curar, y no se percata de los sentimientos y afectos de ésta. En esta relación se descarta siempre que la figura del médico le sirve al paciente como pantalla transferencial en donde muestra sus conflictos y fantasías relacionados con la enfermedad. Por ello, resulta sumamente importante investigar acerca de la contratransferencia en la cotidianidad laboral hospitalaria.

Freud ahondó poco en el tema de la contratransferencia. En sus ensayos establece que ésta se genera a partir de la influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico, y enfatizó diciendo que "ningún analista ve más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas"⁶², sentando así las bases para fundamentar la necesidad de que el analista se sometiera al análisis personal. Si bien, hizo hincapié en la clínica analítica dicho argumento ha servido para repensar todo lo que ocurre en la intervención humana donde las relaciones entre los sujetos se ponen en juego.

En el quehacer médico, la contratransferencia es un elemento reprimido y negado, situación que no permite su exploración. En la formación médica no aparecen los cuestionamientos e interrogaciones sobre el profesional, generalmente éstas se apuntan y desplazan a los pacientes. Por lo que considero que, en la práctica de las disciplinas médicas, no debe enfatizarse exclusivamente el cuerpo biológico como objeto de estudio, sino pensar en el contexto situacional

⁶² Freud Sigmund, "El porvenir de la terapia analítica". En *Obras Completas*. Biblioteca Nueva. España, 1996. P. 1566

del "estar enfermo", del "estar internado" y los efectos que esta situación problemática tiene sobre la persona enferma, su familia y el equipo asistencial. Quizá sólo en esta forma se comenzará a entender y atender los complejos fenómenos psicodinámicos que se desarrollan en el campo de la medicina. Pero además introducir el análisis de la implicación, entendida como la refiere Lourau, a las relaciones conscientes o inconscientes que establece el actor y el sistema institucional del que forma parte.⁶³

Lo relevante aquí, no es tanto, situar estos fenómenos en el terreno de la clínica psicoanalítica, sino en reconocer que, al enfermar, se actualizan una serie de elementos afectivos que pueden estar marcados por el amor y el odio, y que ambos emergen de una situación de la enfermedad, que más allá de silenciarlos es conveniente ponerlos en evidencia como una forma de apoyar a las pacientes y a los médicos, mostrando además una lectura diferente sobre la práctica médica.

Para concluir, se puede decir que, las relaciones entre el médico y la enferma no están nada exentas de la reactivación de demandas de afectos que se originan en el proceso de la enfermedad. Los discursos de las mujeres hablan de un médico que fue odiado, por persecutorio y dañino durante su experiencia con el cáncer, por otro lado, aunque en la minoría de los casos, recuperan un médico benevolente, acogedor y tranquilizador ante los temores que el cáncer provoca.

El cáncer es una enfermedad sumamente compleja, y la relación médico paciente brinda elementos que nos conducen a nuevas indagaciones. A través de ellas quizá podamos recuperar a mayor profundidad, si la presencia y formas de acercamiento del médico están estrechamente relacionadas con la agudeza del padecimiento y las formas en que las pacientes asumen el tratamiento.

⁶³ Lourau, Rene, citado en: Manero Brito R. Introducción al análisis Institucional. *Revista de psicología Tramas*. Universidad Autónoma Metropolitana –Unidad Xochimilco. México 1990, p.135.

CAPÍTULO 3. MARCO CONTEXTUAL

3.1. Antecedentes

3.1.1. El cáncer de mama en México

En México la mortalidad por cáncer de mama representa un problema considerable quizás como resultado de la implementación de programas de salud que no han dado resultado, aunándose a ello el desequilibrio socioeconómico, a los grandes rezagos de servicios en algunas zonas del país, donde la organización social y el desarrollo económico afectan directamente al estado de salud de la población, en este caso específicamente a las mujeres.

En la década de los años 80, la problemática de la salud se caracterizó por los altos índices de desnutrición, saneamiento inadecuado, pobreza económica y educativa y escasos servicios médicos, que originaron la presencia de enfermedades infecciosas y parasitarias, ocasionando alta mortalidad infantil, así como elevados índices de natalidad. Todo esto se explica como consecuencia del acelerado movimiento poblacional, aunado a la industrialización en nuestro país, lo que propició una gran movilidad de la población de las zonas rurales hacia las urbanas en busca de fuentes de trabajo y mejores condiciones de vida. Esta movilidad causó también un desequilibrio ecológico, así como cambios en los hábitos alimenticios, se incrementó el consumo de alcohol y tabaco, aumentó el sedentarismo, la obesidad y el estrés, modificando el orden de las principales causas de mortalidad en el país; hoy representadas por enfermedades crónicas, cardiovasculares, tumores malignos, accidentes, diabetes mellitus, etc., es decir, el grupo de enfermedades “provocadas por el hombre”.

El Boletín de información estadística, en su apartado “Daños de la Salud”⁶⁴ presenta algunas explicaciones sobre la enfermedad del cáncer de mama y resalta que entre los factores de riesgo se encuentran: mujeres mayores de 30 años, una

⁶⁴ Secretaría de Salud. “Daños a la salud”, en *Boletín de información Estadística* 2005, No.25. Vol.II, pp. 27-35

vida menstrual de más de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años), presencia del primer embarazo a término después de los 30 años, el uso de anticonceptivos hormonales por más de 10 años, el antecedente personal de patología benigna de la mama y el antecedente familiar directo de cáncer de mama (madre, hermana). Otros factores son: la dieta rica en grasas, la ingesta de alcohol, la obesidad, el tabaquismo y la identificación de marcadores biológicos tumorales BRCA 1 y 2.

Por su parte, el Sistema Nacional de Salud considera que el cáncer mamario representa un desafío en materia de salud pública en nuestro país. Datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI)⁶⁵, sostienen que la mortalidad por cáncer mamario en México mantiene una tendencia ascendente con algunas variaciones en los últimos registros. En 2002 se notificaron 3,822 muertes por esta causa, lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 15.18 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más. Esta tasa representa la cifra más alta jamás alcanzada en el país y significa que diariamente mueren un poco más de 10 mexicanas por cáncer mamario.

Según datos preliminares del registro histopatológico del Seguro Social⁶⁶, el número de nuevos casos de cáncer de mama que se presentaron en el año 2002 fue de 11,242, una cantidad impresionante, si se compara con años anteriores, en los que no se superaba la cifra de 10,000 nuevos casos anuales. Ello significó que en las instituciones del Sistema Nacional de Salud del país, en el año 2002, se haya diagnosticado más de 50 casos de cáncer mamario en cada día laborable, y, lo más dramático, que en la gran mayoría de los casos el diagnóstico se produjo en etapas avanzadas de la enfermedad.

Las estadísticas de mortalidad hospitalaria⁶⁷ en el año 2005 reportan que en México los tumores malignos son la tercera causa de mortalidad en mujeres, representando el 11.5% de las defunciones hospitalarias. De este grupo, el tumor

⁶⁵ INEGI., *Anuario estadístico: mortalidad en México*. 2006 Disponible en www.inegi.gob.mx/anuarios_estadisticos/mortalidad.html. Op. Cit.

⁶⁶ INEGI., *Estadísticas del sector salud y seguridad social*. México 2004.

⁶⁷ Secretaría de salud. "Principales causas de mortalidad hospitalaria" 2005, *Op. Cit.*, p.p. 398-405

maligno de la mama, ocupa el primer lugar entre los tumores malignos como causa de mortalidad hospitalaria en mujeres como responsable de 1.7% de las defunciones a nivel nacional. Estos índices muestran variaciones interinstitucionales, lo cual está particularmente relacionado con el perfil de los derechohabientes de las distintas instituciones, que se diferencian entre sí por su distinto nivel educativo, cultural y socioeconómico.

Así, por ejemplo, en los hospitales de la Secretaría de Salud los tumores malignos son la cuarta causa de mortalidad, mientras que en el IMSS y los Servicios de Salud de PEMEX ocupan el segundo lugar de las defunciones hospitalarias (el primero lo ocupa la diabetes mellitus), en el ISSSTE los tumores malignos ocupan el tercer lugar entre las causas de mortalidad hospitalaria. Estas estadísticas corresponden solamente al grupo de mujeres en el cual, en todos los casos, el tumor maligno de mama ocupa el primer lugar entre los tumores malignos que afectan a la mujer. Se citan estadísticas hospitalarias, puesto que su utilidad como indicadores de salud es más confiable, toda vez que las estadísticas generales suelen contar con el sesgo de un mal llenado de los certificados de defunción cuando los decesos ocurren en el domicilio de las pacientes.

La información citada sobre las estadísticas de la morbimortalidad por cáncer de mama en México, plantea un panorama sobre la magnitud epidemiológica de la enfermedad y justifica el interés de las ciencias médicas por investigar sobre el tema. Sin embargo, desde la psicología social, la problemática del cáncer de mama debe ser analizada desde múltiples aristas, incluyendo los estudios antropológicos, sociales, y psicoanalíticos que permiten indagar sobre los diversos significados y explicaciones que otorgan las pacientes a su enfermedad, así como las formas terapéuticas que se construyen colectivamente para dar solución a los mismos.

Considero que al introducir el enfoque de las Ciencias Sociales a la problemática médico-salubrista, se promueve la reflexión entorno a los modelos médicos actuales, que rigen la atención de las enfermas y, en consecuencia se

genere un análisis sobre la dimensión sociocultural de la enfermedad y sobre la misma práctica médica.

3.1.2. Importancia social del problema

Si bien, esta investigación no se centra en el campo de la epidemiología, sí considero importante exponer algunos datos estadísticos, que permitan al lector situar la enfermedad del cáncer de mama. Cabe mencionar que en la búsqueda de la información, me encontré con diversas dificultades, entre las que puedo mencionar: la carencia de información o el atraso de la misma, datos poco actualizados, la ausencia de información sistematizada, y, sobre todo, diferencias entre los porcentajes reportados y cantidades de casos detectados por las diversas instituciones de salud.

Estos vacíos y carencias de información me hicieron pensar en las diversas problemáticas que involucran las formas de organizar y planear las acciones sobre la salud y la enfermedad en México, así como el hecho de enfrentarme a situaciones en las que la información me fue negada por ser “de uso exclusivo del sector salud”, lo cual me llevó a reflexionar que tal ocultamiento da cuenta de la magnitud de la problemática. “Recuerde que estamos en meses de elecciones” y “esa información únicamente la puede proporcionar el responsable y es muy celoso de ella, nadie más se la puede facilitar” son algunos de los comentarios que escuché durante mi búsqueda.

Lo anterior hizo que recapacitara sobre el *éthos médico*, entendido como “los diferentes valores, sentimientos y comportamientos comunes que dan la fisonomía específica a determinada cultura y un sentido de pertenencia a ella”⁶⁸, así como, las formas en las que se han construido y constituido los espacios de salud y el funcionamiento de ellos.

Para analizar las condiciones de salud que prevalecen en relación al cáncer de mama, se requiere información que describa el proceso salud-enfermedad;

⁶⁸ Gil, Montes Verónica, *Éthos médico. Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México*, Universidad Autónoma Metropolitana- Unidad Xochimilco, México, 2004, pp. XII-XXIX.

aspecto que, desde las ciencias médicas, se presenta muchas veces a partir de una dimensión estadística, en un intento de explicar la magnitud de este padecimiento y la intervención en el mismo. Desde el punto de vista de salud pública, la presencia o erradicación de una enfermedad está en íntima relación con las condiciones sanitarias; de ahí que algunos profesionales de la salud mencionen que enfermedades infecciosas y problemas perinatales se han reducido, dando paso a enfermedades no transmisibles, representadas principalmente por los padecimientos cardiovasculares, cerebrovasculares, los accidentes y el cáncer.

Los países denominados del primer mundo, o altamente desarrollados, presentan con más frecuencia el cáncer de mama, de colón, de recto, de pulmón y de próstata. En los países pobres, o del tercer mundo, el cáncer de cerviz uterino, de estómago, de esófago, de faringe y el hepático muestran las más altas tasas de incidencia. Las diferencias señaladas están relacionadas con el acceso y calidad de los servicios de salud, a la educación de la población para la detección temprana, y al cambio de hábitos de la población para disminuir la exposición a elementos carcinógenos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud⁶⁹, el cáncer de mama es la primera causa de muerte en la mujer. En el mundo, actualmente, ocurren un millón 135 mil muertes y casi un millón de mujeres en el año son diagnosticadas con cáncer de mama. En Estados Unidos, esta enfermedad es la primera causa de muerte en mujeres de entre 50 y 85 años. Este padecimiento en las últimas décadas, se atribuye también al aumento en la esperanza de vida, y al papel que pueden desempeñar determinados cambios en el medio ambiente, por lo que los estilos de vida de los sujetos se modifican. Dando como resultado que la enfermedad del cáncer en mujeres se convierta en una problemática que genera múltiples estudios en los últimos años. Algunos investigadores del cáncer consideran que, a pesar de que en años recientes ha surgido el área de

⁶⁹ Villaseñor, Navarro Yolanda, "Nuevo tratamiento contra el cáncer de mama". Suplemento la jornada. Recuperado el 30 de Junio 2000
<http://www.indes.com.mx/antiores/junio2000/htm/ssa85/html>

información y comunicación de riesgo de cáncer, existe todavía una gran falta de comprensión sobre su genética y ésta prevalece en la población en general.

La investigación realizada por Mellon, Berry-Bobovsky y colaboradores⁷⁰, muestra avances significativos en la genética del cáncer y en la identificación de la línea de mutaciones en los genes del cáncer como BRCA1 y BRCA2, así como también conduce, a partir del análisis con grupos focales de mujeres sobrevivientes y sus familiares, a nuevas opiniones en la valoración del riesgo genético para familias con un historial de cáncer ovárico o de mama. También resalta que se han efectuado pocas investigaciones con individuos y sus familias, sobre cómo la información acerca del riesgo de padecer cáncer es comunicada en el grupo familiar y los factores que pueden afectar al individuo y a todos los miembros de la familia. El estudio explora el conocimiento de los participantes sobre el riesgo de cáncer, sus percepciones y preocupaciones al considerar la información sobre riesgo de heredar la enfermedad, los patrones de comunicación familiar, y los factores que pueden afectar a la toma de decisiones cuando aprenden sobre los riesgos del cáncer hereditario en la familia.

Los hallazgos de este estudio mostraron las formas de comunicación familiar y el cómo se toman las decisiones sobre su salud, la falta de conocimiento sobre cáncer hereditario, la vigilancia en el cuidado de la salud y las barreras presentes en la comunicación sobre riesgo genético. El objetivo de ese trabajo está centrado en la necesidad de explorar la enfermedad en el escenario de la familia y todo lo concerniente a las experiencias con la enfermedad, incluyendo los significados que se le atribuyen a dicho padecimiento y las formas de comunicación que se dan entre sus integrantes a partir de que se presenta la enfermedad.

⁷⁰ Mellon Suzanne, Berry-Bobovsky Liza, Gold Robin, Levin Nancy, y Tainsky Michel, "Communication and decision-making about seeking inherited cancer risk information: findings from female survivor-relative focus groups". En *Psycho Oncology Review*, Vol. 15, (August, 2005) The University Detroit, Estados Unidos, 2006, pp.193-208.

Por su parte, Markovic y colaboradores⁷¹, analizan los factores sociales y culturales, que influyen en la aplicación de las terapias complementarias entre mujeres australianas de nacimiento e inmigrantes diagnosticadas con cáncer ginecológico, encontrando que aproximadamente un tercio de las mujeres utilizó medicina complementaria y alternativa, motivadas por las preocupaciones de salud actuales y creencias de salud relacionadas a la eficacia de diferentes modalidades. Sus averiguaciones muestran que hubo una baja respuesta, relativamente, de tratamientos complementarios y que la elección de los mismos estuvo influenciada por los orígenes socio-demográficos de las mujeres, su historia clínica, personal y la deficiencia en experiencias personales con cáncer ginecológico de los amigos y allegados de las participantes. Lo anterior subraya el valor cuantitativo de la información, pero hace pensar también que, ante la enfermedad quienes la padecen buscan formas curativas y explicaciones que están organizadas desde un orden cultural. Es decir, las enfermas de cáncer recurren a prácticas curativas que han sido constituidas e incorporadas por su colectividad. En éste estudio, la mayoría de las pacientes entrevistadas acudieron a prácticas curativas culturalmente establecidas, asistieron a remedios, en otros casos, buscaron curanderos con intención de refirmar o invalidar el diagnóstico médico y como forma de curarse de la enfermedad.

Algunas investigaciones sobre el tema están centradas en la relación médico-paciente. Al respecto, el estudio de Siminoff, Graham y Gordon⁷² buscó indagar si los patrones de comunicación entre oncólogos y pacientes con cáncer de seno, están asociados con las características sociodemográficas de las mujeres enfermas, y de los resultados obtenidos, resalta que los médicos dominaron estas conversaciones constituyendo el 66% de todas las emisiones, así como que los médicos dedicaron más tiempo y proveyeron más consejos

⁷¹ Markovic M., Manderson, L. Wray, N., Quinn, M. "Complementary Medicine use by Australian Women with Gynecological Cancer". En *Psycho Oncology Review*, Vol. 15. The University of Melbourne, Australia. 2006, pp. 209-220

⁷² Siminoff LA, Graham G, Gordon N. "Disparities in Doctor- Patient Communication Patterns of Breast Cancer Patients: The Influence of Socioeconomic and Demographic Factors". En *Psycho Oncology Review*. Vol. 14 Case Western Reserve University Cleveland, Ohio, 2005. p 12.

psicosociales y educación a pacientes jóvenes que a pacientes mayores, a pacientes blancas que a no blancas y a aquellas de altos y medios ingresos, comparados con pacientes de menores ingresos. Se concluyó que las prácticas de comunicación entre médicos y pacientes son afectadas por características sociodemográficas y que diversos aspectos sociales se entrecruzan con la enfermedad en la práctica médica.

Otro estudio interesante al respecto es el realizado por Wyatt, Kozachik, Given y Given⁷³, que tuvo como finalidad comparar a través de un diseño pre test-post-test los resultados de pacientes sometidos a quimioterapia. En éste, las mujeres recibieron cuidados estándar de cáncer, así como un programa de ocho semanas de terapia complementaria que incluyó los siguientes aspectos: 1) Imaginería guiada (curando imágenes escenificadas por música), 2) reflexología (masaje de 10 minutos para cada mano o pie), y 3) terapia de reminiscencia (discusión de historias familiares entre pacientes y sus familiares cuidadores). Los resultados indicaron que las mujeres que usaron una o más terapias alternativas, experimentaron más bajos niveles de depresión y ansiedad, e incrementaron los niveles de espiritualidad y calidad de vida en su totalidad. La experiencia de esta indagación sugiere la utilidad del diseño de futuras pruebas que utilicen terapias complementarias con pacientes de cáncer en tratamiento, así como, las ventajas de que éste no se centre exclusivamente en la medicina alopática, sino que, introduzca prácticas que obedecen al terreno de la psicología.

Una veta de investigaciones importantes en el tema, se refiere a los estudios que buscan explicar lo que ocurre en el cuerpo de las mujeres que enferman de cáncer de mama. Al respecto Woods, Kolderi, Mullen y Yang⁷⁴, analizaron el papel del ejercicio como una herramienta para el manejo del cáncer de seno. El estudio contempló un seguimiento del ejercicio continuo, y, de la viabilidad y la eficacia de éste, como una herramienta para el manejo de cáncer de

⁷³ Wyatt G, Kozachik. S, Given C.W, Given BA "Outcomes of Complementary Therapy Use by Chemotherapy Patients and Family Members". En *Psycho-Oncology Review*, Op. Cit. pp.1-104

⁷⁴ Woods TE, Kolden GG, Yang D, Mullen EA, Holland JC. "Exercise across the Breast Cancer Continuum: Risk Reduction, Rehabilitation and Palliative Care".En *Review. Psycho-Oncology*, Vol. 14, Op. Cit. pp. 1-2.



fatalismo, mientras que, los proveedores consideraron que los pacientes eran altamente fatalistas acerca del cáncer. Sugiriendo con ello que a mayor edad aumenta la percepción fatalista sobre la enfermedad.

Aunque el estudio se centró en la percepción de los pacientes en torno a la enfermedad, también se encontró que es necesario indagar más a fondo sobre la percepción de los proveedores. Es decir, que la visión que tienen los pacientes se enlaza a la de los profesionales de la salud. Se puede decir que ambos, presentan una percepción fatalista sobre la enfermedad. De acuerdo con los investigadores esta incongruencia puede tener implicaciones para la comunicación paciente-proveedor, por lo que, consideran pertinente seguir estudiando sobre el cáncer para realizar intervenciones médicas efectivas. Otro argumento fuerte que sostiene esta investigación, consiste en que los proveedores ven a los pacientes como mejores comunicadores y proporcionan más información si los pacientes hacen más preguntas y expresan sus inquietudes.

Percepciones acerca de que, si el fatalismo hacia el cáncer es portado por el paciente o percibido por el proveedor, podría limitar discusiones y crear limitaciones para la investigación acerca del cáncer, rápida detección y tratamiento. Por lo que sostienen que las futuras investigaciones podrían estar enfocadas hacia el proveedor, con la finalidad de que se diseñen estrategias de evaluación rápida. Que se recuperen las percepciones fatalistas a fin de promover intervenciones apropiadas para producir la comunicación. Estas intervenciones deberán estar enfocadas a animar a los pacientes, a discutir sus creencias y actitudes personales acerca del cáncer. La percepción fatalista se pretende retomar desde las salas de espera de los centros comunitarios de salud, donde empiezan los procesos con la enfermedad.

Este análisis resulta interesante, en tanto que, contempla recuperar la percepción que tiene el paciente sobre su enfermedad y, a la vez, involucrar a los profesionales de la salud, con la finalidad de establecer puentes de comunicación en donde el pasaje de la enfermedad se pueda experimentar psicológicamente de manera menos traumática. Así mismo, involucra otros aspectos, que no

corresponden propiamente a los desordenes orgánicos, sino que están relacionadas a otras explicaciones psicológicas que favorecen la rehabilitación de las enfermas y contribuyen a una mejor intervención médica.

Por otra parte, Del Allama⁷⁶ comparó los resultados de 286 mujeres con cáncer de mama, sobre la base de la posición económica. Su estudio analiza el tamaño del tumor, el momento del diagnóstico, el tratamiento y la supervivencia a lo largo de tres años. La autora menciona que se vio un cáncer temprano, en casi tres cuartas partes de las mujeres de la posición socioeconómica alta, y el 89% de ellas recibió un tratamiento adecuado.

El estudio de Del Allama sugiere que de las mujeres de procedencia más pobre y con una educación básica o elemental, no buscaron ayuda médica, hasta que el cáncer ya se hallaba en un estado avanzado, y sólo el 44% de ellas recibió un tratamiento adecuado. Esto, tuvo como resultado, una tasa de supervivencia general de 10 años para las tres cuartas partes (73%) de las mujeres de posición socio-económica alta, la mitad (49%) en la escala media y menos de la cuarta parte (22%) en el grupo de más bajo nivel socioeconómico.

La experiencia muestra, que el analfabetismo y la ignorancia, desempeñan un papel muy importante en la forma en que la gente se defiende contra sus enfermedades. Las mujeres de los sectores mejor educados no se ven tan afectadas por el estigma que ello conlleva. Sin embargo, son muchas las personas que no se pueden permitir el tratamiento, y sólo un diez por ciento de la población tiene seguro de asistencia sanitaria. Muchas mujeres usan las terapias alternativas, incluyendo la homeopatía y la curación a través de la oración y la fe, para evitar la intervención quirúrgica o la simple consulta.

Ese estudio confirma las observaciones que la autora establece, en cuanto a la relación entre el resultado y la posición económica de las mujeres con cáncer de mama, y explica que “[si bien] no nos sorprendieron las conclusiones... hasta ahora, no teníamos pruebas”. Del Allama señala también que la educación de la

⁷⁶ Del Allama Zeba Asis, *El estigma del cáncer de mama en países menos desarrollados*, España, 2002. Fuente: <http://www.buenafuente.com>.

gente, incluyendo la de los profesionales de la salud (los médicos), es una herramienta crucial en la lucha contra el cáncer y que es igualmente importante que las mujeres participen en los ensayos clínicos. Concluye diciendo que “Instamos a las mujeres a que, con el objeto de evitar la cirugía y tener que quitarles el pecho, dejen a un lado el estigma y busquen pronto asesoramiento médico”⁷⁷.

La autora considera que haciendo ésta labor muchas vidas de mujeres se podrían salvar. La relevancia de este trabajo, radica en que el estigma del cáncer en los países en vías de desarrollo tiene un impacto profundo para las mujeres, en este caso de Pakistán, puesto que el cáncer de mama lleva consigo un estigma que reduce su autoestima, impacta su imagen y devalúa su cuerpo. Lo anterior demuestra que ambos sexos ven a las mujeres enfermas como poco atractivas sexualmente, generando en ellas el abandono físico y emocional.

Lo expuesto hasta aquí manifiesta la preocupación que existe en relación al cáncer de mama, los estudios se centran en los escenarios de la práctica clínica, el hospital, los profesionales de la salud, las enfermas de cáncer, la familia, etc. Sin embargo, considero que hace falta involucrar las formas en que las mujeres incorporan la enfermedad, las prácticas curativas instituidas, las maneras de explicarse la enfermedad, los desordenes sobre el cuerpo, en otras cosas.

Mi investigación pretende generar reflexiones que permitan proporcionar otra mirada que fortalezca la intervención de las disciplinas médicas. Finalmente agregaría que, con lo expuesto, he buscado destacar la importancia social de la investigación: cómo está significada la enfermedad en las pacientes, y cómo se conjugan las construcciones de orden mítico-religiosas en la explicación del padecimiento y el logro de la cura, asuntos relevantes para la investigación que propongo y que contribuirá a los estudios que se han realizado al respecto, e inclusive sostener la temática como una línea de investigación necesaria para el sector salud.

⁷⁷ Ídem.

3.2. La mujer y la salud

Los problemas de la mujer que se discuten hoy en día, se presentan en diversos escenarios: el rezago educativo, los bajos salarios y la poca valoración de su trabajo, así como la dificultad para prevenir y curar las diversas enfermedades que le aquejan.

Actualmente las mujeres mexicanas viven numerosos problemas de salud, entre ellos: la mortalidad materna, VIH/SIDA, cáncer cérvico uterino y mamaño. En la sociedad mexicana, donde la división de géneros supone un precio alto, el valor social que adquiere ser hombre, rodeado de factores que le motivan a acciones o actitudes como el ser agresivo, independiente, con mucha fortaleza y alta dominación, pone en juego la salud de las mujeres en sus diversas formas. El ser hombre en nuestra cultura enfatiza la carencia y/o ausencia de emociones y afectos o la represión de estos; la manifestación de ciertos sentimientos es catalogada como "poco masculina", es decir, correspondiente al plano de lo "femenino". Al decir de Lagarde: "Si para los hombres uno de los ámbitos de mayor expresión de su masculinidad es el de la sexualidad, la construcción de la identidad femenina se centra en la maternidad y en el cuidado de la vida de los otros"⁷⁸

La mujer en México ha transitado por varios momentos. La sociedad criolla, por ejemplo, enfatizaba que a la mujer le correspondía la conservación de las tradiciones castellanas, el fomento de la religiosidad doméstica y la consolidación del modelo de vida familiar. De aquí, que la casa se concibiera como un espacio exclusivo de las mujeres quienes, atrapadas en él, garantizaban la conservación de la familia. La vida doméstica era, y en algunos casos continúa siendo, considerada por muchos, el atributo de la cultura mexicana que es valorada mayor o únicamente en la mujer, por ello representa la "unión familiar" y la "seguridad de los hijos". La educación en esa época no estaba desligada de dichas atribuciones

⁷⁸ Citado en: Galante Di Pace, Mariana Yanes Esser, "El cuidado de la salud reproductiva en mujeres de colonias populares de la ciudad Oaxaca", en Esperanza Tuñón Pablos coo. *Género y salud en el sureste de México*. Volumen 2, ECOSUR. Colección estudios de Género. México 1999. p.84

y esa enseñanza abarcaba a todas las mujeres. Como señala Gonzalbo: "Imponía como ideal el recogimiento femenino, pero acompañado del cultivo del espíritu, siempre en el modesto nivel que correspondía al sexo débil y bajo vigilancia masculina personificada en los padres, maridos o tutores. El hogar era el ámbito propio de la mujer y también su centro de aprendizaje para la vida"⁷⁹.

Las teorías humanistas resaltaban la vida doméstica y la responsabilidad de las mujeres en la formación moral y educación de los hijos. Paoli (2003:89) hace una interesante descripción del papel de la mujer en las familias tseltales del Estado de Chiapas. "A la madre se le suele llamar Yahualna (la ama de casa o la que manda en la casa). El trato entre esposo y esposa normalmente es el de mando y obediencia. Pero hay relaciones dentro del hogar en las que normalmente no interviene el padre, como son las relaciones madre e hija, los modos de atender a los bebés, preparar la comida. En el manejo de la casa y los recursos del hogar normalmente ella decide"⁸⁰.

En México la mayoría de las actividades de las mujeres están centradas en lo doméstico. A las mujeres desde pequeñas se les promueve ser madres encargadas del hogar como única opción, sus acciones o actividades son limitadas, lo que muestra una carencia de un posible proyecto de vida que sea diferente. Paoli, refiriéndose a las niñas tseltales, menciona "ellas ayudarán a su mamá, atenderán a los animales domésticos, cosecharán verduras y frutos diversos, lavarán trastes, llevarán recados y cosas, podrán colaborar con el acarreo de leña. Desde muy pequeñas, a sus dos años, ya empezarán a echar sus primeras tortillitas en el comal. Su mamá les da una bolita de masa para que imiten lo que ella hace junto al fuego. Frecuentemente las niñas tienen el encargo de jugar con su hermanito bebe"⁸¹.

⁷⁹ Gonzalbo, A.P. *Historia de la educación en la época colonial. La educación de los criollos en la vida urbana*. El colegio de México, 1995, p. 321.

⁸⁰ Paoli, Antonio, *Educación, Autonomía y lekil kuxlejal: aproximaciones sociolingüísticas a la sabiduría de los Tseltales*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 2003, p.89.

⁸¹ Ídem.

En la cultura mexicana la alta valoración por la maternidad impone la búsqueda de un embarazo que conlleve a la “seguridad”, aparentemente reforzando el lazo matrimonial como única opción existente para tener un lugar aceptable o de valor social. Esto ha sido difícil en la vida de las mujeres, basta con realizar un rastreo histórico sobre las implicaciones y complicaciones que han tenido las mujeres mexicanas en relación al matrimonio. A diferencia de lo que sucede en la actualidad, el matrimonio en el siglo XIX “No era una preferencia individual sino una obligación sagrada, vitalicia, en la que si no funcionaban bien las cosas, con seguridad era porque algunos de los cónyuges o los dos estaban cometiendo pecado y debían buscar el perdón y la reconciliación a como diese lugar”⁸², En ese siglo el divorcio “vergonzoso” fue el único recurso que tenían las mujeres golpeadas, preferían concluir esa relación matrimonial, antes de que pudiera, ser nuevamente atormentadas.

El maltrato tenía una aprobación social y el hombre toda la autoridad para ejercerlo. Las mujeres y los hombres compartían la convicción de que era el hombre el que debía ejercer la corrección a sus esposas. Como señala García, “El discurso femenino siempre se quejó del abuso de autoridad por parte de los maridos; ante el escándalo y la afrenta moral que significaba el divorcio, las esposas no tenían más remedio que fundamentar su demanda en el único e irrefutable argumento: el temor a la muerte y el deseo de conservar su vida, pues en diversas ocasiones sus maridos habían intentado matarlas”⁸³.

Es importante resaltar que ya la lucha revolucionaria de 1910 tenía como principios básicos; la resolución de las problemáticas de las mujeres (el poco acceso a los espacios públicos, a la educación, la ausencia en la toma de decisiones en la vida pública y privada, la no participación en los proyectos nacionales, etc.). Muchos proyectos gubernamentales actualmente se valen de estos principios para promover una equidad que, hasta ahora, no ha sido concretada. “La revolución fue peleada por las mujeres, pero no para ellas, y el

⁸² García, P. A L. *El fracaso del amor. Género e individualismo en el siglo XIX Mexicano*, El Colegio de México y la Universidad Autónoma del Estado de México, México, 2006, p. 87.

⁸³ *Ibid.*, p. 93.

tema de la igualdad de los géneros permaneció en gran medida olvidado en la agenda posrevolucionaria.”⁸⁴

La cultura produce una operación simbólica que otorga cierto significado al cuerpo, las mujeres, los hombres, lo femenino, lo masculino, la salud y la enfermedad, por lo que para entenderlos es necesario introducirlos al orden de lo histórico cultural, en el caso de la salud. Langer y Catino⁸⁵ externan que “Las desigualdades de género contribuyen a que hombres y mujeres tengan diferentes posiciones como usuarios y proveedores en el cuidado de la salud. Con frecuencia las necesidades de las mujeres como consumidoras de la salud, son desatendidas. Como proveedoras de cuidados de la salud, las mujeres tienen un vital pero subestimado papel en las esferas privadas y profesional”

Para algunas mujeres, las formas de acceder a los servicios de salud varía desde distintos órdenes, para otras quizá ni se presente esa posibilidad. Las mujeres en la sociedad mexicana representan uno de los grupos sociales que ha tenido y continúa teniendo grandes dificultades para el ejercicio de sus derechos, incluyendo los que permiten el ejercicio de la sexualidad y el cuidado de la salud; sus preocupaciones por su bienestar están en referencia al cuidado de los demás. Al parecer, la salud de las mujeres mexicanas está subordinada al terreno de lo familiar, pues a ella le corresponde ser guardiana de todos, su salud queda en segundo plano y adquiere relevancia en la medida en que necesita estar bien para los otros. En la sociedad las diferencias biológicas que existen entre los sexos fortalecen las desigualdades entre los hombres y las mujeres. “La apreciación de lo femenino relacionado con el amor, la dependencia, la desvalorización, la pasividad, la debilidad y la emotividad, crea situaciones peligrosas en la salud de las mujeres.”⁸⁶

⁸⁴ Gutiérrez, de Velasco (coordinador). *Género y Cultura en América Latina. Arte, historia y Estudios de Género*, El colegio de México, Centro de estudios sociológicos. Programa interdisciplinario de estudios de la mujer, UNESCO, México, 2003, P.396

⁸⁵ Langer, Ana, Catino Jennifer. “Un análisis con perspectiva de género de la reforma del sector salud mexicano”, *Salud Pública de México*, Vol. 49(1), Secretaría de Salud, México. 1-127.

⁸⁶ Galante y Yáñez. *Op. Cit.*, p. 83.

Esto simboliza, que considerar a la mujer como sostén exclusivamente familiar y como procreadora de los hijos, ha contribuido a su desatención integral. Dichas concepciones se ven sostenidas por hombres y mujeres que son considerados el soporte de las reglamentaciones, prohibiciones y opresiones que son heredadas o trasladadas de una generación a otra. La cultura no solo muestra las particularidades de los pueblos, sino que además apuntala estas manifestaciones singulares y colectivas, por lo que se convierten en espacios interpretativos idóneos para analizar su organización y ver como comparten en relación con la realidad que viven.

Un claro ejemplo en la familia mexicana es la asignación de responsabilidades entre los hijos y las hijas. Como expone Levinson "En las familias de clases bajas, las adolescentes se encargan de cocinar, limpiar la casa, y cuidar a los hermanos menores. Al igual que a sus madres, pocas veces se les permite salir del hogar y, si lo hacen, es para encargarse del mandado o trabajo, tal vez en el negocio familiar, pero rara vez para divertirse o reunirse con sus amigas"⁸⁷.

Cuando se trata de divertirse sólo obtiene acceso si está dentro o cerca de casa, es muy común que además se le responsabilice del cuidado de los hermanos pequeños. En el caso de los jóvenes, ellos quedan exentos de toda actividad que esté destinada a la labor doméstica. A los jóvenes se les fortalecen las actividades fuera de la casa, se favorecen las relaciones sociales. Los roles genéricos están organizados por los elementos constitutivos entre lo masculino y lo femenino. Lo masculino remite a la hombría, al mayor número de hijos, mayores prácticas sexuales y poco acceso a los controles de fertilidad, mientras que lo femenino está asociada a la fecundidad como elemento imprescindible del ser mujer, al cuidado de los hijos y a las prácticas sexuales exclusivas asociadas a la maternidad, roles femeninos cuyo fundamento esta en el orden de lo innato, de lo natural.

⁸⁷ Levison, Bradley. A.U., "Contradicciones de Género y (perdida de) poder de las mujeres en una escuela secundaria mexicana", en Gutiérrez de Velasco. Op. Cit., p. 72.

Los roles socioculturales de ser mujer imponen o limitan el cuidado personal y, por consiguiente, ellas pierden la capacidad de cuidar su cuerpo y pensar en su salud. Por lo que el cuidado del cuerpo y la salud de la mujer estarán referenciados a la protección de los demás.

Es importante resaltar que la mujer se construye en relación a ser madre y cónyuge, fuera de esa relación su vida no tiene sentido. La unión conyugal es prioritariamente un espacio socialmente avalado para la fecundidad, dentro del cual, la mujer se convierte en esposa-madre adquiriendo el estatus de la mujer adulta, accediendo a un lugar que sin serlo difícilmente accedería. A la maternidad se le dedica la exclusividad de su tiempo. El tiempo está en relación a los demás. Carecen de un proyecto personal cuya realización las muestre como mujeres autónomas; sus acciones están en el orden de lo familiar. Esto implica, que la realización de actividades ocupa categorías profesionales bajas y poco remuneradas. Al respecto, Enciso considera que "Esta escasa calificación, la ausencia de reconocimiento e incluso una cierta depreciación social contribuyen a aumentar riesgos físicos y psicológicos en las mujeres trabajadoras"⁸⁸.

Las mujeres siguen siendo las responsables de proporcionar el cuidado, atención y afecto en la familia, aunándose a ello el trabajo doméstico sin remuneración. Esta dinámica en la vida de la mujer la ha conducido a buscar trabajos y empleos flexibles, que le permitan equilibrar el trabajo doméstico y el trabajo remunerado. Si bien el interés de esta tesis está centrado en la salud de las mujeres, es necesario señalar que para que esta pueda tener acceso a ella, no nada más se debe pensar en los servicios de salud, o en hacer una lectura exclusiva del plano médico institucional, sino también pensar en que las mujeres comparten una serie de problemáticas, y por ello compete a las diversas disciplinas, entre ellas la psicología social, tener un acercamiento a dichas dificultades e indagar sobre la repercusión de éstas en la vida de las mujeres, como es el caso de la violencia, la educación y la salud. En este sentido, la teoría

⁸⁸ Enciso, H. V, "Género y trabajo: la enfermería", revista la Ventana No.6, México, 1997, pp.182-183

del género ha posibilitado analizar y hacer visibles las experiencias, los valores, las costumbres, las tradiciones y las representaciones sociales de los roles masculinos y femeninos o roles de género, y por consiguiente ha puesto en evidencia sus múltiples malestares.

Algunos estudios, como el realizado por Campero y colaboradores⁸⁹ sobre la contribución de la violencia a la mortalidad materna, mostró que la muerte materna en nuestro país ocupa el quinto lugar en mujeres en etapa reproductiva, la información encontrada señala que, aunque se han tomado medidas para generar mayores condiciones médicas de atención, la toxemia, sepsis, e infecciones puerperales y hemorragias siguen siendo la mayor causa de muerte registradas oficialmente. Si bien, este es un problema preocupante de salud pública en el país, también es cierto que el problema se agudiza en el sentido de que un gran número de casos por mortalidad materna están asociados a manifestaciones de violencia, El estudio se centró en documentar el subregistro de muertes violentas relacionadas con el embarazo y la importancia de considerar dentro de la definición de mortalidad materna aquellas muertes ocasionadas por violencia, con la finalidad de elaborar propuestas o programas que permitan abordar tan complejo problema. En este sentido Thierry Lemaresquier en ocasión del día internacional de la mujer en 2007 manifestó: "en México, uno de los puntos que generan mayor consternación y preocupación, es la impunidad que sigue prevaleciendo respecto a las agresiones que se cometen contra las mujeres"⁹⁰.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) resalta que muchas mujeres no acceden a la atención sanitaria básica, porque los planes de desarrollo no contemplan la atención de las mujeres como un derecho por lo que se siguen reportando altos índices de mortalidad materna por complicaciones en la gestación

⁸⁹ Campero Lourdes, Delys Walter, Hernández Bernardo, Espinosa Henry, Reynoso Sofia, Langer Ana. "La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México", en *Salud Pública de México* Vol.48 (2), *Op. Cit.*, pp. 297-306

⁹⁰ Lemaresquier, Thierry, citado en: Muñoz, Patricia y otras. "Un festejo más a la mujer con las mismas carencias de hace años", *diario la Jornada*. México, 8 de Marzo de 2007 <http://www.jornada.unam.mx>

y el parto y se da a entender que la salud de la mujer en México es poco valorada.

En el caso de la salud, una atención centrada en la eliminación de la enfermedad, sin reparar en lo que en ellas genera. Por ejemplo, en el caso del cáncer de mama, que es el tema que esta tesis aborda, las mujeres exploran poco su cuerpo y la mayoría de ellas casi no acuden a los servicios de salud, lo que nos introduce a indagar sobre la eficacia y pertinencia de los programas así como el acceso a los mismos.

Es evidente que los discursos que sostiene el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 donde se enfatiza que "Es doblemente injusto, por lo tanto, que las mujeres sigan sufriendo desigualdad, discriminación, violencia y maltrato. Es necesario que sociedad y gobierno asuman la obligación de terminar con esta situación y lograr la igualdad efectiva entre los géneros"⁹¹ resultan carentes de sentido, tomando en consideración los desaciertos que se tienen al diseñar estrategias que contribuyan al desarrollo integral de las mujeres.

Los vacíos que se presentan en cuanto a un progreso político, cultural, social, laboral, educativo y de salud en las mujeres, por mencionar algunas dimensiones muestran los olvidos, que como lo menciona Gutiérrez⁹², desde el inicio de la revolución han quedado agendados. Quizá en gran parte porque la educación no involucra la defensa de los derechos de las mujeres, sino la reproducción de sus responsabilidades, impuestas al margen de sus vidas y cuando promueve su formación, reproduce las mismas demandas (basta con analizar en quién se centra la educación de los niños, y en quién recae la atención de los problemas de salud de la población). Pareciera que el destino de las mujeres se convierte en un laberinto del que aún no se encuentra una salida.

⁹¹Secretaría de Gobernación. *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, Disponible en: <http://pnd.calderon.preseidencia.gob.mx/index.php?page=igualdaddeoportunidades>.

⁹² Op. Cit.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1. Las mujeres

A continuación se presentan los resultados obtenidos de las entrevistas con las mujeres, se reproducen las principales ideas expresadas por las entrevistadas en torno al cáncer de mama, enfermedad que padecieron y en su mayoría pudieron superar. Ellas refieren la forma en que se enteraron del diagnóstico, las manifestaciones de familiares ante la enfermedad, y la relación con el médico. El cuerpo es otro elemento importante que aparece en este trabajo: la pérdida de una parte del cuerpo, específicamente lo que compete al seno, el impacto de la cirugía y la imagen corporal. Sus relatos, referidos en primera persona, conservan la estructura de la expresión oral espontánea, y no se incluyen las preguntas para dar mayor fluidez a la lectura. Las entrevistas están ordenadas por número, en la secuencia en que se realizaron, y sólo se cambiaron los nombres de las entrevistadas, para conservar su anonimato.

De las mujeres entrevistadas 9 de ellas había concluido el tratamiento, asistían anualmente para una revisión médica, 4 de ellas estaban en tratamiento. La temporalidad del padecimiento en ellas fue variable, 20 y 8 años en unas, y en otras de uno a tres años. Una de las entrevistadas, falleció al año siguiente de haber efectuado las entrevistas.

Las trece mujeres entrevistadas fueron personas de edad adulta con un nivel socioeconómico medio alto. Algunas de ellas asistían a las reuniones semanales del grupo, otras eran voluntarias y tenían tiempo de estar realizando actividades de apoyo en un grupo de autoayuda, en el que Lina, una de las voluntarias de 70 años, funcionaba como coordinadora de la sesión.

Lina provenía de una familia de 10 hermanos, una hermana había fallecido de pequeña. Recuerda una madre poco afectuosa y un padre bondadoso, la mayor parte del tiempo vivió con una tía. Estudió la secundaria, después una carrera comercial. Empieza a laborar a los 18 años en diversas compañías, culminando su vida laboral después de 37 años. Durante la entrevista mencionó que en su infancia no presentó padecimientos, recordó que sufrió quemaduras

por caerle la leche hirviendo, motivo que la llevó a ser sometida a una cirugía dolorosa conservando hasta ese momento la cicatriz en su cuerpo. Posteriormente fue operada del apéndice y, ya en edad adulta, se le practicó la histerectomía. Al momento de hacerle la entrevista señaló ser una sobreviviente del cáncer, el padecimiento lo había presentado 17 años atrás. Cuando se le presentó la enfermedad, estaba en un momento personal y laboral importante, ocupaba un puesto como directora general en una empresa, lo que le ocasionaba una presión fuerte, no quería perderlo y, sobre todo, que dicha pérdida pudiese asociarse al padecimiento. Por tal motivo oculta la enfermedad y se sumerge en el trabajo, eso le ayudó a enfrentar el cáncer, tomando en consideración que le dedicaba muchas horas al trabajo. Al momento de la entrevista vivía con su pareja y coordinaba las sesiones grupales de mujeres que presentaban el cáncer. Consideraba ser creyente de la virgen de Guadalupe.

Telma, de 49 años, realizaba actividades de índole administrativo en el grupo y asistía a pacientes diagnosticadas en fase Terminal. Comentó ocupar el octavo lugar entre sus hermanos, de padres fallecidos. Recuerda haber sido sietemesina, motivo por el que consideró que a los ocho meses presentó bronconeumonía. De pequeña vivió parte de su infancia en un colegio de monjas, como consecuencia de que sus padres se trasladaron al Estado de Coahuila, dejándola en esa institución, de la que recuerda experiencias psicológicas sumamente dolorosas. Su vida laboral la inicia a los trece años, complementándola con el estudio. Ella encuentra al trabajo como algo necesario en esa etapa de su vida. Relata que, cuando se le presentó la enfermedad, tenía un ritmo de vida muy acelerado, contaba con proyectos personales, se dedicaba al negocio de la fotografía. Explica además que no presentaba ninguna problemática en particular, consideraba que estaba en la plenitud de su vida “vivía intensamente como hoy” agregó. La presencia del cáncer ocasiona la separación de su pareja. La enfermedad la había presentado 15 años antes. En el momento en que se realizó la entrevista se dedicaba de tiempo completo al grupo de autoayuda, y además escribía poesía.

Anita, de 57 años, tenía como función apoyar el módulo del grupo instalado en el Instituto Nacional de Cancerología, además de coordinar las sesiones de apoyo en el ese lugar. El cáncer lo había presentado 13 años antes, contaba con 44 años, madre de tres hijos, uno de ellos había fallecido en un accidente automovilístico, evento que le resultaba doloroso recordar y el que no había podido superar. Anita nació en un pueblo pequeño de Michoacán, de padres comerciantes, contaba con tres hermanas. A la edad de trece años termina la secundaria y se traslada a vivir por un tiempo con su abuela materna, la que también presenta cáncer de mama, después se va a un internado. Posteriormente en Morelia cursa la licenciatura en Odontología, sin ejercerla. A partir de la experiencia con la enfermedad se involucra a las actividades del grupo de voluntarias RETO. Los fines de semana participaba con su esposo en un grupo de los testigos de Jehová.

Lula, 61 años, asistió como paciente a las sesiones grupales de apoyo, además tenía el interés de fundar un grupo en algún hospital de PEMEX, del que era derechohabiente. El cáncer se le había presentado dos años antes. Lula en la entrevista señaló que su mamá se había casado dos veces, ella era hija del segundo matrimonio, y tenía más hermanas. Comentó que su mamá tenía un carácter fuerte y era ella quien decidía qué quería para la vida de sus hijas. Al padre lo recuerda como alguien que privilegiaba los roles de los hombres, lo que influyó para que la mamá decidiera trasladarlas, a otro lugar donde pudiesen estudiar. A ella y una de las hermanas (fueron cuatro) las inscribieron en un internado en Morelia. Agregó, que a una de las hermanas la asumió como madre y que siempre la protegía de los demás. Muchas de sus experiencias personales están remitidas a los contactos prolongados con las instituciones religiosas. Lula asocia la causa de las enfermedades con situaciones psicológicas pues refiere que presentó una gastritis a consecuencia de algunos problemas que tenía con los familiares de su esposo, y el cáncer con la somatización de problemas que la estresaban mucho. En el tiempo en que se le hace la entrevista vivía con su esposo y aunque tenía hijos prefería mantenerlos al margen de su padecimiento. Añadió ser de religión católica y de profesión trabajadora social.

Irma, 67 años, asistió como paciente a las sesiones de apoyo. En el momento de hacerle la entrevista tenía 11 meses de haberse detectado el cáncer y estaba bajo tratamiento. Irma comentó que fueron tres hermanos dos mujeres y un hombre. Recordó haber sido una niña un poco enfermiza, presentó bronconeumonía y estuvo propensa a enfermedades relacionadas con los pulmones. Se casó a la edad de 15 años y enviudó cuando tenía 30, asumiendo la responsabilidad de once hijos para los que trabajó con el objetivo de proporcionarles una carrera profesional. De los once hijos perdió a una hija. Refiere que se casó con un hombre de la edad de su padre, lo que le ocasionó muchos problemas, pasaba por muchas carencias materiales y afectivas. Durante mucho tiempo culpó a su padre por esa relación, pues pensaba que el abandono del que hizo víctima a su familia, de alguna manera, la condujo a buscar un sustituto de padre. Cuando se realizó la entrevista vivía con uno de sus hijos, trabajaba dando clases de yoga. Señaló ser de religión católica, devota de la virgen de Guadalupe a quien expresaba las decisiones de su vida. El cáncer se presentó cuando estaba en una etapa muy feliz de su vida, disfrutando el departamento donde vivía (un año después de la entrevista falleció).

Lulú, 58 años, voluntaria del grupo, participaba en la tienda sede del grupo vendiendo los materiales de apoyo a las pacientes que habían sido intervenidas quirúrgicamente, así como promoviendo el bazar para la obtención de recursos financieros, para apoyar a las mujeres con cáncer de mama. Lulú tenía 8 años de haber presentado el cáncer, comentó que tenía antecedentes de una tía con esta enfermedad. Explica que su mamá se había casado dos veces y recuerda a un padrastro agresivo, el que la hace víctima de carencias materiales y, en cierto momento, de intento de abuso sexual. Durante la entrevista mencionó que su cáncer estaba relacionado con muchas frustraciones y dolores emocionales, entre ellos la infidelidad de su esposo, anexándose el sentimiento de culpa por haber abandonado a una de sus hermanas a partir de la muerte de su madre. Así como la muerte de un hijo de lo que también se siente culpable. Evento que se presentó cuando contaba con 33 o 34 años. Para finalizar la entrevista agregó ser de

religión católica y voluntaria del grupo después de haber experimentado la enfermedad.

Euria, 61 años, voluntaria del grupo. Asesoraba a las mujeres que iban a ser sometidas a cirugía, además de brindar asesoría a las familias de las pacientes. A la edad de 44 años presentó la enfermedad del cáncer, experiencia que recordó ocurrió 15 o 18 años atrás. Al hablar sobre su vida mencionó que su madre había sido muy dominante, poco afectuosa y distante, de edad avanzada, situación que en cierta forma le avergonzaba, hubiese deseado tener una madre joven. Del padre dijo que había sido débil de carácter. Mencionó que su mamá establecía alianzas con los hijos, en algunos casos contra el padre, situación por la que a ella se le dificultó acercarse a él y por lo que se sentía arrepentida. El cáncer imaginó que estaba asociado a la muerte de la madre, lo que le ocasionó fuertes depresiones. Para Euría la muerte de su mamá fue un evento muy difícil en su vida. La mamá falleció a la edad de 85 años. Otra situación que se le presentó en ese momento fue el nacimiento de su hijo, que si bien era un hijo deseado, emocionalmente ella se encontraba vulnerable. Euría en el momento de la entrevista participaba como voluntaria en el módulo del grupo RETO en el Instituto Nacional de Cancerología y practicaba la religión católica.

Ginna, 63 años, asistía a la sede del grupo, semanalmente como participante a las sesiones de apoyo. Tenía dos años de que le habían diagnosticado el cáncer de mama. En su narración destaca que se casó a los 19 años, deseando de inmediato tener hijos, sin embargo, presentó problemas de infertilidad, situación que empieza a generar problemas en su relación de pareja. Después de 10 años de casada se embaraza de su primera hija, a los ocho meses del nacimiento de la niña se vuelve a embarazar naciendo otra hija, después nace un hombre, considera que su primer embarazo lo vive como un milagro, ya que justamente cuando su abuela tenía un año de muerta se entera que está embarazada. Algo muy significativo en su vida es que siempre vivió con su abuela, ya que de muy pequeña pierde a su mamá, a la edad de 17 años fallece su papá, recordó que fue él quién la involucró a la religión católica. A la edad de 32 años se separa de su esposo. Se acordó que su abuela también

presentó cáncer, fue sometida a tratamiento y logró superar la enfermedad. En el momento de realizar la entrevista vivía en compañía de una de sus hijas, pero la mayor parte del tiempo se encontraba sola, por lo que procuraba mantenerse siempre ocupada. Relató que uno de sus sobrinos falleció de leucemia a la edad de 19 años.

Imma, 66 años, asistía a las sesiones del grupo como paciente. En el momento de realizarle la entrevista expresó que tenía un año de haber presentado la enfermedad del cáncer. Al referirse a su vida laboral señaló que trabajó en diferentes instituciones realizando actividades de contabilidad. De su familia describió un padre tremendamente estricto, lo que le ocasionó graves problemas psicológicos hasta el día de su muerte. Él se refería a ella como una “mala mujer”, por lo que ella prefirió alejarse por cinco años. Refirió que el afecto de su madre y el de sus hermanos le ayudaron a superar ese rechazo, situación que se alcanza a resolver antes de que fallezca el padre. Tenía hermanos y sobrinos a los que mencionó querer como si fueran sus hijos. Su madre contaba con 93 años de edad, por lo que Imma asume el cuidado absoluto del padre. Durante la entrevista mencionó que se casó entre los 50 y 54 años de edad. Su vida personal la evaluó como satisfactoria, aunque con algunos recuerdos desagradables en su época de adolescente por la carencia económica que presentó su familia. Otro punto importante que indicó fue que temía ser víctima de cáncer, pues la primera esposa de su esposo falleció de cáncer, situación por la que siempre se estuvo cuidando. En ciertos momentos pensó que se convirtió en una obsesión. En el momento de presentarse la enfermedad vivía tranquila, sin grandes problemas, los comunes de la pareja agregó. Asistía semanalmente a las sesiones grupales y practicaba la religión católica.

Jony, contaba con 52 años, era voluntaria del grupo de autoayuda y prestaba sus servicios en el módulo ubicado en el Instituto Nacional de Cancerología. El padecimiento se le presentó cuando tenía 37 años. En el momento de hacerle la entrevista comentó que tenía quince años de haber presentado el cáncer. Recuerda que su mamá le había platicado que había sido una niña muy frágil de salud. A la edad de 3 años 7 meses, presentó neumonía.

Agregó que sus padres habían concebido dos hijas, ella y su hermana, la que nace cuando Jony contaba con 14 años y con la que fue muy unida. Sus padres trabajaban todos los días. Los fines de semana estaban siempre juntos, situación que la llevó a sentirse amada por ellos. Se casó a los 25 años, ella quería estudiar una carrera universitaria, sin embargo en su familia consideraban que como mujer le correspondía casarse y no estudiar, por lo que únicamente estudió una carrera corta, contador privado. El hecho de no haber estudiado una carrera de nivel superior generó en ella un resentimiento hacia su padre, mencionó que esa había sido una situación en la relación con él que había quedado pendiente. Declara que ante la enfermedad, sus padres le brindaron mucho afecto. Jony pensó que el origen de su enfermedad estaba asociado a la pérdida de la hermana, pues comentó que no había podido llorar su muerte, situación que desde su punto de vista, fue un detonante para que apareciera el cáncer. Por otra parte agregó que practicaba la religión católica.

Antonina, 65 años, voluntaria del grupo responsable de la asesoría a las pacientes y de la venta de materiales de apoyo, para las mujeres que eran sometidas a cirugía en el Instituto Nacional de Cancerología. Al momento de la entrevista tenía 20 años de haber presentado el cáncer. Indicó que, desde su nacimiento, fue muy enfermiza, en edad temprana presentó parálisis facial y escarlatina, padecimiento que le generó una operación de oído; posteriormente, de edad adulta, presentó una colitis, enfermedad que asocia porque se consideró una persona nerviosa y muy aprehensiva. Se casa a los 27 años, en su primer embarazo pierde a su primera hija a consecuencia de una hemorragia, la segunda nace con un problema renal, y su hijo con problemas de lenguaje. En ese tiempo Antonina presentaba malestares estomacales y fuertes dolores de cabeza, situación que describió como una etapa muy conflictiva en su vida de pareja, la cual resuelve al divorciarse. Tenía tres hijos, un hombre y dos mujeres. La presencia del cáncer la asoció con la mala relación de pareja. Experiencia que le ocasionó un grave desajuste emocional, aunándose a ello la presión económica para sostener a sus tres hijos. A partir de ahí se dedica a las actividades comerciales. Dijo vivir con afecto y estrecha cercanía con sus hijos, además

contar con el apoyo económico de ellos. Dedicaba parte de su tiempo a brindar asesoría a las mujeres que padecían cáncer.

Pita, 52 años, participante en las sesiones de apoyo del grupo. Pita había presentado dos años antes la enfermedad del cáncer, en el momento de la entrevista estaba recibiendo tratamiento. Pita trabajaba como personal de intendencia en un área hospitalaria. Con antecedentes de cáncer por parte de una tía. Cuando narró parte de su vida explicó que presentó padecimientos propios de la infancia como sarampión y varicela. Al hablar sobre la enfermedad comentó que la mamá enfermó de un aneurisma que la llevó a temer que una de sus hijas o nietas enfermaran de lo mismo. Mencionó que tenía cinco hermanos, uno de ellos fallece de cirrosis ocho días antes de que ella reciba el diagnóstico sobre su propia enfermedad Recordó que de niña estuvo internada cuatro años, (esa parte no la precisó exactamente), posteriormente realizó una carrera de secretaria ejecutiva que no ejerció porque no le gustaba, y porque la mamá la obligó a hacerla. Dentro de los recuerdos más desagradables mencionó que ocho días antes de casarse su pareja la deja con los preparativos de la boda, estaba embarazada, situación para ella dolorosa y difícil de superar. En el momento de la entrevista vivía con su hermana, su hija y nietas. El estar enferma, ocasionó con su familia una situación difícil y de mucha tensión, ya que la mantenían alejada porque temían contagiarse de cáncer. Expresó que el grupo de autoayuda era un lugar donde se sentía bien y le ayudaba a no sentirse tan mal con el padecimiento. El cáncer, agregó, aparece cuando estaba en una etapa madura, siendo abuela y laborando satisfactoriamente.

Fina, 65 años, tenía 10 años de haber presentado el cáncer, era voluntaria del grupo RETO y desempeñaba actividades educativas en algunos hospitales, es decir, promovía en ellos el autoexamen mamario en las mujeres. Fina era una mujer que desempeñaba labores del hogar, madre de tres hijos, dos hombres y una mujer, vivía con su esposo, su hija y nietos. De su historia familiar mencionó que tuvo un hermano que falleció cuando tenía 10 años. Narra que para la mamá la muerte del hijo fue muy difícil, pues ese hijo era el preferido por poseer los rasgos físicos un tanto similares a los de ella. La preferencia del hermano por

parte de la madre, la vivió como una exclusión, sintiéndose rechazada y además percibir a su madre como una persona racista. Ante la muerte del hermano la mamá se concentró en un negocio familiar y la manda a vivir con la abuela, la abuela aunque muy rígida le proporcionó afecto y sus tíos funcionaron como sus padres. A la muerte de la abuela regresa con sus padres, pero su madre seguía mostrando rechazo hacia ella. El padre pretendía aproximarse a ella pero piensa que la madre lo evitaba, percibiéndolo, por ello, débil, una persona frágil totalmente dominada por la madre. Trabajaba como voluntaria en el grupo RETO, mencionó que el cáncer la llevó a experimentar y recuperar aspectos de su persona que antes no había hecho, como tener opiniones y un lugar dentro de la familia, además que descubrió que podía ser más independiente.

4.1.1. El diagnóstico de cáncer

Enfrentar la enfermedad es el pasaje más difícil a que se ve expuesta la mujer que presenta cáncer de mama. La notificación del diagnóstico se convierte en un momento crítico y en el que ocurren los mayores desajustes psicológicos. En ella, tales desajustes adquieren múltiples matices, desde un deambular caracterizado por una desorganización en tiempo y espacio, además de los reclamos, odios e interrogantes sobre los orígenes de la enfermedad.

Yo considero que es difícil para todas las mujeres el momento en que te dicen: "Señora tiene cáncer". A mí cuando el doctor me dijo que era un tumor, que era un tumor grande, que era maligno, me sentí mucho, mucho muy mal. Como un remolino salí de ahí, del hospital. No sabía ni donde estaba; me desorienté completamente; maneje casi hasta mi casa, pero hubo un momento en que sentí que estaba perdida... no sabía yo... no me acuerdo de semáforos, no me acuerdo de sentidos de calles, de altos, de nada. Yo llegué cerca de mi casa y me tuve que orillar, porque no sabía donde estaba; ahí me quedé como una hora, y después ya reaccioné y llegué a mi casa. Me di cuenta que tenía una bolita porque me intoxicqué y me empecé a revisar; tenía comezón, me rasqué el seno y me di cuenta de que tenía una bolita; entonces, aunque mi abuela materna había tenido ese problema, yo nunca pensé que fuera eso. (Anita)

La enfermedad en la mujer fortalece la vulnerabilidad y la sensibilidad, por lo que experimenta el contacto o los contactos con los demás como mecánicos y

fríos. El escenario hospitalario durante la comunicación de la enfermedad, ocasiona que la paciente se viva y visualiza como objeto de trámites administrativos. Dichos espacios son denunciados, como lugares que fortalecen lo impersonal de la relación, lugar donde la comunicación o el acercamiento están mediados exclusivamente por la técnica, la ausencia de miradas y de palabras de los profesionales de la salud.

Yo no sabía allá; yo entré al quirófano sin saber que tenía cáncer, ¿he? Yo dejé a mis hijos comida para ocho días, porque les dije "pues me van a quitar una bolita". Volví de la anestesia y me dijeron que "tuvo usted cáncer". Y entonces a luchar, y además con un mal diagnóstico. Fácil no ha sido (...), el diagnóstico es terrible, aceptar que te quitaron un seno es muy difícil de superar y seguir viviendo con la angustia de que en algún momento vas a tener un problema. Eso lo he ido superando, pero todavía cuando me hacen el chequeo estoy con un nudo aquí, de cómo van a salir los resultados. (Antonina)

Para la mujer, el cáncer es un largo recorrido que inicia con la notificación, la confirmación del diagnóstico, hasta la búsqueda de tratamientos ajenos a los de la medicina alopática. El cáncer de mama la conduce a experimentar una situación marcada por la angustia y el temor a la muerte, elementos que se convierten en una manera de estar y existir y donde el futuro se desvanece.

Esta enfermedad como tú sabes es agresiva y sin cura; entonces cuando nos dan el diagnóstico pensamos que nos vamos a morir. A través de estos años me he dado cuenta de que ya la manejo por etapas. El principio, el diagnóstico, la quimioterapia, las valoraciones, la aceptación, la familia y uno mismo; como que te desubicas, te sales de la jugada familiar, por así decirlo; pensamos que nos vamos a morir, en lo material pensamos mucho, con tanto sacrificio tiene uno una casita, y se nos vienen las series de pensamientos negativos, todo es negativo, ¡eh!, al inicio negativo... la familia. (Lula).

Llama la atención como el discurso médico ha sido incorporado por la mujer. La versión de ella sobre el cáncer, es ajustada, al proceso que sigue la enfermedad en términos médicos. Es desde el discurso de lo natural, con lo que se pretende explicar las múltiples manifestaciones subjetivas de la enfermedad, y el impacto que ello le ocasiona. Desde esta idea de enfermedad, la mujer asume

el trayecto del cáncer de mama. El diagnóstico del cáncer, en las ciencias médicas es sinónimo de muerte. En el colectivo éste argumento se sostiene y se reproduce, la narración da cuenta de ello.

Es preciso enfatizar que al recibir el diagnóstico, se precipita todo el imaginario que se ha construido alrededor de la enfermedad, no hay que olvidar que se trata de un padecimiento fuertemente vinculado a la muerte y con escasa posibilidad de cura. En esta enfermedad, la apreciación más común, es que el paciente empieza a morir desde el primer momento que le es dado el diagnóstico. Además, la forma en que se dice, y quien dice, el dictamen del cáncer. Lo cual lleva a la necesidad de indagar más, sobre la relación con el personal de salud y sus implicaciones en este tipo de padecimiento.

Inmediatamente fui con el médico y el médico me revisó. Yo tuve un mal diagnóstico al principio, porque fue culpa mía en realidad; yo no sabía que tenía que ir con el oncólogo, o que debía ir con el oncólogo. Fui con un ginecólogo. La verdad es que me hizo un examen, tan, tan brusco que inclusive él me dijo: "discúlpeme pero esto era necesario". Definitivamente no lo era. Me mandó a hacer una mastografía: "la trae dentro de un mes porque yo voy a salir de vacaciones". Yo algo me temía porque al hacerme la mastografía entraron dos médicos, me pusieron en diferente posición; yo inmediatamente pensé, estoy algo mal. Cuando yo regresé al mes, el médico tenía el reporte de que era algo canceroso, y todavía ahí continuó haciendo su papel mal, porque en lugar de mandarme con el oncólogo, que él sí sabía que tenía que ir, me mandó con un cirujano. (Lina)

Para las mujeres el médico carece de sensibilidad y tiene una pobre visión sobre las implicaciones psicológicas y los referentes socioculturales organizadores de los malestares de los sujetos. De ahí que ocurra una primera ruptura entre la paciente y quien la atiende. Para la mujer, el médico explica la enfermedad desde una apreciación exclusivamente biológica, en general extraña para la paciente para quien el cáncer tiene un valor mítico- religioso.

4.1.2. Las expresiones familiares

La enfermedad trastoca sus formas de relación por lo que no es fortuito que se escuchen comentarios como "cuando alguien tiene cáncer también lo adquiere

la familia”, o el temor a la cercanía de sus hijos por miedo a contagiarlos, los abandonos de las parejas, etc. La mujer que presenta la enfermedad del cáncer cruza por momentos diferentes, en algunos casos, el padecimiento lo resiste rodeada de compañía, ya que los lazos afectivos se sostienen y se fortalecen, en otros, el abandono y la soledad se hacen presentes.

Mi relación familiar no ha sido buena, como dice L, me cayó el veinte en entender que ellos sienten más miedo que uno; ellos como te ven, creen que no tienes nada. Entonces yo una vez oí un comentario aquí en mi casa, que decían que yo me hacía tonta, que no tenía nada. Entonces yo dije: “den gracias a Dios que me estoy haciendo tonta y que no tengo nada”. Pero nadie sabe que lleva uno adentro; a mí me cuesta mucho sonreír a veces y hacer bromas con mi enfermedad, porque yo a veces hago bromas con mi enfermedad, pero nadie sabe lo que siente la persona por adentro a pesar de que tengas el cáncer; tengo el problema, tú no puedes saber lo que siento yo, sienta “fulanito”, sienta menganito”. Aquí en la casa un día me dijo mi hermana -me hace mi comida porque tengo prohibido acercarme al calor- que era lo único en que me podía ayudar, pero salir a la calle no. Respeto su manera de pensar ¿no? Me veían pelona, me veían amargada, me da pena que las personas sepan que tengo cáncer. Esta enfermedad bendito sea Dios que no se pega; pero nos falta mucha comunicación, mucha preparación. (Pita)

Para toda mujer que presenta la enfermedad del cáncer, el proceso suele ser muy difícil, pues en él se conjugan los dolores físicos y las dolencias emocionales. El cáncer está rodeado de misterios, interrogantes, temores, e intranquilidades, lo que ocasiona que se experimente como algo silencioso, aniquilante y que muchas veces se sostenga en un mutismo consensuado.

El primer impacto es fuerte, y cuando está rodeada de muchos misterios se hace más difícil de manejar, de digerir. Vino mi esposo y le dije: ¿cómo estoy? “No, no... bien, no te preocupes”. Bueno, me quitaron el seno y que “no, estás bien, no te preocupes”; y luego llegaban a visitarme y yo me sentía muy incómoda y no faltaba quien se sentara a llorar ahí, enfrente de mí. Y yo decía, bueno de qué lloran, ¿qué les pasa?, ¿cómo estoy? “bien, bien, el médico dice que estás excelentemente bien”. Pero el caso es que la actitud de otras personas, yo la sentía como de lástima. Salí del hospital y seguían los misterios alrededor de esto; nadie hablaba, nadie me decía algo más y me di cuenta después de que había

como un consenso familiar de no tocar este tema, de no hablar, pero yo empecé a sentirme mal. (Jony)

El afecto y sentimientos que se desprenden del enfermar difícilmente se exteriorizan, pues temen que sus manifestaciones psicológicas lastimen a los demás. Es habitual escuchar en ellas, que reprimen su sentir sobre el padecimiento. En las mujeres con cáncer, hay una intención de proteger a los otros. Viven sometidas a una situación que les ocasiona mucho dolor, pues la presencia del cáncer conduce a que se interrogue por lo que ha sido su vida. Es a través de esas incógnitas, donde intenta encontrar explicaciones del origen de la enfermedad. Es frecuente escuchar en ellas, que el cáncer se presentó por las complejas experiencias de su vida, en otros momentos creen que el cáncer fue heredado por alguien cercano a ellas, sobre todo lo sitúan en la descendencia materna.

Al inicio de mi cáncer, el impacto fue brutal. Yo no quería creer que tenía yo cáncer, que iba yo a perder mis senos. Cuando salí del médico, a mí me dieron la noticia sola. Me perdí todo un día sola, perdí mi coche, estaba en un estacionamiento, no sabía donde lo había dejado. Fue un shock emocional espantoso, ¡hijole! Fue muy duro, era una noticia que tenía que dar a mi familia, porque te estoy hablando de hace quince años; hablar de cáncer era hablar como de SIDA ahora, pero era una palabra muy fuerte, era una palabra igual a muerte. Se me vino la película de mi vida en segundos. Me acuerdo que estaba yo en "Sanborn's" haciéndome tonta, buscando lo que no sabía, y me empecé a cuestionar, te digo, vinieron a mi mente muchas cosas de mi vida, pero principalmente pensé en mi madre (Telma).

Las mujeres que enferman de cáncer suelen tener muchas preguntas o interrogantes sobre lo que les va a ocurrir, pero muy pocas les son respondidas y en la mayoría de los casos se convierten en espectadoras de su propia enfermedad. La enfermedad se convierte, en un etemo deambular y en un futuro incierto. Además, el temor de que la enfermedad vuelva aparecer, es algo que acompaña para siempre a la mujer. Algunas mujeres viven la experiencia del cáncer como una parte traumática de su vida, otras lo piensan como un beneficio, ya que antes del enfermar no pensaban en ellas. La enfermedad les permitió nuevas experiencias y transformaciones personales, como el ser más

independientes e intentar salir de situaciones cotidianas, que antes de la enfermedad experimentaban como opresoras.

Por otra parte la enfermedad genera un malestar, alterando las formas de estar y sentir. Las relaciones familiares se perturban, a consecuencia de no alcanzar a entender lo que la enfermedad produce. El cáncer ocasiona una ruptura en la comunicación, lo que conduce que la paciente se aísle y altere el sentido de su vida.

Porque aunque te den todo el apoyo, pensamos -no lo decimos pero así lo pensamos- "claro como él no lo tiene, claro como a ella no le duele, claro como a ella no le quitaron tanto"; eso refiriéndose a la familia. Me decía mi hermana "no te preocupes", y automáticamente, "claro como a ella no se lo quitaron" o sea, negativo, negativo. Y entonces, conforme va pasando el tiempo vas asimilando el cáncer, pues... tú sabes que la negación y lo negativo pues enferma tu interior, te vas amargando (Lula).

La mujer que enferma, piensa en lo que le ocurrirá a los otros. Este pasaje es de suma importancia, pues pone en evidencia las construcciones discursivas que se organizan en torno a las mujeres, es decir, más allá de las implicaciones psicológicas que genera una enfermedad, también se hacen presentes las funciones sociales que se han organizado en torno a ella. Es la responsabilidad de la mujer, el bienestar de los demás, al enfermar pone en riesgo la vida de los demás. Su enfermedad y lo que será de su vida adquiere relevancia por lo que implica estar y existir para los otros y no para sí misma.

Decía -pues poco tenía, pocos años de haber muerto mi padre- ¿qué va a hacer mi princesa?, ¿qué va a hacer mi princesa?, ¿qué va a hacer mi madre?, decía. Los otros ya eran de la ventanilla catorce, linda familia, en su mundo. En ese momento me derrumbó... entonces, ¿cómo comunicárselo a mi princesa?, no se lo comuniqué así, abiertamente. Le dije que había que operarme los senos pero que no se preocupara, que todo iba a estar bien. Digo que fue algo muy feo, muy fuerte; digo fuerte porque me estaba haciendo una mujer fuerte que tenía que ocultar las cosas para no dañar a terceros. Y ahí empezó mi lucha por la vida, una lucha muy fuerte porque tenía yo que luchar contra mis propios sentimientos, contra mis vanidades, contra todo. (Telma)

4.1.3. La relación médico-paciente

La mujer que padece cáncer, piensa en la temporalidad de la vida y la cercanía de la muerte, a partir de la evaluación y la interpretación que hace el médico de la enfermedad. En muchos casos, las palabras del médico adquieren la connotación de una profecía. La demanda de afecto al médico en ellas se hace presente, solicitan que las escuche y, aminore los miedos, rechazos e incertidumbres que se ven movilizados por el padecimiento. Lo anterior me lleva a sostener que la relación entre las pacientes y los médicos es un elemento fundamental para la cura, tomando en consideración que en el transcurso de ésta, las pacientes viven muchas pérdidas y se sienten desprotegidas.

Las pacientes en su mayoría demandaban un médico sensible a sus dolores, con disposición para escucharlas y, sobre todo, que las acciones de su intervención médica puedan ser dialogadas. Demandan que sea capaz de descifrar los afectos que suscita la enfermedad y por consiguiente poner palabras que evidencien su consideración, es decir, un médico capaz de hacer una lectura de la enfermedad, que vaya más allá de enunciar la sintomatología orgánica.

Al pasar con la doctora dijo – desde luego a ella la vi muy alegre, como que estaba en otra sincronía de la que uno – “como yo estoy contenta, yo hago lo que tengo que hacer y les digo lo que tienen que hacer”, pero se olvidaba desde el punto de vista de uno, y me dijo: “muy bien, entonces no han pasado a quimio, ¿cómo ven que pasen ahora mismo?”; ahora no, le digo. Dice: “Entonces mañana”; no, mañana tampoco. Me dice mi hija muy dulcemente: ¿cuándo mamá?, le digo: pasado mañana; y me anotaron, a mi no se me quitaba de la cabeza. (Irma)

Para las mujeres, resulta trascendental la participación de los médicos ante la manifestación del cáncer. El oncólogo se muestra ya como un personaje que les violentó el cuerpo, con argumentos de rehabilitación, o bien, como el conocedor exclusivo de sus dolencias, más allá del registro que ellas pudiesen tener, lo que muestra que la función médica en el colectivo está organizada en base a que son los médicos los que conocen las afecciones de manera integral. Un médico que no responde a esta forma idealizada, genera manifestaciones de devaluación y enojo hacia su persona y, por consiguiente, hacia su quehacer.

Hay una cosa que me gustaría contarte, que también he notado en estos años... es algo medio delicado, pero a la vez, ojalá se tomara en consideración. Esto es una cosa muy personal y a lo mejor yo no la he difundido porque no tiene caso hacer expansión. Ese es mi modo de pensar, es mi sentir, es lo que te puedo decir... esta cosa del doctor... ese ginecólogo que a mí me vio... Ahorita yo tengo mucho miedo con los ginecólogos de mis hijas, porque el médico no me remitió desde un principio, porque dejó pasar un año y no me remitió con un oncólogo. Todas las pacientes que yo estoy viendo hasta la fecha, muchas van por lo mismo; que el ginecólogo les dijo: "no se preocupen, se les va; son bolitas, se les van a deshacer". ¿Qué hay de todo eso? (Euria).

El sentimiento de desconfianza es un elemento presente en las pacientes. El médico incapaz de descifrar la enfermedad tiende a ser considerado responsable de la enfermedad. Para las mujeres el médico es un sujeto poco sensible al dolor, que no escucha, cuyas acciones generan odios, rechazos y resentimientos, sin embargo también se reconoce un médico conocedor del padecimiento y eficaz en sus tratamientos. En otro momento el médico es valorado, sobre todo, cuando es capaz de reconocer y "descubrir" lo que les ocurre, aminorándoles su ansiedad e impulsándoles a la búsqueda o logro de la cura. Ocasionalmente ellas hallan un médico que las ubica como mujeres que pueden superar la amarga experiencia con la enfermedad.

Me ayudaron a subirme a la cama y entonces el doctor les dijo a las enfermeras: "que no se levante la señora, que no se bañe, déjenla, está muy asustada, tiene mucho miedo". Y entonces la enfermera: "pero es que se tiene que bañar la señora", que no se qué, "no", dice, "que no se bañe". Y entonces me hizo un cariño en los pies y yo sentí que eso me dio mucha fuerza. Sentí como que este fue el cariño que más he recibido en mi vida, y me dio mucha seguridad y me sentí muy a gusto. Ese día, pues, quise mucho a mi doctor. Él mismo me dijo que fuera a RETO. El apoyo de mi médico, yo lo he dicho siempre, es algo valioso. Tuvimos una muy buena amistad con mi doctor. Le empecé a contar de RETO. Veía a sus pacientes en los hospitales, le llevaba folletos, ahorita se fue a Toluca y no lo veo, pero lo mando a saludar de vez en cuando; siento mucha confianza con el doctor... mándeme esto, me duele esto, hágame esto, hágame esto, todo, todo... es bien importante la relación médico-paciente ¿no? (Anita)

Las mujeres y el médico sostienen una relación no ordinaria, ellas con frecuencia encuentran que sus médicos poseen un saber de síntomas exclusivamente, y que son incapaces de considerar sus afectos e ideas mítico-religiosas sobre la enfermedad. Habitualmente, al verse en manos de no especialistas, no reciben diagnósticos oportunos y con eso va aparejada la pérdida de confianza en la medicina, esta sensación se toma en rechazo cuando, a causa de ello, la paciente ve intervenido su cuerpo. Las mujeres que han vivido el cáncer ponen en evidencia la cotidianidad de la práctica médica, las acciones de los médicos y se encuentran sumergidas en la atención del síntoma con la finalidad de preservar la vida. Sin embargo, en lo general, los contactos y los sentimientos que acompañan a la enfermedad no pasan a ser registros de la práctica médica. Finalmente es importante mencionar que desde el momento de la notificación del diagnóstico, la presencia del médico determina la forma en que va a experimentar la enfermedad y todo lo que pueda generar.

4.1.4. El cuerpo

La mujer que padece cáncer piensa en la temporalidad de la vida y la cercanía de la muerte a partir de la evaluación y la interpretación que hace el médico de la enfermedad. Algunas veces la apreciación que el médico tiene sobre la enfermedad se convierte en una profecía para las pacientes. Para las mujeres, la intervención médica en su cuerpo, resultó ser el agravio más difícil de sus vidas. Dicha acción fue experimentada como la mayor violencia y uso del poder médico. Su cuerpo en tal experiencia paso a ser propiedad de los especialistas médicos y familiares que facilitaron la intervención, lo que generó grandes conflictos con el personal médico y los familiares que tomaron la decisión. La acción médica en su cuerpo, sin su aprobación, fue experimentada como agresión, violación y abuso de la autoridad médica. Después de la cirugía nada fue igual para ellas, en ciertos casos se hablaba de tener otro cuerpo. A partir de ahí se hacía presente la añoranza, las depresiones y la soledad por los abandonos reales e imaginarios, lo que puso en evidencia que ante la enfermedad del cáncer las mujeres no fueron libres de decidir sobre las formas de atención del padecimiento y por consiguiente sobre sus cuerpos.

4.1.4.1. La pérdida de una parte del cuerpo

El cuerpo no puede ser pensado desde una mirada exclusivamente biológica. Las mujeres con enfermedad del cáncer dan cuenta de un cuerpo como forma de relación, de vínculos, de afectos y de sentimientos. En un intento de mostrar lo significativo de los discursos, reconozco que las pacientes tuvieron el valor de expresar, y digo valor porqué en la medida en que dialogábamos en relación a esa temática, de alguna manera regresaban o se situaban, en lo doloroso que significaba perder una parte del cuerpo. Finalmente fue una pérdida de una parte de sí mismas, en algunos casos argumentados como necesaria, en otros, con sentimientos de intromisión a su intimidad innecesaria y en otros experimentada como violencia. Violencia que rebasa los dolores físicos del cuerpo y que desprende secuelas que las remiten a pasajes o cicatrices del cuerpo, que las hace exportarse a un tiempo de pérdidas de angustia y de muerte. La parte ausente las sitúa con la finitud y con la amenaza latente de la misma, donde el futuro apenas se visualiza o donde está marcado por la zozobra.

Fácil no ha sido porque la persona te diga que es fácil el diagnóstico; es terrible aceptar que te quitaron un seno. Me compro la prótesis y esa prótesis, que me quedaba chica, era de silicón; pero era nada más una cosita así, yo necesito aquí y aquí. La usé mucho tiempo, después de tanto, una de mis hermanas investigó y entonces me pidió los brassières a Estados Unidos y ella me los regalaba. Entonces sigo usando de esos brassières, porque mi operación es muy grande, hasta acá, entonces otros brassières no me sirven. Mi operación es muy grande y entonces yo necesito unos brassières anchos, les meto una cosa aquí. Entonces me operó un cirujano que fue bárbaro, una buena operación pero me raspó; no me cuidó nada; me quitó desde acá hasta acá; me sacó adelante gracias a Dios. Pero entonces te digo... los brassières o las prótesis. Una de mis hermanas me llevó una peluca, otro mundo. Entonces llego a grupo RETO... lo de los brassières, la prótesis, las pelucas, todos los turbantes; todo lo que te pueda proporcionar, todo eso ayuda a la gente. Aquí tienen su tiendita, es muy importante, para que no cuentes con un chal como anduve yo durante mucho tiempo; porque me ponía yo unos pantalones y mi blusita y no se me veía nada. Fue horrible, yo me puse mi capa de lana de Chinconcuac, pues no se me ocurría otra cosa, estaba deprimida y tan mal. (Antonina)

Para las mujeres perder un seno las hace sentirse incompletas, pero es una sensación de incompletud que va más allá de la ausencia física, es confrontarse a reconocerse como mujeres, o más aún, entrar a un no reconocimiento como mujeres. La ausencia de un seno las sitúa en las formas de estar con los demás, entre ellos la pareja, los hijos; en sí, engloba su mundo de relación. La primera reacción de ellas ante esa parte ausente es la de extrañeza consigo mismas. Su vida cotidiana se ve transformada y adquiere cierta complejidad, caracterizándose por experimentar estados agudos de depresión, sensaciones de soledad, ocultamiento y silencio.

La pérdida de una parte de su cuerpo en las mujeres con cáncer de mama las lleva a tener apreciaciones como no sentirse aceptadas o ser diferentes, por lo que recurren a las prótesis en su mayoría y ocasionalmente a la cirugía reconstructiva. En la mujer persiste la búsqueda de acomodar, o tratar de adecuar, la parte del cuerpo que le hace falta, sin embargo también está presente la idea de que nada puede sustituir el seno o senos que han perdido. Es decir, los argumentos o explicaciones que puedan darse en relación a ello, no alcanzan para cubrir la ausencia de una parte fundamental en su cuerpo, habría que indagar si tal experiencia no las remite a etapas tempranas de su vida, en donde se presentaba la conformación de su sexualidad, y donde su pecho plano era equiparable a la mutilación imaginara de un falo faltante como lo menciona Dolto⁹³. Ausencia que es superada a través de los encuentros comunicativos entre madre e hija y de esa relación armónica entre sus padres cuyo producto fue su existencia como mujer.

En muchos casos aparecen sensaciones relacionadas con la satisfacción y el grado de disfrute de su cuerpo visualizado físicamente, la cirugía abre paso a un cuerpo desagradable y deforme que se oculta. El cuerpo que antes estaba valorado, adquiere otra apreciación, sobre todo porque a partir de él se sustentaban sus formas de contacto con los demás. La enfermedad irrumpe en los vínculos afectivos de las mujeres, por lo que el cuerpo muere de inanición, no

⁹³ Cfr Dolto, Françoise *El juego del deseo*, Siglo XXI. México, 1983.p. 204.

física sino de relación, de contactos. El impacto que sufren las mujeres ante la pérdida de una parte de su cuerpo, es algo que no logran superar, se puede afirmar que esa pérdida las acompaña en sus vidas. Por lo que a partir de la cirugía de seno las mujeres tienden a ocultarse experimentando sentimientos de tristeza y depresión.

Para eso, nadie me había ayudado a rehabilitar mi brazo; yo tenía mi brazo pegado y no sabía que hacer con mi brazo. Lo primero que hice fue taparme con un chal y esconder mi brazo y ponerlo así como charola ¿no? Este, esos días que estuve en casa, tampoco tuve... ahora ya lo sé y lo reconozco, traté de ser muy fuerte y arreglarme y vestirme... de aparentemente no demostrar lo que yo sentí, mi sentimiento, pero por dentro me sentí muy mal. Me daba mucha lástima verme; es más no me atrevía yo a verme, enfrentarme al espejo era muy espantoso, me sentía yo muy mutilada, horrible ¿no? La operación no es como antes, era de 30 ó 40 cm. La mía fue horrible, de la mama izquierda, me quedó mi hoyo por aquí y todo muy grande. Gracias a Dios las han adecuado y también depende mucho de la piel. (Euria)

4.1.4.2. La caída del pelo

En efecto, la imagen corporal y su organización se ven conmovidas ante este padecimiento en particular. Tomando en consideración que la imagen tiene sus referentes a partir de la mirada de los otros, las mujeres que han vivido una experiencia con el cáncer, enfrentan la pérdida como uno de los pasajes más complejos y traumáticos de su vida. Por ejemplo, experimentar el momento de la caída del pelo psicológicamente las remite a una pérdida de sí misma. El pelo forma parte de la constitución de ser mujeres, por lo que perderlo puede estar asociado a su condición de género. Durante este pasaje, muchas veces el médico les menciona los efectos secundarios del tratamiento y les argumenta que el pelo volverá a nacer. Sin embargo, para la mujer suele ser muy penoso perderlo.

Lo más duro fue haberme visto sin pelo... pero para mí lo que sí fue impactante y doloroso fue haberme quedado sin cabello. Era durísimo a pesar de que tenía una peluca que nadie veía, nadie en el banco que yo trabajaba sabía que era peluca, (...) más que mis amigos; porque era exactamente del color del pelo que yo tenía, de la forma como yo me peinaba antes, absolutamente no se notaba. "¿Cambiaste de look?", sí. Era lo que yo siempre decía, pero no

tenía nada de pelo. Pero verme por ejemplo en las noches, que era cuando yo me quitaba la peluca, verme sin cabellos es lo más impactante para cualquier mujer e inclusive me decían, "¿por qué no te dejas la peluca si te queda mejor que tu pelo?" Y yo les decía, "eso no me importa, aunque mi pelo sea feo yo quiero mi pelo, afortunadamente me salió bien. Y pues no, Jose, no hemos vuelto a tener ningún problema referente al cáncer. (Lina)

La imagen de sí misma entra en conflicto, ya que esa imagen se desequilibra y aunque se intente sustituir la parte del cuerpo por otra no adquiere el mismo valor. La experiencia es vivida con mucho disgusto, tristeza y añoranza. Aunque estén justificadas las acciones del médico, se presenta una molestia por su intervención, sobre todo cuando esas acciones atentan con una parte estética de su cuerpo. Dicha intervención médica, es vivida como una intromisión a su intimidad. El cuerpo pasa al terreno de la devaluación, ya que, a través de la intervención, es expuesto y dañado.

Las mujeres consideran que la intervención médica, si bien las rescata de la enfermedad, también esas acciones dejan cicatrices o huellas que resultan difíciles de aceptar y sobrellevar. Uno de los grandes reclamos que hacen las mujeres es que el médico no les cuida su cuerpo, lo cual es muy común en el momento de la cirugía. Experimentan que el médico, al momento de intervenir el cuerpo, no lo protege, no lo cuida, únicamente lo manipula, encargándose de eliminar las partes malas.

El médico inclusive me dejó una parte final del busto y me dijo: "mire, le dejo este gordito del busto y, bueno, no era una cirugía plástica. Entonces a mí sí me molestó y le dije qué le costaba dejar ahí más presentable, y no como en la cirugía plástica, nada más extirpo lo necesario, ¿no? Pero sí me sentí angustiada, enojada con mi marido, a él le eché la culpa ¿no? Porque había precipitado la operación. Pero te digo, sinceramente, todavía no me acepto, no me gusto; por eso quiero hacerme la reconstrucción. No me puedo desnudar de la cadera para arriba; de la cadera para abajo no hay problema, siempre cuando ando con camiseta o con brassière me levanto ya con la prótesis (Lulú).

El médico es experimentado como alguien que no le interesa el cuerpo, simbólicamente hablando, ni los dolores que éste ocasiona con su intervención. El

cuerpo de la mujer después de una cirugía no tiene la misma importancia por lo que cambia su significación. La imagen de sí cambia a partir del conflicto que le origina confrontarse con las cicatrices de su cuerpo, las que muestran ese daño o atentado. Razón por la que el médico es fuertemente cuestionado, sus acciones están encaminadas a las reparaciones corporales, en las que no está incluida la agonía que se desprende de tal pérdida. Algunas pacientes cuentan con la posibilidad de la cirugía, sin embargo pocas acuden a esa opción, además que suele ser muy costosa.

La mujer ante tal pasaje no se imagina completa, ya que el cuerpo guarda una armonía cuando se siente y visualiza, es decir, se recupera de manera integral. Razón por la que se intensifica la soledad, el aislamiento y la inseguridad en sí misma. Lo anterior ocasiona que el cuerpo pierda interés, sea descuidado, abandonado y devaluado. Por lo que es el cuerpo en la enfermedad del cáncer el que le da un sentido muy particular: el de una enfermedad que es necesario esconder y mantener oculta, una enfermedad estigmatizante ya desde el interior de quien, al poseerla, se enfrenta a una deformidad hallándose, por consiguiente, en desventaja frente a las demás mujeres.

4.1.4.3. El impacto de la cirugía

En el transcurso de la enfermedad el cuerpo de la mujer es sometido a tratamientos y cirugías, que ocasiona la percepción en muchos casos, de sufrir un atentado a su intimidad. Sin embargo las pacientes “aceptan” las consecuencias físicas del tratamiento; esas pérdidas del cuerpo como única posibilidad de seguir con vida, aunque ello implique cierta agonía. Esta enfermedad, también pone en evidencia los altos umbrales del dolor de las pacientes, para vivir el proceso de tratamiento, instalándolas generalmente entre la línea de la vida y la muerte.

Las pérdidas físicas del cuerpo conducen a síntomas psicológicos que no corresponden a los originados por la enfermedad. El diagnóstico de la enfermedad en muchos casos desprendió nuevos síntomas, lo que hace evidente que la explicación natural de la enfermedad, en el caso del cáncer de mama rebasa la lectura de la medicación u otros tratamientos. Nada más llamativo encontrar que

en algunas de las mujeres en el momento del diagnóstico y después de éste presentaron dolencias y padecimientos que desde la explicación médica no correspondían a la manifestación del cáncer.

La confrontación con la cirugía es un pasaje de suma importancia, en muchos casos traumática, generalmente las pacientes lo viven solas, algunas veces el médico es la única persona que las enfrenta a dicha experiencia. Es con el médico, con quien se establece un vínculo de gran magnitud, a partir del interés de él porque ella sane de la enfermedad, y un interés de ella, porque el médico reafirme sus capacidades en ella, a través de su intervención. El médico se convierte en alguien importante, porque aprueba o desaprueba la imagen del cuerpo.

Es muy difícil despertar y saber que estás sin un seno. Al día siguiente de la cirugía me paran, me quitan; hacen que yo me quite la venda y me tienen metida en la regadera. Entonces al día siguiente yo me vi sin venda, pues me desmayé. Es difícil vestirse, el que tu ropa te quede bien porque te sientes sin un seno. Yo tenía miedo preguntar al doctor ¿qué me pongo? Pero la cosa emocional... yo me sentía muy mal; entonces mis vestidos me quedaban todos chuecos; y lo de siempre, y lo de todas, me ponía una bufanda, un chal y un chaleco, y un "calorón", y yo bien arropada pues me daba pena. Entonces, una vez, el doctor llegó a ser amigo de mi esposo y me miró y me dice: "yo te operé muy bien y hemos luchado con tu hepatitis" y dice: "yo tuve miedo que te murieras, sin embargo, mira cómo vienes, hasta con vestido negro". Y es cierto, había dejado de arreglarme porque me sentía muy mal, yo sin seno, pues iba toda arropada. Entonces comprendí que los médicos también necesitan que nosotros pongamos algo de nuestra parte. Ahí mismo yo pensé, "¿qué es lo que deseo hacer?, está bien, tengo que poner algo de mi parte"; y así empecé yo misma, a superarme, a buscar la prótesis; a buscar otro tipo de ropa; a arreglarme, a pintarme el pelo, a comprarme algo bonito, y sobre todo mi prótesis.(Anita)

La mujer vive la experiencia con la cirugía como espectadora, en las múltiples formas de intervención. Las pacientes con cáncer demandan que se les aclare el padecimiento y el curso de esa enfermedad, petición que los médicos en la mayoría de los casos no consideran, argumentando lo doloroso y lo negativo que puede resultar para el tratamiento, que la paciente conozca la magnitud del

padecimiento. Algunas veces el médico busca la alianza con los familiares, bajo el argumento de que pueda curar a la paciente, no con ello es una de las acciones que la mayoría de las mujeres desaprueban por considerar que con ello violenta su toma de decisión sobre sí mismas y por consiguiente con su cuerpo.

Me quitaron los ganglios y me dio una explicación más amplia de lo que había hecho. Empezó a tratarme. Me dieron 25 radiaciones, me dieron una cada día y estuve así un año, pero el brazo seguía teniendo problemas y, bueno, médicamente yo iba controlada, médicamente estaba mejor, pero anímicamente no. Tenía yo mucho resentimiento, dije: "¿cómo es posible que estando yo dormida me hayan quitado un seno? Y eso me hacía sentir con un fuerte resentimiento, porque yo no me sentía; en primer lugar, el verme por primera vez, (...) al espejo -que fue como un mes después de la operación-, me impresionó ver que tenía una herida que partía de aquí, del cuerpo, del pecho, y me daba vuelta. Iba un poco a la parte de atrás, los pectorales. Tenía yo un hundimiento en esta zona que se me notaban los huesos, y que me veía yo mal, me sentía deforme, me sentía no sólo con una mutilación profunda, necesaria ¿verdad? Pero me sentí como si me hubieran violado. Yo dije, ¿cómo es posible que me hicieran esta operación? Yo jamás me dejé ver por mi esposo; a veces nos bañábamos juntos antes de la operación; y después de la operación no quise que me viera él la herida, jamás, jamás. (Jony)

Es evidente que el cuerpo en el caso de las mujeres que experimentaron la enfermedad, aparece como un modo de relación con los otros; por lo que perder una parte de éste, genera una separación o una ruptura de vínculos afectivos y agudiza su sensación de soledad. En muchas de ellas se dieron rupturas de parejas y familiares.

Me sentía muy avergonzada a pesar de que ya teníamos nueve años de casados. En ese momento no permití que él me volviera a ver descubierta del dorso; tardé mucho para reanudar mis relaciones sexuales por lo mismo; porque me daba vergüenza; me sentía mal emocionalmente y porque en ese momento, aunque ya habían pasado dos años, en cierto momento como que regresaba aquella época de enojo, de reclamo; ya no con tanta frecuencia ni lapsos prolongados, pero sí en cierto momento me regresaba. Incluso yo creía que había superado eso y de momento cualquier cosa me volvía atrás. Él decía que estaba seguro que la mejor manera de ayudarme era ser severo, ser rígido, exigirme, y yo lo que quería era que me apapachara, que me besara, que me

abrazara, que me dijera que me amaba a pesar de que yo no tenía un seno, que era yo importante para él, que no iba a cambiar nada, que yo iba a seguir siendo la mujer de su vida. De la mastectomía en adelante fue otro matrimonio totalmente. Yo también me alejé sin proponérmelo; yo no tenía seguridad para acercarme, temía ser rechazada y al mismo tiempo no quería que me viera; me hubiera gustado ser abrazada por él. Aquí vienen esposos, vienen a la sesión de apoyo y dicen "yo quiero a mi esposa y no me importa que no tenga un seno, ni dos, ni una pierna" (Jony)

Es conocido que, frente a situaciones amenazantes o estresantes de la vida, los sujetos responden de diferentes maneras. La enfermedad del cáncer de mama no es la excepción y el deterioro de las relaciones conyugales, suele ser uno de los problemas de pareja más recurrentes cuando la mujer lo presenta. Los tratamientos destinados a curar la enfermedad, ocasionan diversas reacciones en las relaciones de pareja.

La mujer que fue sometida a una cirugía, además de experimentar una sucesión de pérdidas físicas experimenta el distanciamiento de la pareja. En muchos casos se presenta el abandono de la pareja, en otros es la propia mujer la que rompe con la relación, agudizándose la falta del apoyo, la solidaridad, el afecto y la intimidad de la pareja.

La mujer que experimenta la enfermedad del cáncer, reproduce en la relación médica el sometimiento que socialmente se espera de ella. La intervención médica se justifica como algo necesario para superar la enfermedad pero, en el transcurso del padecimiento, la paciente suele ser ignorada y se convierte en alguien ajeno a su propia enfermedad. A su ingreso al hospital y durante el tratamiento, la mujer se borra y su cuerpo se convierte en un espacio para la práctica médica. Tal situación es experimentada como frustrante y amenazante.

A las mujeres, les hablo de lo que sienten al perder, si están dispuestas, pero vale la pena para vivir. Yo sé que es una parte estética de la mujer, de la feminidad, les digo yo; a mí lo que más me gustaba, cuando era joven, era mi busto; me encantaban los escotes, pero bueno, así me tocó. Entonces les hablo del marido, de los hijos, del apoyo que tienen todas. Después al otro día las voy a consolar, a cogerles la manita, a ayudarlas porque me

acuerdo que yo no tuve a nadie. Entonces acercármeles, decirles, "no, mira, vas a salir pronto, vas a recuperar tu brazos", a darles su prótesis provisionales, a hablarles de cómo van a mover su bracito. Trato de ir lo más arreglada, para impresionarlas, para que vean que yo soy una mujer normal, que yo manejo, yo nado, yo hago todo, no tengo ningún impedimento con mi brazo. Ellas tienen que esconder el cáncer, se tienen que tapar la peluca. (Euria)

4.1.5. Dios y el origen de la enfermedad

Para las pacientes que presentan cáncer, en este caso de mama, la enfermedad está fuertemente vinculada a sus acciones, valoradas como buenas o malas en el mundo terrenal. Desde estas construcciones discursivas se expresan argumentos sobre Dios pensándolo como el que pone a prueba, es decir, una forma de ser tolerante ante el dolor que la enfermedad produce. Un dolor que ha sido asignado y designado para ellas. Por otra parte, lo significan como alguien que da la vida: es decir que, si Dios es el responsable de la vida también es el responsable de quitarla, por lo que el cáncer, en ciertos momentos, es visto con resignación, convirtiéndose en una tragedia confirmadora de la existencia de los sujetos, en este caso de las mujeres. En las mujeres que presentaron la enfermedad del cáncer, Dios es imaginado como bondadoso, porque puede curar la enfermedad, pero también, es visto como alguien que puede producirla, generando sentimientos de enojo e inconformidad.

Aunque no soy católica de hueso colorado: todos los domingos ir a misa, estar en los rosarios... no, nada de eso, sí creo en Dios. Yo ese día que salí, que dijo el oncólogo, me acuerdo que salí y pegué en un poste que había en el pasillo, decía "¿por qué yo? y volteé hacia el cielo y lo vi tan bonito, así, azul, con muchas nubes y dije "porque así lo decidiste tú" ¿no? Yo me imagino a Dios un personaje muy alto, muy grande. Hay que creer en Dios, acogerse a Dios y agarrarse de él a las veinte uñas; él es el único que nos puede ayudar a salir adelante. ¡Ay, hijole!, pues yo la enfermedad la he tomado positivamente; estoy en la mejores manos que son las de Dios, luego las de ustedes y yo estoy aquí para obedecer (Pita).

Las mujeres suelen interrogarse, sobre lo que pudieron haber hecho, sobre lo que no hicieron o, incluso, se piensan como malas mujeres. Es evidente que la imagen de Dios está asociada en nuestra cultura a la noción de justicia y por lo

tanto se tiende a suponer que existe siempre un principio razonable en sus designios.

Cuestionarse por sus acciones, las lleva a pensar que la enfermedad es una forma de pagar lo que en cierto momento no hicieron o por lo mal que hicieron, y que esto conduce a las significaciones construidas en torno a las mujeres míticas incorporadas en nuestra cultura. Por momentos los discursos de las pacientes remiten a los pasajes míticos en torno a Eva, identificadas prioritariamente por haber violentado los mandatos divinos. El cáncer es una prueba que Dios le puso, por lo que debe asumirla sin protestar, sin enojo y con resignación.

*Rezo con puras acciones, con pláticas; me pongo a platicar con mi Supremo. Sobre todo eso predomina la fe; tal vez no pueda entender muchas cosas, pero las creo y confío en ellas. Mi confianza está en un Dios supremo y le doy las gracias aprovechando sus oportunidades. La prueba ya la tuve, aceptarla y saberla sobrellevar. La prueba es que acepté sin miedo, sin temor y rechazo, y sin protesta el mal que se me detectó, pidiéndole a Dios que si era su voluntad la aceptaría yo, pero que me hiciera el final menos doloroso, tanto para mí -porque yo rogaba por mí-, para mi esposo, su familia y mi familia. Eso era lo que pedía, ahora que si salía yo bien... ¿verdad? Que las cosas no iban a salir como yo quisiera, sino como ya estuvieran dispuestas en el libro, en el destino, como las quieras llamar...si salía yo bien... pero cualquiera de las dos cosas que fuera las aceptara, y que Dios los bendiga a todos y que todo mundo tenga fuerza para aceptar. Sé lo que se siente, se lo que se desea y se lo que se espera, pero cualquiera que sea el destino de cada persona que lo sepa aceptar, esperar con paciencia y confiar en muchos doctores, en cariño, en confiar.
(Irma)*

4.1.5.1. La rehabilitación de la enfermedad

La superación de la enfermedad está significada, como un compromiso que se establece con él. El poder superar la enfermedad, o sea alcanzar la cura, las coloca en la necesidad de generar diversas acciones como una forma de redención a fin de retribuir, dentro de su nueva oportunidad de vida, con acciones entre las que destacan operaciones altruistas, de apoyo a otras mujeres, que atraviesan también la enfermedad del cáncer. Es importante considerar que los

grupos de autoayuda están cimentados en elementos compensatorios de las experiencias. Las actividades que realizan como voluntarias son una reparación o gratificación por estar con vida.

Siento... me siento con compromiso porque, como dije, por eso estoy aquí. Bueno, era importante que mis hijos salieran adelante, por eso probablemente Dios me permitió y ellos salieron, pero sigo aquí. Me siento con compromiso porque pues vemos irse a nuestras compañeras tan rápidamente... lo de "L"... y dices bueno, si estoy aquí es porque necesito moverme, estar atenta y ponerle ganas... y mientras pues uno pueda ¿no? (Antonina)

El discurso mítico religioso las instala en la posibilidad de alcanzar la cura, ocurriendo una doble apreciación: por una parte, se encuentran mujeres que manifiestan que fue Dios el que les asignó o designó la enfermedad, ello las llevan a sentir enojo; y por otro, lo conciben como una apuesta cimentada en él; por él van a ser curadas, es decir, estamos ante la imagen de un Dios castigador y un Dios benevolente. Ante el cáncer recurren a él para superarlo, piensan que alcanzarán la cura a partir de la presencia del médico y sus acciones. Para la mujer las funciones del médico, el tratamiento, las cirugías, los medicamentos, etc., son los elementos que Dios provee para superar ese padecimiento.

La enfermedad está justificada porque Dios las eligió, pero a la vez les proporciona los elementos necesarios para salir de ella. El mito de Dios resulta importante, si se considera que, cuando los sujetos se enferman, recurren a explicaciones divinas para explicarse lo inexplicable, en este caso el cáncer. El mito se inserta como posibilidad de rehabilitación, lo cual explica que, en algunas ocasiones, las mujeres recurran a tratamientos que no son validados por las disciplinas médicas. La oración colectiva está muy presente en ellas, así como afianzarse en personajes mítico-religiosos. Dios se convierte en el fundamento para seguir con vida, garantizando una vida infinita que va más allá de la vida terrenal.

Para la religión católica, la muerte y la enfermedad están directamente asociadas al pecado original y la mujer como responsable del mismo. En el proceso de la enfermedad, Dios es percibido con atributos buenos, capaz de

perdonar la trasgresión cometida, la cura considerada como forma de reivindicación a sus "malas acciones". Una enfermedad que es designada por Dios y asumida como tal por ellas, por otro lado, la resistencia al dolor, parece ser el pasaje necesario para continuar viviendo. Por lo que para la paciente con cáncer, Dios mitiga el miedo y es quien la saca de un destino trágico y doloroso.

Me enojé mucho contra Dios. "¿Por qué yo?", decía, ¿qué te he hecho? ¿Por qué me mandaste eso? Según yo, me puse a ver mi vida hacia atrás, y decía que no era justo que me hubiera tocado a mí, que yo no había hecho nada para merecerme que las cosas fueran tan dramáticas. Entonces, en ese momento, entonces digo, fue una etapa de mucho enojo; me desligué, por ejemplo, de ir a misa. Creo que siempre fui muy cercana a mis deberes religiosos, y en esa etapa me alejé totalmente; tardé varios años enojada con Dios: "ya no te hablo", "ya la corté contigo". Pero él como que tiene sus caminitos, las horas para cada uno de nosotros. Yo siento que me llamó en el momento adecuado, con los instrumentos humanos adecuados; hace quince años empecé la amistad nuevamente con él. Ha sido una experiencia que me ha permitido volver a vivir, sentirme segura, acogida, recogida, amada, aceptada; y en el camino, como te digo, los instrumentos humanos que Dios ha utilizado han sido muy valiosos, y me han ayudado mucho esas personas a que mi amistad con Dios sea abierta, sea sincera, sea formal, sea madura. Ahora, pues, en estos años, me imagino más bien; yo creo que he ido descubriendo. Sé que es creador, que es salvador, que es misericordioso, generoso, comprensivo, profundamente humano y lleno de amor. (Jony)

El mito judeo-cristiano enfatiza que Dios envía la enfermedad. La mujer que padeció cáncer como es el caso de Jony asume que Dios es el eje rector de las acciones de la vida de los seres humanos. Y aunque no encuentra una explicación al origen del cáncer en esa relación entre ella y Dios lo retoma y sostiene. Desde esta apreciación que la paciente tiene sobre Dios, la enfermedad finalmente es superada, sus encuentros y desencuentros quedan justificados en ese fuerte vínculo entre ella y Dios. Algunas de las pacientes hacían referencia a una dificultad que tenía para mostrar o dar a conocer sus afectos y sus enojos. El cáncer asociado a una dificultad para mostrarse, de darse a conocer como mujeres.

4.1.5.2. La compensación como una forma de seguir con vida

El mito de Dios promueve que la mujer piense que la enfermedad fue por selección, en muchos casos se interroga por dicha elección, reconoce que tal acción debió contemplar un objetivo, experimentándolo como una misión y un compromiso con los demás, argumento que conduce a que las mujeres se incorporen al grupo de autoayuda. Realizar actividades y acciones es una forma de pago por estar con vida, su estancia se explica como forma de compensación, aunque la relevancia se centra en la experiencia terapéutica ante el padecimiento. La cura de la enfermedad también es asociada a la maternidad, ya que es una de las funciones sumamente valoradas en la religión cristiana es decir, Dios la eligió para cumplir su destino: ser madre, aspecto fundamental en la vida de las mujeres. Es su capacidad de ser madre y de su capacidad de procrear y cuidar a los hijos, lo que lo permitió continuar con vida.

Todo...todo... Dios es mi padre, el que me da la vida y el que me la va a quitar. Me ha dado todo ¡híjoles!, me dio un marido, unos hijos de los cuales estoy orgullosísima. Estoy hablando de lo externo, pero bueno, lo externo también es muy importante, para que se sienta bien. Y lo externo son mis hijos, que fueron, que son, maravillosos... mi marido que es buenísima persona. Digo, todos los días que despierto: "gracias Dios mío que me diste un día más de vida, un día más, no sé si mañana vaya yo a vivir o cuánto más, pero ¡híjole!...Pero gracias porque hoy estoy aquí. ¡Híjole!, me ha dado muchísimo, a veces pienso que más, de más, de lo que yo merezco; por eso me lo dio Dios, porque sí merezco todo lo que tengo. (Euría)

Las mujeres que han experimentado el cáncer mantienen preguntas persistentes, entre ellas ¿Por qué fueron ellas las elegidas para vivir y no otras? Esta situación permite que se replanteen el sentido de sus vidas. El cáncer remite a cuestionamientos sumamente difíciles, enfocados principalmente a la pérdida de la vida y la cercanía de la muerte.

Si la enfermedad surge por una designación divina, así también el hecho de ser curada, razón por la cual la rehabilitación está cerca de Dios. El mito de Dios se convierte en el continente de todas las manifestaciones psicológicas que se desprenden de la enfermedad. En el mito religioso las mujeres encuentran una

especie de apoyo ante la noticia de la tragedia de la enfermedad. Esta parte mítica equilibra o detiene los miedos que se generan con el cáncer, Dios viene a ser a quien se recurre para entender la presencia del cáncer y alcanzar la cura. Para la mujer, Dios se acerca a ella y la rescata a partir de la enfermedad.

Dios, mira, para mí significa...cómo te diré... para mí es una cosa grande, maravillosa, es como puro amor. Por ejemplo, yo antes solía hablar con él. Tengo un Cristo y le toco sus manitas y le digo que no me suelte y que yo estoy muy apoyada en él. Fíjate, yo me apoyo en él para salir a la calle; le digo que me cuide para mis nietos; para mí es como mi brazo derecho... No. Porque eso sería como ponerlo a mi lado, como el izquierdo. Es como mi centro, pues es mi vida. Yo pienso que si no me hubiera agarrado a él, ahora sí que sea su voluntad, porque vives con un miedo. ¡Ay, Dios mío, qué bueno que a mí me tocó un cáncer!, a mi vecina le tocó eso, a otra la pérdida de un hijo. Hay un destino para cada familia o cada persona. (Lula).

La enfermedad en la mujer, es experimentada como una forma de muerte y como origen de una nueva vida, la que la conduce a pensarse en si misma, a recuperarse como mujer y a ubicar sus sentimientos y afectos. Del mito religioso se desprende su vida futura. La mujer que ha experimentado el cáncer, está convencida que hay un destino que fue decidido para ella. El mito conserva la posibilidad de surgir en otro lugar y en otro tiempo, es decir, volver al origen y al lugar donde se gestó la infinitud de la vida.

La vida se convierte en algo infinito y eterno, el sujeto muere pero volverá a nacer. Y aunque el miedo a morir está presente, la posibilidad de la resurrección sostenida en el mito mitiga la angustia de una enfermedad compleja, garantizando su seguridad, trasladándola a encontrarle un sentido a la vida y recuperando también su estima personal.

Bueno, Dios es nuestro creador. Los testigos de Jehová creemos en Cristo, creemos en María, creemos en todo, pero de otra forma; tenemos algunos principios que difieren de la iglesia católica, por ejemplo, el infierno de fuego. Nosotros no creemos en el infierno de fuego, no creemos en la inmortalidad del alma, no creemos, apoyamos mucho la resurrección ¿no? Entonces eso y varios principios que te van haciendo, a mí por ejemplo, que me iba a morir. Yo confío mucho en cómo Cristo resucitó a Lázaro y en

personas que fueron resucitadas; y yo confío mucho en la resurrección. Entonces yo siempre he dicho que si muero voy a resucitar, claro que es algo que duele, ¿verdad?, que da mucho... que da mucho miedo porque fuimos exactamente creados para vivir y para vivir eternamente, y no para morir. Entonces eso me ha dado mucha seguridad, me siento tranquila y segura, me ha ayudado muchísimo, y en otros aspectos también. (Anita)

Para la mujer que experimentó cáncer, la vida representa una nueva oportunidad, por lo que el tiempo se replantea como algo inmediato, instalándose en el presente, en cada instante, aprovechando todo lo que se le presenta y le sea posible vivir, procurando que sus experiencias no sean limitadas y manteniendo una actitud activa por la vida. Del mismo modo siempre está presente la idea de la muerte, por lo que argumenta que está preparada para la muerte. Las mujeres viven situadas en el terreno de la muerte, persistiendo el dolor y la intranquilidad. De ahí que ante una enfermedad en la que no exista una certeza de la cura, el mito aminora la angustia que esto le genera. Es decir, sus estados emocionales se ven gratificados por la presencia del mito religioso, adquiriendo una acción terapéutica que le permite superar sus estados de ánimo y equilibrar los problemas que se desprenden en el transcurso de la enfermedad.

4.2. Los médicos

Los médicos entrevistados fueron ocho. A cuatro de ellos se les entrevistó en el Centro Oncológico de Villahermosa, uno en el hospital de PEMEX, dos en sus consultorios particulares y uno más en la universidad del Estado. Los oncólogos entrevistados adquirieron la especialidad en distintos hospitales del D.F. Realizar las entrevistas con los médicos resultó interesante además de difícil, tomando en consideración la disponibilidad de su tiempo. Para los médicos, la referencia de día y noche está organizada de diferente forma; pareciera que en ellos la dimensión del tiempo adquiere otro sentido, uno de ellos en el momento de la entrevista comentó: *"a veces mal comemos, a veces mal dormimos; le*

*dedicamos mucho tiempo a atender a nuestros pacientes, vamos llegando muy tarde a casa, dedicamos el fin de semana a nuestro trabajo”.*⁹⁴

Durante el tiempo de espera para entrevistarlos alcancé a presenciar el dolor que la enfermedad genera, tuve la oportunidad de escuchar lo que se comenta en el ambiente hospitalario en relación al cáncer. Los trabajadores de la salud se quejan de que nadie apoya a los familiares a que asimilen lo que les ocurre a sus enfermos, así como la falta de atención con ellos, es decir, la institución no toma en consideración lo que les ocurre ante la atención de los pacientes que presentan la enfermedad.

El constante énfasis sobre la carencia de apoyo para atender a los familiares de los enfermos hace pensar que tal vez esto vehiculiza la carencia de un trabajo con el personal de la salud, encaminado a que puedan hablar de lo que les ocurre en el contacto con los pacientes y los familiares de los mismos. Su queja en torno a la falta de atención hacia la familia podría representar la identificación de sus propios malestares a propósito de los directamente implicados.

Un médico oncólogo externó *“Los problemas de los pacientes me los llevo a casa y a veces no puedo dormir, creo que nos afecta mucho el escuchar a los pacientes”*,⁹⁵ reclamo que en cierto momento pensé estaba asociado a la complejidad del mismo padecimiento y la frustración que acarrea las manifestaciones de las enfermedades crónico degenerativas en el personal de la salud, así como la carencia de espacios en las instituciones para que el personal pueda hablar sobre ello.

Por otra parte se podían observar carteles de las organizaciones independientes que en sentido altruista intentan dar apoyo moral y económico a los enfermos de cáncer, hecho que denotaba la percepción pública de la carencia de recursos para atender la enfermedad, lo que me hacía pensar que las características de los lugares para atender y curar el cáncer, está asociado con la

⁹⁴ Comentario de un médico de PEMEX

⁹⁵ Comentario de un médico oncólogo en su consultorio particular.

manera en que se piensa el cáncer o como se ha significado la enfermedad y las vías de su curación. Así, se observó con relativa claridad, que el espacio y el tiempo se vuelven preocupantes en las instituciones hospitalarias, en la medida en que la necesidad de recursos para la terapéutica se retoma en términos altruistas e impersonales y oficialmente poco se repara en los costos y, sobretodo, en las dimensiones subjetivas que ella implica.

Durante las entrevistas me percaté que los médicos estaban deseosos de hablar sobre su quehacer más que hablar sobre sí mismos; de ahí la petición de que les realizara preguntas directas en torno a su tarea, pues entrar en el terreno de sí mismo es algo que la formación médica ha excluido. La mayoría de los médicos entrevistados solicitaban preguntas directas para dar respuestas concretas mostrando una dificultad para hablar libremente sobre lo que les ocurría en esos encuentros con la enfermedad. Otros dialogaban sobre sus decepciones en torno a los medicamentos que no curan el cáncer y el enojo por ser juzgados cuando los tratamientos no son eficaces, angustia ante la amputación de las partes del cuerpo, angustia que se aprende a manejar o más bien a ocultar y mantenerla en silencio. Podría pensarse provisionalmente que para el médico la enfermedad del cáncer representa la fragilidad e impotencia de la actividad médica frente a la letalidad del padecimiento.

4.2.1. El origen desconocido de la enfermedad

Para los médicos la enfermedad del cáncer resulta una patología compleja y desconocida. No existe una certeza específica que explique su origen, esto mismo la hace diferente a las demás enfermedades donde se tienen identificados los síntomas y sus causas. Aunque se han ejecutado grandes acciones para la prevención, no se han producido resultados eficientes y los pacientes siguen llegando con la enfermedad en estado avanzado. Para algunos médicos es un padecimiento que no tiene una etiología específica, por lo que es considerada como una enfermedad multicausal. Para otros, el cáncer obedece a los estilos de vida de los sujetos, por lo que la enfermedad es responsabilidad del paciente. Desde la formación médica la presencia del cáncer está asociada a cuestiones tan

diversas como los niveles educativos, las prácticas culturales y los factores socioeconómicos.

Las explicaciones que los médicos hacen en torno al cáncer, enfatizan prioritariamente que es una enfermedad donde los pacientes llegan con estados avanzados de la enfermedad y en fases en que no se le puede realizar ninguna intervención, ocasionado esto porque existe poca cultura preventiva y de cuidado a la salud, lo que está fuertemente asociado a las características de los países en vías de desarrollo. De ésta situación se desprende que presentar cáncer obedece a los estilos de vida y por consiguiente los hace responsables de su enfermedad.

“El cáncer desafortunadamente por múltiples factores ocupa la segunda causa de muerte, nosotros vemos pacientes con etapas muy avanzadas y los escasos recursos, prácticamente estamos amarrados de manos para ofrecer. Esto todavía agrava más el pronóstico, más para el paciente del tercer mundo. Tener cáncer hoy esta indicando más o menos la forma en que vive el individuo.”
(P.R. Oncólogo del Instituto Oncológico del Estado de Tabasco)

El médico cuenta con técnicas para enfrentar la enfermedad, más no para curarla de manera irreversible, en algunos casos –en los tratamientos reconocidos como paliativos- únicamente genera ciertas condiciones de vida favorables para quien presenta el padecimiento. Se piensa en una enfermedad agresiva de la que el paciente no va a curarse, su intervención como médico se sitúa en prolongarle un poco más la vida. Como el discurso médico sostiene darle una mayor calidad de vida, entendiendo ésta como “la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos”.⁹⁶ El término calidad de vida incorpora entre otras cosas la salud y bienestar social y, según se ha indicado, el médico toma en consideración que en la enfermedad están involucrados los elementos emocionales y sociales, además de la dimensión biológica del sujeto, distinguiendo así el abordaje del cáncer.

Es una patología que muy poca gente le gusta tratar, es una enfermedad agresiva que nosotros tratamos de combatir de la

⁹⁶ <http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>. 19 marzo 2008.

mejor manera, cirugía, radioterapia, quimioterapia para acotar la enfermedad y darle una mejor calidad de vida al paciente... Una alteración muy seria del organismo, es una reacción muy importante para el organismo, tiene una afectación aparte de la biológica, una afectación social y una afectación emocional. El cáncer no lo podemos tomar nada más del aspecto biológico, del aspecto médico, sino un aspecto social, un aspecto emocional, yo el cáncer lo trato de enfocar desde estos tres tipos de aspectos para a hacer en conjunto el tratamiento.” (G.V. Oncólogo del Instituto Oncológico de Tabasco)

Por otro lado, el cáncer es una enfermedad en que el médico especialista experimenta una suerte de satisfacción, debido a que forma parte de una pequeña élite dedicada a este padecimiento, además de encontrar en su práctica un constante desafío a sus habilidades profesionales, máxime cuanto que la insidiosa presencia del cáncer como enfermedad mortal para la población, le ubica en una posición imaginaria de heroicidad. Por otra parte, tal heroísmo carecería de sentido ante el peso epidemiológico del cáncer en términos de causa de muerte en nuestro país, lo que de paso conduce a que el médico se interrogue sobre la pertinencia de los programas y el peso real de la participación de la población en estos.

“Cada enfermo significaba una prueba más que pasar, donde uno tiene que echar mano de todas sus habilidades y conocimientos, y bueno para mi era una enorme satisfacción el poder quitar tumores que por muy difíciles que fuera realizar el procedimiento para rescatarlos, el quitarlos para mi significaba un éxito. Una de las enormes frustraciones fue lo del Papanicolaou por ejemplo, que pese ha que se ha invertido una enorme cantidad de recursos humanos, gente que se ha preparado seguimos teniendo tanto cáncer cérvico uterino como hace 20 años, cuando empezaron esos programas de detección del cáncer sobre todo por el cérvico uterino.” (W.D.L. Oncólogo del Instituto oncológico de Tabasco)

Sin lugar a dudas para él existe una nota enigmática relacionada con la enfermedad y esto de algún modo contribuye a su sentimiento de satisfacción frente a casos exitosos. Tal vez en ninguna otra práctica médica exista, como en ésta, una asociación del éxito en la cura, con la noción del don médico, la referencia a la idea de “vocación” característica en estos especialistas, así como la

cuestión misma del dominio sobre el terreno irreversible e inefable de la muerte, coadyuva a ese sentimiento de heroicidad apenas referido.

“Mira en un principio, cuando comencé a estudiar la oncología en el instituto de cancerología en México, que es un lugar donde se encuentran los enfermos de todo el país, observé que varios días a la semana fallecían, entonces recordaba yo, que antes pensaba, que cómo mis maestros podían vivir tranquilos, si los pacientes se morían, sin embargo aprendí que no todo en la medicina es nada más curar, sino que hay pacientes los que se puede ayudar de alguna manera, ya sea controlando primero la enfermedad o bien ayudándoles a conseguir una muerte digna. Porque también esa es otra situación, tiene el derecho a no morir solo y a tener la asistencia médica hasta el último momento de su vida. Es la única especialidad donde más se agradece cualquier logro que se tenga por mínimo que sea, entonces cualquier situación es agradecida infinitamente. En este caso, en la oncología existe el agradecimiento completo y muy frecuente de los pacientes.” (J.A.A. Oncólogo del Instituto de Oncológico Tabasco).

4.2.2. La paciente con cáncer: sujeto extraño y estigmatizado

Abundando sobre el aspecto vocacional, algunos oncólogos, dado el carácter singular del cáncer como padecimiento, consideran que la suya es una disciplina médica diferente a las demás, de modo que quien la elige se sitúa en un lugar distinto a los demás médicos. Ésta elección implica que el médico tiene que pensar en las complicaciones e implicaciones de la vida familiar, laboral y social - lo que aparentemente no sucede con otros especialistas-, no todos los médicos podrían ejercer dicha labor y es común escuchar del oncólogo que estaba predeterminado para esa profesión o bien, que se encontró con que su elección, si al principio podría parecer azarosa, al final no habría podido ser diferente. ¿Encuentro mítico? ¿Manifestación del orden del destino?

Yo pienso que para toda carrera se tiene que reunir cierto perfil, sobre todo que esté asociado a eso, una especialidad un poquito diferente a la medicina ¿verdad? Acá nos vamos a encontrar con cuadros muy diferentes, donde se involucra a la sociedad, a la familia, a la persona, al entorno, al trabajo, impacta en todos los niveles un paciente oncológico, vive alterado ¿verdad? Una dinámica individual y familiar ¿verdad? Importante que haya palmado la oncología y en ese momento siente que va hacer su especialidad, es algo que en el momento que lo comenzamos a

sentir, comienzas a ver la especialidad, te llama parece ser que estás predeterminado a ser oncólogo. (A.G. Oncólogo del Hospital de PEMEX).

El paciente con cáncer es estigmatizado por otras disciplinas médicas, ya que este tipo de paciente es difícil de tratar, aunándose a ello el poco conocimiento que el enfermo tiene sobre el cáncer. Para el médico, al igual que para los colectivos, esta enfermedad conduce al sujeto a la muerte. La enfermedad con frecuencia toma un cauce natural en la que el médico permanece solo como espectador.

Yo el primer contacto que tuve con la oncología fue en 1981-1982, en ese tiempo como que le hacían el feo al paciente oncológico. Yo veía que eran pacientes difíciles, complejos, que no había muchas cosas sobretodo que había mucha desinformación por parte del paciente ¿no?y por parte de otros servicios médicos también había cierto rechazo. La tónica era de que el paciente con cáncer si tenía un paro cardíaco no lo reanimarán por el hecho de tener cáncer. (P.R Oncólogo del Instituto oncológico del Estado de Tabasco).

Para el oncólogo la presencia del cáncer en la mujer está vinculada al lugar que ocupa socialmente. El poco acceso a la educación, al igual que los códigos culturales que ha incorporado contribuye a que la mujer, en la opinión del oncólogo, tenga un avance nulo en la prevención de la enfermedad. Reconoce sin embargo la importancia de que la mujer asuma otra postura en el terreno de la salud y adquiera una posición activa frente a la misma. El médico toma en consideración ese punto en particular, porque pareciera que es ahí donde está la posibilidad de poder solucionar parte de la problemática de la salud de las mujeres.

Yo creo que tiene que ver mucho la ignorancia, costumbres, apertura de información de la paciente marginada, siempre tiene muchos tabúes. La mujer está muy relegada, como que el hombre ha sido motor de todo, esto ya empieza a cambiar y creo que estamos viviendo todos los días unos cambios incipientes que se tienen que dar. (A.S. Oncólogo del Instituto de Oncológico de Tabasco)

La enfermedad genera malestar emocional en los médicos, caracterizado prioritariamente por la frustración. El médico al igual que el paciente sufre con la

enfermedad. Sin embargo, asumir el dolor que al médico le genera, lo desviaría de su quehacer como médico, o sea, aliviar la enfermedad. Pareciera que la negación del dolor es la condición en la vida del médico para curar el padecimiento. Por lo que curar el cáncer se convierte en una meta, en un reto, ante un padecimiento agresivo, en el que el oncólogo adquiere un importante lugar.

Nos cuesta algo de trabajo entender el comportamiento del cáncer, sin embargo tratamos de no mezclarnos demasiado emocionalmente con los enfermos, porque precisamente la frustración viene de ver enfermos que de alguna manera se identifican con uno, o al revés nos identificamos con los enfermos, les guardamos cierto afecto, nos esmeramos en curarlos y al año, año y medio están nuevamente con la enfermedad y eso nos frustra a nosotros, pero bueno tratamos de evitarlo y aplicar en cada enfermo lo que sabemos para que el paciente sea bien manejado. (W.D.L. Oncólogo del Instituto oncológico de Tabasco).

Es indudable que el cáncer es un padecimiento poco comprensible para el médico. La complejidad de la enfermedad involucra una serie de manifestaciones afectivas que se producen en el tratamiento de ésta. El oncólogo reconoce que surgen sentimientos afectivos en torno al paciente, lo que pone en duda el sentido de las ciencias médicas, en cuanto a su pretensión de conservar la neutralidad e imparcialidad del médico ante la cura del paciente. Ante tal situación, el médico intenta centrarse en el síntoma, separándose así del paciente. Es importante resaltar que en el médico se origina un conflicto, ya que la formación médica demanda la atención exclusiva de la enfermedad, sin embargo, el paciente lo confronta a la parte oculta del padecimiento: a su dimensión simbólica.

4.2.3. La enfermedad del cáncer: un dolor que es necesario ocultar

Las manifestaciones afectivas durante el proceso de la enfermedad, se hacen presentes en el médico quién sin embargo establece una línea que no permite el acercamiento emocional con los pacientes. El médico recurre a una posición neutral en esa relación, aunque reconoce que la confianza y la honestidad que se establezca con el paciente son elementos importantes para su tratamiento. Considera que la participación afectiva del médico es de suma relevancia para curarla, por lo que debe jugar un rol acompañante en el proceso

de la enfermedad. El abandono de los tratamientos para curar la enfermedad puede estar relacionado con la manera en que él se involucra, comunica o no comunica con los pacientes.

Esta es una parte que muy pocas veces hablamos los médicos, yo creo que es desgastante ver los casos avanzados, casos en los que no podemos hacer mucho por el paciente, casos en los que uno se involucra mucho con el paciente se encariña por así decirlo, el no poder resolver sus problemas, es desgastante emocionalmente, es otro aspecto que a veces no se trata, muchas veces, muy pocos médicos hablamos de eso, hablar de lo otro, se toca poco lo del paciente, pero yo creo que el médico también tiene un aspecto del lenguaje emocional.(G.V. Oncólogo del Instituto Oncológico de Tabasco).

En el cáncer el tema de la verdad tiene un papel muy importante e introduce al médico en una situación ambivalente ya que, por una parte, considera que el paciente tiene derecho a saber todo sobre su padecimiento o parte de ello y, por otra, encara a la familia que demanda el ocultamiento del padecimiento. Es notorio recalcar que el cáncer tanto en el paciente, la familia y el médico es un padecimiento que está fuertemente asociado a la muerte, por lo que es considerado como una enfermedad terminal. Ante esto, el médico enfatiza la importancia de que los pacientes recuperen las relaciones afectivas como forma de apoyo psicológico, para vivir el proceso de la enfermedad, tomando en consideración, que el cáncer ocasiona serios desajustes emocionales ante la aparición, el tratamiento y en muchos casos su regreso.

El enfermo con cáncer, no solo amerita o no solo necesita, del medicamento que le quita el dolor, sino amerita también a veces de la palabra amiga, de la que da ánimos y le da esperanzas, que le permitan confiar en su médico y que finalmente tratamos de adherirlo al tratamiento, el aspecto de no involucrarnos emocionalmente con el paciente, es un poquito diferente al menos así lo siento yo, pero bueno, el enfermo que entra, nosotros tratamos de animarlo, de hablarle con honestidad de que tiene cáncer, pero le damos las expectativas que tiene de poder curarse, nosotros pensamos que el enfermo no necesita saber toda la verdad y una de las verdades que necesita saber digamos que tiene cáncer, digamos que es un enfermo que tiene 8 meses de vida o un año de vida, bueno esa es la verdad dolorosa, no se la decimos al enfermo, se la decimos al familiar, no se la decimos al

enfermo para no cortar con la esperanza que siente por muy avanzado que esté el cáncer, siempre está en la mente del enfermo, además que esa esperanza se transforma en nosotros como el motivo para que el enfermo acepte los tratamientos, cuando se les corta esa esperanza, bien el enfermo puede optar por decir "si no tengo cura, si no hay que hacer, pues me voy" y no se trata y le tratamos de manejar eso y darle animo" (W. D. L. Oncólogo del Instituto Oncológico de Tabasco)

El cáncer enfrenta al médico a situaciones grandes de desgaste emocional por las características físicas de sus síntomas y por los vínculos afectivos que surgen con los pacientes. El médico asume que su función es salvar la vida de los enfermos, rehabilitarlos le genera satisfacción, el no conseguirlo malestar. El regreso de la enfermedad lo frustra, lo asume como una incapacidad médica. Concomitantemente aparece la sensación de incompetencia, ya que no logra responder a la confianza que las mujeres le depositan al exponerles parte de sus vidas. Sin embargo, parece ser que es justamente el problema de la cercanía entre ambos, lo que complejiza la relación, son las demandas encontradas lo que contribuye a dificultarla, es decir, la paciente considera que la cercanía del médico podría generar un mayor bienestar durante su enfermedad, el médico por el contrario, que es la lejanía con la paciente lo que va a servir a la cura.

Para el médico la mujer se enfrenta muchas veces al rechazo familiar y la institución médica. Por ello la institución hospitalaria aparece como un espacio carente de relaciones interpersonales, un lugar donde el paciente se encuentra entre extraños. De ahí que promover la calidad de vida de los enfermos con cáncer, incluye el retomo de éstos a su hogar, en un intento por restablecer los vínculos con la familia. Para los oncólogos en la enfermedad del cáncer de mama el contacto afectivo es un ingrediente fundamental para curarlo, en la medida que se establece una comunicación acertada con la enferma, le facilita posibilidades de prever las complicaciones de la enfermedad y además tener un conocimiento mayor sobre la paciente.

4.2.4. El cuerpo

El cuerpo en la medicina es considerado como algo sagrado, por ello toda acción del médico apuntará a la conservación de éste. El oncólogo señala que

para él no existe una diferencia entre el cuerpo del hombre y la mujer, pero la confrontación del cáncer en las mujeres, es una experiencia estresante para ellos, sobretodo cuando se realizan cirugías y éstas culminan en la amputación de alguna parte del cuerpo; en efecto, los médicos al hablar del dolor o la angustia por la enfermedad, generalmente la mencionan en relación a los pacientes. Sin embargo reconocen que el cuerpo es una temática importante en la práctica médica y que en ellos la cirugía genera un impacto psicológico de cierta magnitud.

“El cáncer pues es una situación doblemente especial por lo letal que puede ser esta enfermedad, de que una mujer, el cuerpo de una mujer con cáncer, muchas veces es angustioso, hasta ganas de llorar, cuando vemos que una mujer joven tiene una enfermedad que la está destruyendo, que la está matando y que estamos, como decir, impotentes, limitados para poder ayudar, muchas veces en la etapa que se está presentando la enfermedad, y la falta de recursos, y entonces vuelve a hacer muy angustiante cuando vemos mujeres jóvenes con un tumor de mama que hay que mutilarles con una cirugía; también es algo que en lo personal me llena de angustia”.(G.V. Oncólogo del Instituto Oncológico de Tabasco).

En opinión del oncólogo, los senos adquieren un significado diferente dependiendo del contexto social, en la mujer urbana el seno es apreciado por una función estética, en el caso de la mujer rural es apreciado mayormente por su valor en la maternidad.

“Yo creo que por eso el organismo femenino merece un trato especial, un apoyo muy importante desde el punto emotivo, de un apoyo, desde el punto de vista de tomarles consideraciones y de un trato diferente que sea digno del lugar que precisamente deben ocupar. La mujer pobre no tiene mas remedio que dar pecho para alimentar a sus niños, en cambio en la ciudad ocurre mucho el cuidado estético, como el de los órganos sexuales, consideramos unas de las funciones de las mamas en la función sexual y ahí se evita y se suprime incluso la función de la formación láctea, entonces para cuidar lo estético hay atrás actitudes en el nivel urbano a diferencia del nivel rural, también en el nivel rural existe mas pobreza que en el medio urbano, hay muchas diferencias a ese respecto.” (J.A.A. Oncólogo del Instituto Oncológico Tabasco).

La cirugía, que generalmente concluye en una extirpación de la mama en la mujer, es el recurso final que el médico considera puede ofrecer a las pacientes. Si bien se cuenta con el tratamiento de la quimioterapia, la radiación y el tratamiento por hormonas, es la extirpación de los senos lo que más certeza y garantía da a la curación del cáncer; sin embargo, él mismo reconoce que las mujeres se ven seriamente afectadas por la pérdida de una parte fundamental de su cuerpo.

4.2.5. Dios y la práctica médica

Para el médico la idea de Dios se origina en la infancia y se sostiene y adopta durante toda la vida. La idea de Dios, se convierte en un elemento importante en la vida de los sujetos, ante sus problemas aparece como forma de solución. Por ello Dios es significado con temor, respeto, benevolencia y a la vez como ejecutor de sanciones cuando las acciones de la vida no son las acertadas.

“Nos ha creado, nos ha dado la vida, este, no soy en cuestión de religión muy apegado a hábitos religiosos, si le tengo temor, como yo creo, que como todos, un profundo respeto, pero pienso que mientras yo haga mi labor, bien mi trabajo y trate yo de ayudar, siento que estoy bien con él, estoy haciendo las cosas bien y que no necesito en algún momento el mito ¿no? si puedo, si hay creo, que con lo que hago con mi trabajo, porque no porque sea y, pero creo que doy mucho, mucho, me he preparado, me he esforzado para poder ayudar a la gente y no nada mas a los pacientes con cáncer, mi área lo que yo manejo es muchísimo y procuro siempre, siempre salir adelante, entonces siempre he pensado que no necesito tener mito, todas las semanas ir a misa o rezar, todo eso, la estoy apoyando, lo estoy ayudando.” (A.F. Oncólogo del Instituto Oncológico de Tabasco).

Desde la apreciación del médico: Dios valora las acciones como buenas o malas, las malas pueden ser revertidas al sujeto y ser castigado por ellas. Esas acciones incluyen su forma de atender y realizar su trabajo como profesional de la salud. Por tal motivo su práctica la asume con responsabilidad, esfuerzo y en cierto momento con sacrificio. Se puede decir que la práctica del médico está fuertemente vinculada a la creencia en Dios. Por lo que se percibe como un mediador entre el paciente y Dios, ya que es este último el que lo provee de los recursos para curar a los enfermos.

“Dios es un concepto, pero creo que como seres humanos siempre necesitamos de cómo vivir, de tener seguridad de que si algo se te atora va a venir papá a ayudarlo o algo, a nosotros como adultos cuando empezamos con una cirugía pues decimos bueno “Dios ayúdame, yo se que estás presente” de alguna manera eso y esa creencia en Dios se las inculco a los enfermos y les digo que yo no poseo la verdad, que yo trato de apoyarme a su verdad, pero yo no soy de alguna manera un sabio, y que yo no se si se va a curar, así se lo pongo”. (W. D. L. Oncólogo del Instituto Oncológico de Tabasco).

Para realizar su labor, curar la enfermedad, interviene la acción divina. La muerte no es considerada como una acción del hombre. Desde la apreciación médica la muerte es una responsabilidad de Dios y la prolongación de la vida es fundamentalmente suya. Es importante insistir en que, en el caso de la enfermedad del cáncer, dado su carácter enigmático, el médico se posiciona como instrumento de Dios para curar la enfermedad de las mujeres.

Igualmente, los oncólogos suelen emitir apreciaciones, que en su opinión suelen ser bastante aproximadas, sobre las posibilidades y el tiempo de vida de sus pacientes, ese saber les coloca en una posición de control imaginario sobre la vida de los sujetos, reafirmando su lugar como sanadores de la enfermedad y a la vez originando su propia tragedia, es decir, asumiendo que la vida de las y los pacientes está en sus manos y que compete a ellos salvar la vida de las pacientes. Este último los introduce en una situación de desgaste emocional, de frustración, cansancio y de inversión del tiempo de su vida. Habría que preguntarse si en las construcciones imaginarias sociales, el encargo de la salud al médico termina pesando como un estigma para su práctica médica, el médico termina por considerarse en parte como responsable sobre la vida de la paciente, significación de la que participan tanto el colectivo como él mismo.

Para el médico resulta importante sostener la idea de Dios en el paciente con cáncer porque contribuye a su curación, es decir el médico justifica la creencia en Dios con fines terapéuticos. Bajo este argumento se sostiene la vida o la presencia de la muerte. Lo que resulta de gran importancia, porqué desde este argumento amortigua en el paciente lo complejo de la enfermedad y a la vez él se

apoya para la curación de la enfermedad en dicha creencia. El ejercicio de la práctica médica parece ser el lugar donde está mayormente presente la idea de Dios, tomando en cuenta que es un elemento atenuante para la enfermedad y es el médico quien también la difunde. Para el médico, Dios se convierte en el aliado indispensable y necesario para sostener el tratamiento y la cura de la enfermedad del cáncer de mama en las mujeres. Es decir que desde la experiencia médica la existencia de Dios es un factor importante como atenuante para vivir el proceso de la enfermedad, su presencia, el tratamiento y la rehabilitación. La creencia sostenida e inculcada por el médico es un elemento terapéutico que el médico retoma, un eslabón cultural en el cual no repara abiertamente.

“Dios es quien nos formó. Es un padre, una divinidad. Yo siempre les comento a mis pacientes, nosotros somos seres humanos con creencias religiosas, yo soy católico y entonces les digo que quien tiene la última palabra, de quien está con nosotros y quien no, es Dios, es el quien nos va a recoger, el que nos va a dar la última palabra ¿No?, el que se queda o no se queda. Si, yo se lo digo mucho a los pacientes, a los que son católicos, a los que no, no. Yo respeto mucho su religión y sus creencias que tengan. Yo siempre le digo a los pacientes, yo soy católico, si es usted católico yo le recomiendo que se apegue a la religión y no piense que esto es un castigo de Dios. Que son cosas que le pasan al hombre y Dios no tiene nada que ver con esto, entonces si me apego mucho a la religión para mi trabajo, me encomiendo mucho a Dios, cuando voy a hacer una cirugía, y siempre bueno, a mi me gusta mucho orar para que de alguna manera tenga yo una buena conclusión en lo que es mi trabajo, y pueda yo ser un buen médico. Si me gusta apoyarme en Dios.” (G.V. Oncólogo del Instituto Oncológico de Tabasco).

Acudir al mito religioso en la práctica de la medicina, es introducir un nuevo elemento ante el enfrentamiento de la enfermedad, un ingrediente cuya significación remite al alivio de los sujetos ante lo incierto del cáncer y ante las experiencias difíciles de sus vidas. La idea de Dios se fortalece en este padecimiento a partir de que el cáncer es significado como sinónimo de muerte y donde las expectativas de vida de los pacientes son escasas. Se puede decir que el mito de Dios es compartido por la paciente y el médico, este último lo retoma para curar y la paciente para sanar la enfermedad. Por lo que el médico y la

paciente con cáncer comparten la creencia en la existencia de Dios. Ante lo incierto e inexplicable de la enfermedad el médico y la paciente le dejan la respuesta a Dios.

“Yo le digo, mire usted tienen cáncer, está en la etapa... las personas como usted de 10 se curan 7, 3 no se curan, se les haga lo que se les haga, es decir, 3 se mueren ¿cómo voy a saber si usted es de los tres que van a morir o de los siete que se van a salvar? no lo se, yo solo se el camino que tienen que seguir para que usted alcance la curación, quien se va a encargar de ponerlo en el grupo de los que se curan es Dios, así que tiene que hacer un trato con él.” (W. D. L. Oncólogo del Instituto Oncológico de Tabasco)

En esta enfermedad, la paciente con cáncer recurre al mito religioso como forma de explicarse la presencia de la enfermedad, cuando el esclarecimiento médico no es suficiente, el médico por su parte intenta explicar el origen de la enfermedad desde el discurso científico-profesional, sin embargo para la cura necesita del mito religioso como instrumento y como apuesta a la curación del cáncer. La práctica médica se ha sostenido bajo una acción inspirada en la divinidad, en la que el médico es el instrumento, dicha creencia la promueve el médico con su paciente. El mito se convierte en una manera de acceder a la cura, generándole bienestar y seguridad en ambos.

4.3. Discusión

En mi investigación encontré casos en los que las entrevistadas comentaban que cuando un integrante de la familia enferma, el grupo familiar en sí mismo enferma. Las mujeres expusieron que se originaban muchas dificultades de índole psicológica en el momento de la enfermedad, por ejemplo, el hecho de que la enfermedad pudiese ser contagiosa, el temor de que otro familiar pudiese presentar la enfermedad las mantenía con una angustia constante, tales manifestaciones generaban tensión en el interior del grupo familiar. Las mujeres en su totalidad tuvieron la certeza de que la herencia estaba relacionada en la manifestación del cáncer. Algunas de ellas mencionaban que en una etapa de la enfermedad, no toleraron que en sus familias se hablara del padecimiento. Lo que guarda una estrecha relación con la investigación realizada por Mellón, Berry-

Bobovsky y colaboradores⁹⁷, en la cual aluden a la importancia de recuperar las formas de comunicación familiar, la toma de decisiones en la salud de la familia y las acciones de ésta cuando se ha presentado la enfermedad en algún miembro del grupo familiar como una posibilidad de prevenir el padecimiento.

A partir de la narración de su enfermedad las mujeres daban cuenta de sus experiencias con el cáncer, pero además, en ese ir y venir de las entrevistas, pensaron sobre los logros que habían alcanzado después del cáncer, propiciando que las entrevistadas reflexionaran sobre ese hecho particular en su vida y, a la vez, las encauzaba a especular sobre su vida futura. Es importante mencionar que las mujeres que padecieron cáncer de mama comúnmente hacían énfasis en que deberían vivir el día como si fuera el último de su existencia. La posibilidad de pensar en el futuro se volvía incierta en la medida en que estaba presente el temor a que el padecimiento apareciera de nuevo. En algunas de ellas el padecimiento las llevó a replantarse sus funciones como mujeres, es decir, se volvieron independientes, autosuficientes y buscaron nuevas formas para restablecer los lazos afectivos con los demás.

De acuerdo a los resultados de este estudio, las pacientes que fueron escuchadas y tranquilizadas por su doctor, reconocieron su presencia como trascendental para entender y curarse de la enfermedad. Sin embargo, en la mayoría de los casos se percibe a un médico poco accesible, cuya imagen contribuye a agudizar su sufrimiento y desesperanza. Es interesante saber que algunas de las mujeres en el momento de que se les dio la noticia del diagnóstico presentaron otros padecimientos como hepatitis y fuertes cuadros gripales, lo que establece una relación con el estudio efectuado por Siminoff, Graham y Gordón⁹⁸ (2005) quienes indagaron si los patrones de comunicación en la relación médico-paciente están influenciados por las características sociodemográficas y sociales. En esta investigación se observó que dependiendo de la forma en que se

⁹⁷ Op. Cit.

⁹⁸ Siminoff LA, Graham G, Gordon N. "Disparities in Doctor- Patient Communication Patterns of Breast Cancer Patients: The Influence of Socioeconomic and Demographic Factors". En *Psycho-Oncology Review*, Vol. 14, Case Western Reserve University Cleveland, Ohio, 2005. p 12.

comunique el diagnóstico, las mujeres atenderán el padecimiento, es decir, muestra que entre la paciente y el médico hay una implicación psicológica importante, por lo que será la institución de la salud quien deberá proporcionar cursos de formación a los médicos sobre las implicaciones psicológicas de la enfermedad.

El contacto social contempla la posibilidad en que el paciente controla o regula las relaciones con los demás, sea entre pacientes, médicos, familiares, personal técnico y demás individuos de convivencia. Las pacientes hablaron acerca de la situación impersonal que vivieron en el momento de la detección y tratamiento del cáncer, declararon que en cierto momento se sintieron como un trámite administrativo y poco se tomó en consideración su estado psicológico.

En este sentido Ortega y Dumitru⁹⁹ hicieron un estudio con pacientes con cáncer, cuyo objetivo se centró en la evaluación del impacto del ambiente hospitalario sobre el estado emocional de pacientes con cáncer. Los datos concluyen que la falta de control sobre el ambiente tiene consecuencias en los pacientes como la presencia de estados depresivos, estrés, despersonalización entre otras manifestaciones.

Es preciso mencionar que en esta investigación, algunas de las mujeres, sintieron una diferencia entre la atención del sector privado y el público, que de alguna forma obedece a situaciones de funcionamiento, pero también entra en juego lo simbólico del escenario y por consiguiente la enfermedad, por lo que se deberá hacer más averiguación en ésta temática

Algunas enfermas se sintieron violentadas e intensamente angustiadas con largos períodos de debilidad, y recuerdos dolorosos de su experiencia con el cáncer, por lo que este aspecto deberá de tomarse en consideración para tomar medidas en la atención de tan complejo padecimiento. El personal médico debe meditar abierta y públicamente, dentro de sus espacios profesionales, sobre el

⁹⁹ Ortega, A. P., Dumitru A. "Medición y Evaluación del Impacto del Ambiente Sobre el Estado Emocional del Pacientes con Cáncer". Ponencia presentada en XI Congreso Mexicano de Psicología Social/AMPESO/. Memoria: *La psicología social para el rescate de nuestras raíces*. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México 2006.

significado socio-cultural y psicológico de la enfermedad, esto implica una labor específica y minuciosa de análisis en torno a su práctica. Es decir, desmontar la atención médica de los signos y síntomas e incorporar al paciente en ella.

Otro elemento importante de resaltar es el primer momento de la enfermedad. Las mujeres generalmente asociaron que el cáncer obedeció a un mandato divino, enunciando así que la explicación del origen del cáncer está organizada a partir de construcciones mítico-religiosas, convicción que exteriorizaron todas las mujeres entrevistadas. Por otra parte, expresaron que fue un mandato de Dios lo que permitió curarse de la enfermedad, lo que conduce a pensar que ante la ausencia de una explicación médica, que muestra poca evidencia sobre el origen del padecimiento, los sujetos incursionarán en sus creencias sobre la enfermedad. Llama la atención que a los médicos se les cuestiona constantemente sobre la búsqueda permanente de buscar la objetividad del síntoma, mientras que es evidente que en su práctica introducen elementos culturales de la curación. Es decir, que en este tipo de padecimiento, generalmente los denominados terminales, las pacientes buscan otras formas de explicación que les alivie la angustia que les genera una enfermedad que está asociada a la muerte.

En este estudio los médicos y las pacientes compartieron la idea de que el cáncer es una enfermedad compleja, con poca explicación y generalmente sinónimo de muerte, reafirmando lo que señalan Powe y Finnie sobre las percepciones fatalistas que tienen los pacientes y los proveedores de la salud ante la enfermedad del cáncer. En mi investigación encontré que los médicos hacían mención a que la especialidad que atiende el cáncer es algo diferente, es recurrente oír de ellos que el paciente es poco valorado por presentar cáncer. Suelen asumir que es una enfermedad que los desgasta y ante la que sufren, al tiempo que reconocen los lazos afectivos que se originan en la relación médico-paciente. Sin embargo, reprimen los afectos porque consideran que con ello podrían ser más objetivos con la enfermedad y por consiguiente apoyarían mejor a los enfermos. Por otra parte expresaron el conflicto psicológico que les genera la intervención del cuerpo de las mujeres. En este sentido Clyne B.Max (citado por

Balint y Norell)¹⁰⁰ sostenía que la relevancia del diagnóstico estriba en que permite situar el origen y el destino terapéutico de la enfermedad y por el otro retoma el nivel emocional de los involucrados, es decir, que el plano psicológico de la enfermedad deberá ser explicitado con la finalidad de atenderlo en el momento del tratamiento.

Por otra parte Markovic y colaboradores¹⁰¹ efectuaron un estudio (aunque con el cáncer cérvico uterino) en mujeres australianas, en el que resalta la importancia de que las mujeres recurren a prácticas de atención a la enfermedad basadas en un orden cultural. Cabe destacar que los mitos socioculturales son un importante elemento contenedor de angustias y que, en este caso, el religioso aminoró la angustia sobre la enfermedad y acompañó a la paciente en la curación. En las mujeres entrevistadas era recurrente la aparición de un mito religioso para entender la presencia de la enfermedad del cáncer así como su curación. En los médicos la significación religiosa se hizo presente para apoyar a los pacientes en la comprensión, la cura y su intervención ante el cáncer de mama.

También es relevante advertir, que las mujeres que pertenecían al grupo de autoayuda, basaban sus acciones en la idea de que Dios les permitió seguir con vida y es por ello que compensan esa gracia brindando apoyo a mujeres que presentan el mismo problema. Muchas acciones que efectúan con las pacientes se fundamentan en una especie de compensación e identificación ya que, de cierta forma, se ven confrontadas a su propia experiencia con el cáncer.

Las mujeres que participaron provenían en gran número de un nivel socioeconómico medio. Todas fueron atendidas de la enfermedad oportunamente. Las entrevistadas en su mayoría fueron sobrevivientes al cáncer, esta parte vale la pena enfatizarla porque el estatus socioeconómico es un factor fundamental para curar la enfermedad, tomando en cuenta que el tratamiento es altamente costoso. Lo anterior coincide con lo dicho por Del Allama en Pakistán acerca de que la posición económica es fundamental para abordar la enfermedad y que las mujeres

¹⁰⁰ Balint, Enid y Norell J.S. *Op. Cit.*, p.14.

¹⁰¹ *Op. Cit.*

de nivel socioeconómico alto, al tener un mayor acceso a prevenir y tratarse de la enfermedad del cáncer, alcanzan un nivel alto de sobrevivencia, mientras que las mujeres de un nivel socioeconómico bajo están en desventaja en cuanto a información y acceso al tratamiento, por lo que los estados de cáncer son reportados en un mayor avance y más mujeres morirán de la enfermedad. Del Allama integró otros elementos asociados al factor económico, el tamaño del tumor, el momento del diagnóstico y el tratamiento a lo largo de tres años.

Este estudio manifestó que el tumor se descubrió por accidente. En las mujeres no hay una exploración al cuerpo, pareciera que el cuerpo solo es importante por sus funciones y que más allá de la procreación nada en él es relevante. Como lo sostiene Jaidar¹⁰² el cuerpo, refiriéndose a las mujeres campesinas, sólo adquiere importancia en la medida en que enferma. De este modo, en las mujeres hay un reconocimiento de cuerpo- dolor, un cuerpo que se hizo presente en el momento de la enfermedad. Las mujeres argumentaron que en el momento de la aparición del cáncer les estaban sucediendo situaciones desagradables y trágicas en su vida, conflictos en su matrimonio, pérdidas de algún miembro de su familia, separación de su pareja, etc. Indicaron que esas situaciones dolorosas fueron detonantes para enfermarse de cáncer de mama. La enfermedad puso en evidencia lo que les aconteció, es la enfermedad a lo que se recurre para vivir y es el cuerpo el que vehiculiza ese malestar.

Las mujeres que entrevisté en su mayoría se dedicaban a las actividades domésticas y en ciertos casos al cuidado y la atención de algún miembro de la familia. La detección del cáncer, como muchas de ellas lo expresaron, se localizó de manera accidental, lo que fortalece lo expuesto por Galante y Yanes¹⁰³ en el sentido de que hay una carencia de autocuidado en las mujeres que se muestra en el poco conocimiento sobre su cuerpo, sus funciones y las sensaciones que éste pueda presentar.

¹⁰² Jaidar, Isabel. *Op. Cit.*

¹⁰³ *Op. Cit.*

Las mujeres sobrevivientes que entrevisté realizaban acciones de apoyo psicológico a pacientes con cáncer en diferentes momentos: el período del diagnóstico, el momento de realizar la cirugía y durante el tratamiento de radiación o quimioterapia. Algunas de ellas enfatizaron que este trabajo lo realizaban porque ellas se habían sentido solas durante su enfermedad. En este sentido Wyatt, Kozachik, Given y Given¹⁰⁴ consideran que recurrir con acciones de apoyo complementario a las pacientes con cáncer disminuye los estados depresivos y de estrés ante la enfermedad. En mi investigación se mencionaron las acciones de las mujeres que no corresponden a los tratamientos alopáticos, sin embargo hace falta evaluar el impacto, que como grupo de autoayuda, otorgan a las mujeres con cáncer. Queda la interrogante de si las acciones que ellas realizan como grupo contribuyen terapéuticamente a sobrellevar el impacto psicológico que genera el cáncer, es decir, que enfermar de cáncer de mama deja una huella imborrable.

Una reflexión final sobre la enfermedad del cáncer de mama, las pacientes y los médicos.

Si bien en este trabajo se abundó sobre el elemento mítico como un eje central en la explicación del cáncer, en la cura de las mujeres y la presencia de este en la atención de los médicos, también considero importante introducir la apreciación institucional de la enfermedad en tanto que participa del entorno y construcción de las significaciones ligadas con el padecimiento en cuestión.

Las instituciones tienen un papel fundamental para el funcionamiento de las sociedades, por lo que éstas se convierten en el escenario ideal para analizar “la producción, las desapehensiones y los encubrimientos eventuales del poder producidos por los actos humanos” como lo menciona Mendel¹⁰⁵. En tanto que estos actos humanos se ven materializados en las relaciones profesionales, en el

¹⁰⁴ Op. Cit.

¹⁰⁵ Mendel, Gerard. “El Sociopsicoanálisis Institucional” en Guattari, et al. *La intervención institucional*, Folios. México, 1981 p. 203.

caso que interesa, el vínculo entre médicos o sanadores (curanderos) y enfermos, merece un análisis particular que permita establecer juicios que nos acerquen al valor de la estructura institucional y es que, ciertamente, las sociedades a partir de sus instituciones perfilan sus profesiones, sus profesionistas y sus usuarios.

Peter Cleaves¹⁰⁶ sostiene que en México los profesionistas trabajan bajo la dirección de instancias administrativas y que esto da pauta a relaciones burocratizadas que reproducen la relación de jefe-subordinado, donde este último realiza el trabajo poco valorado y sus acciones profesionales están sostenidas en base a la jerarquización de relaciones. Tratándose de los usuarios (si nos adentramos al campo de la medicina; los enfermos), claramente debemos reconocer que ellos no son el grupo de pertenencia o de referencia que le da beneficios a los profesionales (médicos) para su avance profesional. Los usuarios se convierten en personajes de poca utilidad y, ante la demanda del servicio, es frecuente que no reciban atención y en muchos casos, de darse, ésta sea poco generosa.

En la atención del cáncer las mujeres enfatizan una relación médica en su mayoría marcada por violencia física y psicológica. No se puede dudar que los médicos, dado su compromiso laboral con la institución, enfatizan en la cuota de atención a cubrir antes que en la relación con su paciente y, en tanto que la institución les demanda atender cierto número de pacientes, su atención se focaliza en este aspecto y aparece la frialdad e incluso la tensión en los contactos con las enfermas que se convierten en las depositarias del malestar médico dentro de la institución, malestar que los atrapa y les impone una serie de actividades más allá de su voluntad. Un tema interesante a indagar es si acaso tal situación agudiza en muchos casos la gravedad del padecimiento en la población de mujeres que acuden con estos especialistas dentro de las instituciones burocratizadas.

¹⁰⁶ Cleaves, S. Peter. *Las profesiones y el Estado: El caso de México*. COLMEX. Colección: Jornadas 107. México, 1986, P.23.

Sin embargo la acción médica no encierra únicamente esa explicación, mirarla así la reduciría a una apreciación biunívoca y psicologista, en tanto que la sola relación no determina el curso y el sentido de la enfermedad. La institución médica representa una de tantas piezas especializada de la sociedad. Como sugiere Mendel¹⁰⁷, la institución esta “especializada en la confección de un acto social global que realiza enteramente sobre si misma”, este acto social no gira en torno al individuo, ni tampoco el individuo ocupa el lugar central, sino que está sostenido por el acto social mismo. Visto así, el acto social de una institución está definido por la producción de sujetos que comparten una institución.

En México la medicina es una de las profesiones de mayor prestigio social. Tal apreciación se filtra en el discurso de los médicos oncólogos entrevistados, para los que tratar el cáncer requiere de un personal con conocimiento especializado, una carrera de alto nivel con largos años de preparación y espíritu de servicio y altruismo. Sin embargo como lo menciona Douglas Klegon, “los atributos profesionales como asociación, ética y altruismo”, con frecuencia pueden entenderse como estrategias para mantener un tipo particular de control ocupacional, lo que otorga poder y prestigio a los que ejercen la ocupación”¹⁰⁸.

De la institución médica se desprenden acciones, niveles de funcionamiento, formas de organización y ordenamiento. Sin embargo, como lo indica Lorau, instituye también “una ruptura entre lo que se puede y lo que no se puede hacer dentro de la forma social considerada”¹⁰⁹. Si la profesión médica en México sirve como un refuerzo de los patrones de la política nacional y no como un mecanismo cuya intención sea la mejora social de los colectivos, donde estén implícitas la generación de acciones creativas y novedosas en ese campo, resulta poco factible pensar que ante la problemática del cáncer la institución médica genere propuestas, sobre todo porque la institución médica queda desarraigada de toda lectura político-social.

¹⁰⁷ Mendel, Gerard. *Op. Cit.* p. 211.

¹⁰⁸ Klegon Douglas, cit. en: Peter Cleaves S. *Las profesiones y el Estado: el caso de México*. Colegio de México. Colección. Jornadas No. 107, 1986.,p. 35

¹⁰⁹ Lourau, René, *El análisis institucional*. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1970, p11.

Tal desarraigo produce la cotidianidad de la atención de la salud en México, espacios donde se encuentran rostros sin expresión, sujetos que han perdido la noción del tiempo como consecuencia de una larga espera, cuerpos violentados y mutilados (y no precisamente en términos físicos, baste con pensar las grandes pérdidas que las mujeres presentan en el momento del diagnóstico del cáncer, la primera de ellas es la de no-poder decidir lo que será de ella durante el tratamiento), horarios fielmente cronometrados (de entrada demasiado flexibles y de salida rígidamente marcados), uniformes pulcramente ordenados, tramitación burocrática vivida como un bloqueo, conflicto entre los profesionistas por invadir su "objeto" de atención o de la parte que les corresponde dar cuenta: "Aquí lo que valen son los lugares de los médicos, ellos creen saber todo, aunque algunas veces no lo sepan (comentario de psicóloga del Hospital General de México).

Así, el médico oncólogo asume una posición de experticia legitimada por la institución, la usuaria y la sociedad; y eso le permite ejercer una serie de acciones que se justifican por si mismas debido a que a él se le reconoce como el sujeto que sabe cual es el camino que habrá de ser andado en el curso de la enfermedad. Se dan entonces una serie de actos, de orden perfectamente social, en los cuales se hacen patentes una serie de sometimientos, tensiones y exclusiones que afectan a las pacientes pero también a los propios médicos. De esta manera, en la institución nadie es totalmente dueño de sus actos.

"La psicología no tiene lugar, pero también nosotros somos responsables porque no peleamos. Yo trabajo sola con terapia de puertas abiertas, quien quiera entrar que entre" (se lamenta una psicóloga del área de oncología del hospital General de México). Ante tal situación el personal se vive como alguien extraño, ajeno y marginado de la propia institución. Mendel sostiene que mientras el sujeto (productor) no ejerza el poder sobre lo que hace o sabe hacer, se refugiará en "formas psicoafectivas regresivas"¹¹⁰, lo que generará una diversidad de síntomas hacia el interior de la institución. En el caso de la institución responsable de la atención del cáncer, se ha mencionado ya, observamos entonces una atención

¹¹⁰ Mendel, Gerard. *Op. Cit.* pp. 204

basada en el maltrato, conflictos entre el personal, tensiones prolongadas entre la enferma y el médico.

Manero y Barrera mencionan que "trabajar con el cáncer nunca deja indemne a nadie. Más temprano que tarde, más cerca que lejos, tal trabajo va dejando cicatrices, secuelas psicológicas que producen características singulares en los establecimientos encargados para su tratamiento y contención"¹¹¹. Debe reconocerse entonces, que el acercamiento mismo con la enfermedad, abre paso a una serie de actos socialmente determinados cuyo efecto es el indicado por estos autores: el dolor físico se traduce en un sufrimiento institucional que participa de las imágenes ligadas con la enfermedad, los mitos y las apreciaciones científicas que la hacen consistir.

En ese mismo sentido René Lourau al referirse a la organización apuntaba que ésta no se define por los servicios que ofrece o que está destinada a proporcionar, sino porque las organizaciones "producen modelos de comportamiento, mantienen normas sociales"¹¹² y de esta manera se integran los sujetos al sistema social del que forman parte. Es decir, la sociedad construye sus modos de organización y funcionamiento, instituyendo a su vez categorías bajo las cuales los individuos podrán formar parte de ella.

Actualmente las explicaciones que están presentes en torno al cáncer muestran al cuerpo como algo que se descompone y que es necesario componer, darle *orden*. De aquí que la presencia de la enfermedad, en este caso el cáncer, da cuenta de que la enferma cayó en un *desorden* y hay que volverla a reincorporar a partir de cierta disciplina en el seguimiento a sus hábitos, que van desde la alimentación y sus estados de vigilia hasta los usos y mal uso de su tiempo libre.

Los médicos suelen argumentar que tener cáncer es sinónimo de los estilos de vida por los que optaron los pacientes. "Si tiene cáncer de pulmón es que fue fumador, si tiene cáncer de hígado es que fue alcohólico", comenta un oncólogo.

¹¹¹ Manero Brito, Roberto y Verónica Barrera Tello, *op.cit...*p.319.

¹¹² Lourau René. *Op.Cit.* .p.13

Por lo que se hace evidente, con esta imagen reductivista del origen de la enfermedad, que el discurso médico sobre la misma desarticula al sujeto del mundo de las relaciones (familiares, sociales, políticas, económicas, etc.) que lo constituyeron como tal, quedándose con la mirada biológica de la enfermedad, objetivándola y objetivando al portador de la misma. Para la visión médica, una práctica muy específica explica un padecimiento igualmente concreto y, con ello, se resta presencia a la subjetividad y el paciente se diluye en la relación terapéutica. Esta versión de la enfermedad es trasladada a la paciente. La mujer se apropia, incorpora, se identifica, se funde en ella y a partir de esa versión construye su existencia, misma que supone una condición de sometimiento y una relación de dominación.

De ahí la relevancia del concepto de Biopoder en Foucault pues este nace de la distinción de lo permitido y no permitido, de lo que “qué es blanco y qué es negro, de modo y manera en que las cosas se conciben de una forma u otra”¹¹³. Será así una institución especializada la que bajo esa apreciación se encargue de difundir a través de una evocación valorativa los discursos *oficiales* sobre sus enfermedades.

Resulta interesante resaltar que la mayoría de las entrevistadas, pensaban que con una sola mirada los doctores podían saber si tenían o no tenían cáncer. Incluso hubo casos en que las pacientes dejaban la exploración de su cuerpo al médico porque ellas se sentían incapaces para detectarse algo extraño, es decir, el *sentir* de su cuerpo puesto en manos del médico, lo cual denuncia una problemática que se refiere a la apropiación del propio cuerpo.

Sin embargo esta relación entre la mujer y el médico, que implica una entrega leal por parte de aquella y una operación objetivante a partir de la posición de éste, no es ajena a la estructura familiar que históricamente ha existido. Así, las mujeres han sido las *en-cargadas* socialmente de sostener la salud de la familia,

¹¹³ Blair Elsa y Ayder Berrío. Del <<hacer morir o dejar vivir>> al <<hacer vivir y dejar morir>>. Cambios en el ejercicio de la soberanía en el espacio de guerra: del territorio a la población, en *Geopolíticas: espacios de poder y poder de los espacios*. Carlo Emilio Piazzini Suárez y Vladimir Montoya rango. Editores. La Carreta Social. Colombia 2008. P.89.

ellas asumen el rol médico hacia adentro y operan acciones que apuntan a favor de la salud. Esto supone, necesariamente, el sometimiento del enfermo a una terapéutica, sea esta tradicional o alopática. Tal encargo, el de preocuparse y vigilar la salud, se actualiza en el enfermar. En las pacientes era muy frecuente escuchar el temor de que algún familiar enfermara también de cáncer y del contagio al que podrían estar expuestos, lo que da cuenta de una preocupación por la herencia biológica transmitida desde el discurso médico.

La paciente que sufre cáncer de acuerdo a la interpretación del médico permanecerá siempre bajo su tutela, a manera de “prevenir” o detectar nuevamente la presencia del cáncer. Es en este pasaje donde la mujer reconstruye su vida y donde el discurso médico se desliza hacia el interior de los diversos espacios de convivencia de los sujetos y, en el caso de las pacientes, a los hábitos de alimentación y la vigilancia de que otro integrante de la familia no presente el cáncer, en una especie de regulación de las acciones de la vida familiar.

De esta manera, la enfermedad no es el “inquilino desconocido” con el que se tienen que acostumbrar a vivir las mujeres (como lo mencionó una de las entrevistadas) sino que es el saber médico el que estará siempre presente y el que decidirá sus formas de estar, sentir y vivir. Finalmente será él el que constantemente le evocara el cáncer y por consiguiente la muerte, si asumimos que el cáncer esta significado colectivamente como estar sentenciado a muerte y el médico será convertido en el verdugo que constantemente le recordará la temporalidad de su vida. A cambio, la presencia de ellas que por un lado legitima sus acciones como médico, también lo sume en un profundo malestar debido a las múltiples demandas afectivas de las enfermas acompañado por las dificultades que él encuentra para curar el cáncer, máxime si se considera su tendencia a mantenerse instalado en el discurso sobre el personaje (el médico, el curador) que le arrancará a la muerte la vida.

Así, como lo menciona Jacques Donzelot¹¹⁴, el médico se ve convertido en un policía, en un vigilante de las acciones morales de los sujetos. Es decir, se trata de la construcción de un personaje, el médico, que se encarga de regular ciertas manifestaciones de la colectividad, con miras a mejorar la sociedad; entonces, dicho personaje se hace necesario para consolidar y eficientizar el orden colectivo enfatizando siempre el bienestar social. Es entonces comprensible la incorporación definitiva del médico en el escenario familiar como una medida de control que busca sostener un poder con un sólido respaldo estatal que, por lo mismo, se contrapone a otros saberes o prácticas curativas no legitimados institucionalmente que podrían poner en riesgo la hegemonía de la institución médica y del Estado que representa.

El que ante esta nueva enfermedad se disponga de mecanismos de persecución avalados por un método científico que permite la recuperación de la vida de los sujetos, hace que en el discurso médico se instituyan dispositivos que permiten indagar sobre los efectos de la alimentación, la forma de vida y los factores estresantes de los sujetos como probables causantes del cáncer de mama. Es decir, la medicina abre paso a todo un orden de control posible sobre las prácticas y formas de vida social, relacionadas con la enfermedad; y, con esto, conduce a la desarticulación de las lamentables condiciones de vida de los sujetos, la extrema pobreza y lo que esto conlleva: la enfermedad en ciernes.

En este sentido Foucault menciona que "*la primera tarea del médico será analizar su práctica médica bajo una dimensión política*"¹¹⁵. En el curso de esta investigación, se ha presentado evidencia clara de que el médico es ignorante del valor o sentido político de su propia práctica y que si bien puede realizar estudios epidemiológicos precisos y plenamente sostenidos en la metodología científica, eso no implica un conocimiento específico de los efectos de su actividad en términos de las relaciones de poder implicadas en la estructura social.

¹¹⁴ Donzelot, Jacques. *La policía de las familias*. Edit. PRE-TEXTOS. España 1990. P.13.

¹¹⁵ Foucault, Michael, *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI. 1997.pag.78

Para Foucault corresponde al médico iniciar la transformación de la institución médica, ya que él es quien la representa y la promueve. El médico es así el personaje que se mueve en las condiciones de extrema pobreza (la atención médica en los hospitales gubernamentales) o de exagerada abundancia (la atención en las instituciones privadas); diferencias que han generado la separación de los sujetos y que él debe tener consciente para valorar dicha separación y sus efectos.

A las mujeres con cáncer se les cuestiona su dolor, se les culpabiliza por haber llegado tarde a la atención, se asume que están enfermas por el estilo de vida por el que optaron y por consiguiente se establece que tienen que hacerse responsables de la elección tomada. De esta manera el médico, convertido en juez, evalúa y aprueba o desaprueba las acciones de éstas. Vale la pena resaltar que uno de los argumentos de la medicina en torno al origen del cáncer de mama, está vinculado al tener hijos demasiado tarde o no haberlos tenido, así como a la lactancia o la ausencia de esta. Nos encontramos de nueva cuenta ante una explicación biológica intentando sostener una argumentación social.

Pensamos que dicho argumento responde a una moral social encaminada a la regulación o la represión de la sexualidad de las mujeres. Como menciona Burín "el goce de la sexualidad adscrito al goce de la maternidad"¹¹⁶. En esta lógica, las mujeres que desobedecen esas demandas quedarán solas, aisladas y por ello desadaptadas al orden social. Cabe señalar que las pacientes de nuestro estudio estaban convencidas de ellas eran las responsables de haber enfermado de cáncer por no haberse atendido a tiempo, no haber sido madres en el momento que debieron serlo, la alimentación, el cigarro, la falta de ejercicio y no haber resuelto conflictos de su vida anterior, lo que les ocasionó gran enojo (una explicación con matiz psicológico). Pensamos que estas justificaciones propician la activación de mecanismos regresivos cuya característica es instalarlas en la culpa, lo que no contribuye a favorecer el esclarecimiento del lado oscuro de la enfermedad, es decir, lo que contiene y la sostiene.

¹¹⁶ Burin, Mabel, *et.alf.* op.cit.,p. 29

Nos encontramos así con un discurso médico que salvaguarda la moral social, como lo menciona Foucault "la puesta en discurso" del sexo, a fin de lograr su mejor control por medio de los diversos dispositivos de poder con que cuenta la sociedad occidental de la época (la medicina, la religión, la legislación, la educación, etc.). En nuestro caso, el cáncer pone en escena la vigilancia, los escenarios y las novedosas tecnologías para leer el cuerpo: cirugías computarizadas, vacunas para su prevención, fármacos para erradicar el dolor, etc; y, con ello, la institución médica expone sus estrategias de control, así como a los responsables de la operación: médicos oncólogos, enfermeras, cirujanos, psicólogos, etc.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

En esta investigación se han explorado las diferentes formas en que las historias de las mujeres muestran las significaciones sociales imaginarias que explican el origen del cáncer. En principio, se puede señalar el hecho de que esas historias personales (relatos de mujeres que padecieron cáncer de mama) tienen ciertos elementos comunes: el género de las protagonistas (femenino), su final (la mayoría sobrevivieron a la enfermedad) y el hecho de que todas ellas luchan por una mayor comprensión de este problema de salud. Por otra parte, esas historias también difieren entre sí, ya que en ellas se advierten diferencias muy notables en el abordaje de tópicos como el cáncer mismo, el cuerpo femenino, la religión y la relación médico- paciente.

Las conclusiones están encaminadas a sostener las inquietudes que dieron pauta para desarrollar este trabajo. Los textos de las mujeres denotan que es de suma importancia introducirse en el terreno de la indagación cultural de las enfermedades, pensando que a partir de ahí se logre rescatar la trascendencia de este aspecto que lleva a replantear las formas de intervención de la enfermedad. En esta tesis, cuyo marco de referencia se inscribe en el sector salud, se aborda en particular el problema de la enfermedad del cáncer de mama como un territorio donde pueden percibirse los elementos que se atribuyen al mito: historia sagrada que trata de explicar el devenir de un fenómeno en la realidad.

De los hallazgos registrados a largo de este camino, puedo expresar que las indagaciones se quedan en el terreno de la dimensión clínica, actitudinal y tratamientos paliativos derivados de la medicina que puedan, en cierto momento, servir de soporte a las enfermas de cáncer, lo que no puede ser evaluado en términos de lo bueno y lo malo, sino en los espacios donde no se ha estudiado. Aquí es donde cobra relevancia la propuesta de la maestría en Psicología Social que contempla, dentro de sus ejes problemáticos, la salud social y subjetividad colectiva, destacando la exploración de los escenarios donde se sitúa la enfermedad y donde transcurre la separación entre las enfermedades y los sujetos, el cuerpo y la enfermedad, lo que da como resultado una dualidad.

De ahí que sea sumamente importante la intervención de los psicólogos sociales en estos escenarios poco examinados, introducirse en el terreno de las significaciones sociales sobre la enfermedad, así como retomar la subjetividad, no priorizando más los discursos naturalistas sobre el cáncer, lo que de alguna manera ha influido en la psicología academicista y ha favorecido la promoción de una intervención psicológica rehabilitatoria marcada por la terapéutica médica.

En torno al cáncer, por los resultados que ha arrojado la investigación, se puede decir que recuperar lo que las mujeres han organizado en torno a él, lleva a pensar en las formas de intervención médica y las omisiones de la misma. En las acciones del médico las mujeres no participan en las decisiones sobre lo que va a ocurrir en su tratamiento, tampoco en las decisiones que van a impactar en su cuerpo ya que, en muchos casos, desconocen las formas en que serán atendidas. En las intervenciones médicas las pacientes son anuladas, la mayoría de las veces son ajenas a ello y se convierten en espectadoras de su propio tratamiento. Por la complejidad de la enfermedad esto deja en ellas fuertes secuelas.

Del mismo modo un elemento significativo que se desprende de esta indagación es la fractura que ocurre entre la paciente y el médico, pues mientras que para el médico la enfermedad es considerada como una mezcla de síntomas, las mujeres la visualizan y la explican desde un orden sociocultural, es decir, una explicación mítico-religiosa. De gran relevancia resulta entonces concebir la enfermedad desde las construcciones sociales imaginarias, que obliga a repensar los modelos médicos tradicionales, no como forma de eliminación, sino como posibilidad de enriquecimiento. Considero que una lectura social y cultural deberá formar parte de la explicación de la enfermedad, donde los médicos se replanteen e incorporen la importancia de los contextos culturales de los sujetos tomando en consideración que, a partir de ellos, se organizan formas de explicación de sus múltiples padecimientos.

Por otra parte, los discursos de las mujeres revelan que en ese primer encuentro con los médicos buscan algo más que la confirmación de un diagnóstico o la verificación del mismo. Las pacientes en este primer encuentro necesitan un

médico que les aminore la angustia que les ocasiona sentir un cuerpo extraño en su cuerpo, el diálogo y la mirada que les permita comprender el difícil proceso de la enfermedad y que, además, les facilite la posibilidad de la rehabilitación. Así, la enfermedad pone de manifiesto la transferencia y la contratransferencia, pues se hacen presentes los afectos y la actualización de mecanismos como la identificación, la represión y la negación entre los involucrados en el proceso de la enfermedad.

En el caso del médico los afectos son vistos como imposibilidad para poder curar. La formación médica está cimentada en la negación de toda subjetividad, incluyendo la del propio médico, que en los discursos médicos se tiende a omitir y silenciar. En este tipo de padecimientos los médicos juegan un papel fundamental en las formas de hacer comprender y entender el cáncer en las mujeres, los discursos muestran los elementos afectivos, odios y amores que se originan en ese primer encuentro. Sin embargo, las versiones de ellas expresan que la atención médica sigue centrada en la curación de los síntomas y sus demandas van más allá de esa corta apreciación.

Las mujeres que padecieron la enfermedad se muestran sumamente vulnerables y angustiadas, porque el cáncer está fuertemente vinculado a la muerte y las posibilidades de cura se toman demasiado oscuras. La reactivación de la enfermedad o la agudeza de la misma está relacionada con las formas de explicarlas o en la respuesta que adquieren las mujeres en relación a ella, en este sentido, me refiero a las versiones que los otros construyen y les devuelven sobre ésta.

Si bien culturalmente el cáncer está asociado a la maldad como explicación de su origen (elementos contenidos en el mito), también las pacientes hablan o reconocen la importancia del mito religioso como un gran apoyo en sus vidas. Situación que, desde mi punto de vista, está asociada a la necesidad de involucrarse en acciones donde puedan apoyar a otras mujeres que padecen cáncer de mama, es decir, dar existencia a un grupo de autoayuda donde pueda

compensar la oportunidad de vivir sostenida a través del mito religioso y que resulta de vital importancia en el proceso de la cura.

Otro hallazgo sobresaliente es la dimensión religiosa que involucra la personalidad del médico, en tanto que las pacientes lo llegan a ver como una especie de sacerdote a quién atribuyen un conocimiento de origen casi divino que los hace indiscutibles. De ahí, la extrema confianza que inspiran a las pacientes, pues éstas renuncian a su propio juicio o criterio al momento de tomar decisiones respecto de sí mismas.

Puedo decir que el discurso médico ante ésta enfermedad es rebasado frente a la angustia que ocasiona un padecimiento que conduce a lo ominoso, lo incierto, lo oscuro y que instaura a las pacientes en vivir en una permanente incertidumbre. El cáncer, colectivamente, es visto como una enfermedad que no tiene una cura total y quien lo ha padecido vive con ese fantasma persecutorio y permanente ante la posibilidad de que pueda volver a aparecer en su vida, convirtiéndose en una eterna tortura por su reactivación a la muerte.

Por otra parte – y esto es un resultado adicional de la investigación por medio de sus relatos-, algunas mujeres entrevistadas poseen ya un nivel de información muy especializado sobre cáncer de mama y trabajan como activistas voluntarias en el grupo RETO (Recuperación Total), en busca de mayor difusión acerca de este padecimiento, que las demás mujeres hagan algo por detectársele lo más temprano posible, buscar tratamientos con los mejores recursos médicos y, desde luego, lograr recuperarse de esa enfermedad con el apoyo psicológico adecuado.

Una de las partes importantes que abre esta investigación es el conocimiento del cuerpo, no desde la dimensión física sino simbólica, pues resulta importante trabajar esas implicaciones psicológicas del cuerpo en el proceso de la cura y la rehabilitación de las enfermas. Desde los discursos de las mujeres se puede observar las implicaciones que genera en ellas perder una parte del cuerpo. Éste se concibe como espacio organizador de vínculos. Las mujeres que han vivido con cáncer han experimentado muchas pérdidas, pierden parte de

su existencia, sus formas de relación y estar con los demás. Por ello, acercarse a la indagación del cuerpo permite acercarnos a su conocimiento en cuanto a su cuidado, su protección y a entender por qué se ha vivido de manera disociada y, en sí, a incorporarlo y recuperarlo. El cuerpo, desde la perspectiva de las mujeres, aparece asociado al pecado ya que Dios le manda a la mujer un castigo: cáncer—cuerpo—pecado—castigo y ésta es una construcción cultural que se advierte en los diferentes discursos.

Así, se concibe el cáncer como sinónimo de muerte y, al mismo tiempo, en el ámbito mítico, como un castigo a un pecado cometido; Dios está representado por el mito de Eva. En este aspecto hay una especie de silogismo mítico que funciona entre las entrevistadas: el descubrimiento del cáncer las hace concientes de su "culpa". Lo anterior, hace suponer que las sociedades poseedoras de un gran cúmulo de mitos religiosos explican sus padecimientos en torno a ellos, es decir, que los contextos culturales determinan las formas de explicación de las enfermedades, la vida y la muerte, como lo expone el estudio realizado por Del Allama en Pakistán, y que, de cierta forma, posee cierta identificación con la cultura mexicana. Los mitos se convierten en formas de conocimiento de los colectivos y, como tales, en la solución a los problemas.

El recorrido conceptual sobre el pecado y la enfermedad, así como las reflexiones más modernas entorno a la naturaleza cultural del cuerpo, sientan las bases para tomar el mito, particularmente los mitos culturales en torno a la mujer, como guía para escudriñar los diversos significados que puedan estar detrás de las historias que cuentan la forma en que una mujer descubre que tiene cáncer de mama, busca tratamiento médico y logra superar ese padecimiento.

Si bien la forma en que se definió el enfoque y el alcance de esta investigación sufrió muchos contratiempos, estoy segura de que las dudas y los cuestionamientos siempre resultan fértiles para la investigación y van nutriendo el espíritu crítico que debemos tener frente a la realidad al reconocer que no existen hechos consumados que no acepten otras interpretaciones. Por otra parte, el marco teórico utilizado, más allá de ser una herramienta que guió mi investigación,

me permitió establecer los cuestionamientos clave para mi búsqueda, establecer objetivos muy concretos, realistas y alcanzables, y premisas que privilegiaron el rescate de la subjetividad en la investigación de la psicología social.

Finalmente agrego que, antes de presentar las conclusiones más relevantes de esta investigación, se revisaron las características generales de la investigación cualitativa, contrastándolas con la investigación cuantitativa a la que se inclinan muchos especialistas en el sector salud, pero que deja de lado muchos elementos que se ven involucrados y que, en mi opinión, son dignos de ser considerados en proyectos de investigación integrales.

Introducirme en el terreno de la enfermedad me llevó a pensar, observar y tener de referencia los escenarios donde se reproduce la enfermedad y la muerte. Me instaló en la institución médica, sin embargo, este lugar es un amplio terreno y como tal, al no tener presente o bien cimentada la problemática o temática a indagar, ocasionó en mí una fuerte confusión. Por ello, en un intento de abordar un pequeño problema me desvié a querer incorporar en dicha indagación otros elementos, el hospital, las pacientes y los médicos. Debo mencionar que esta experiencia me deja la inquietud de investigar lo referente al campo de la medicina, en particular a los médicos y al lugar que desempeñan como curadores de la enfermedad, pues a mi parecer ellos son una temática sumamente rica e importante en el campo de la psicología social como forma de explicación y como una pauta de intervención en el campo de la salud.

En el caso de las pacientes, si bien se menciona cierta información en torno a ellas, también me doy cuenta de que en alguna parte me quedé acotada, lo que me llevó a reflexionar la importancia de estructurar adecuadamente las entrevistas para futuras investigaciones, así como la pertinencia de las preguntas en tan delicada temática como es el cáncer de mama. Algo que también recupero de la experiencia es el momento de realizar la entrevista donde el grupo fue el medio para acercarme a las pacientes. A través de él me percaté en qué momentos podría acercarme individualmente con las pacientes, sobre todo cuide que emocionalmente se encontraran bien, pues de antemano sabía que remontarse al

momento de su inicio con la enfermedad les resultaría difícil. Debo agregar que, como entrevistadora, me vi confrontada con mis imaginarios en relación al cáncer. Agrego, además, que cuento con un registro de las acciones educativas del grupo de autoayuda, información que en algún momento retomaré para futuras exploraciones.

Esta investigación me llevó a plantearme nuevas preguntas, entre ellas destaco las siguientes: ¿Qué ocasionó que las mujeres enfermarán de cáncer? ¿Qué llevó a que se presentará el cáncer de seno y no en otra parte del cuerpo? Si la cultura mexicana está cimentada en un mito religioso donde se privilegia la relación de la madre con los hijos e hijas, ¿existe alguna relación entre los vínculos primarios de la madre y la hija como elementos explicativos de este tipo de cáncer? Si el mito religioso es conformador de la subjetividad de las mujeres ¿podemos pensar que existe una estrecha relación entre los múltiples padecimientos y las formas culturales en que se expresan las enfermedades? ¿Existe alguna relación entre los discursos míticos construidos en torno al cuerpo y un descuido y abandono de éste?

Las entrevistas realizadas me llevaron a pensar sobre las ideas estereotipadas respecto a la mujer y las acciones que desempeñan en función de ello. Ocupando siempre en la sociedad un lugar totalmente subordinado, la mujer se encuentra en permanente tutela: antes del matrimonio el padre es su dueño, después su marido y, a la muerte de éste, cae bajo la custodia de sus hijos (las vidas de las mujeres que padecieron cáncer daban un claro ejemplo de ello). La única consideración que merece es la de ser madre, la que se manifestará con dolor, como lo señala el pasaje bíblico, la mujer sin deseo, mientras que el único capaz de acceder a este será el hombre. La condena dirigida a hacerla el más débil de los sexos, la ha dejado desvalida ante los deseos de los hombres, mientras que la autoridad del varón, impuesta mediante el retraimiento, era una manera de garantizar la virtud femenina y, por tanto, el honor de la familia. Una mirada objetiva a la historia de la humanidad permite constatar que universalmente la mujer ha sido considerada casi siempre como un ser inferior, subordinada al hombre, útil sobre todo, o únicamente, para la procreación y los

trabajos domésticos. Por lo que nacer mujer supone una desgracia y una condena. A las mujeres se les demanda que tengan un comportamiento de santas; las jóvenes sean reservadas, castas y recatadas, buenas y sumisas a sus maridos. La mujer por lo tanto mantendrá la inocencia de su cuerpo, el que adquirirá una gran valoración a partir de la maternidad.

Si la mujer muestra signos de rebeldía serán estigmatizadas como “malas” y “perversas”. Las mujeres entrevistadas se interrogaban frecuentemente ¿Por qué a mí, que hice? La enfermedad aludía a una “mala” acción terrenal. Lo anterior hizo que reflexionara sobre la sexualidad femenina y su importancia. La sexualidad femenina ha sido una preocupación en la cultura occidental, el nombrarla o experimentarla es asumida como una caída, una ruptura de la alianza hecha con Dios, como lo sostiene el mito judeo-cristiano que es el que interesa resaltar aquí, por lo que la enfermedad del cáncer de mama podría seguirse indagando como una manifestación de un hecho sexual. No hay que olvidar que los pasajes míticos aluden al temor del cuerpo femenino que es necesario cubrir para no mostrar su desnudez, estableciéndose ciertos ritos de purificación que hacen que se mantenga alejada de los contactos sociales. Si la mujer pelea por su sexualidad y el rescate de cuerpo, tal acción trae consigo el temor masculino y de ahí se desprende la insistencia de negarle sus decisiones sobre ella.

Vale la pena también enfatizar en la relación médico-paciente ya que, desde la perspectiva científica de la clínica, no suele tener ningún significado, cuando pueden ser factores críticos en los procesos de diagnóstico, tratamiento y recuperación de cáncer en las y los pacientes. El que el discurso médico hace presencia en las apreciaciones de las enfermas en torno a su padecimiento, se notó en que algunas de ellas culpan a su médico por la detección tardía del cáncer y encuentran en él una responsabilidad específica sobre su estado de salud. Habría que preguntarse si en las construcciones imaginarias sociales, el encargo de la salud a un grupo de profesionales termina pesando como un estigma para la práctica médica misma y si el médico termina por ser considerado en parte como responsable sobre la vida de la paciente, significación de la que participan tanto la paciente como él mismo.

En investigaciones realizadas en torno a la salud y la enfermedad, específicamente con los médicos, predomina la averiguación clínica y las implicaciones en que se produce la intervención médica. En esta investigación se encontró que los médicos recurren al mito religioso para efectuar su práctica médica. Es importante puntualizar que a los médicos se les prepara para trabajar con la certeza de la enfermedad, sin embargo, el cáncer es un padecimiento que se arguye como multicausal, lo que muestra lo incierto y dudoso de su origen. Tal contexto, en muchos casos, mantiene a los oncólogos en cierta duda. No se sabe a ciencia cierta si este escenario propicia que las manifestaciones médicas ante la enfermedad acudan a explicaciones míticas para poder realizar su trabajo.

Sobresale también la angustia que ocasiona la intervención del cuerpo de los pacientes que presentan cáncer, una enfermedad considerada como desconocida para los médicos y que los conduce a situarse en una especialidad diferente a las demás, es decir, una especialidad que puede ser estigmatizada dentro de la propia formación médica. Resulta importante señalar que el cáncer lleva a los oncólogos al límite de lo posible de la atención, asumen que sus acciones en el cáncer son escasas y no aseguran que el paciente podrá continuar con vida, reproduciéndose de esta manera el imaginario que circula en torno a la enfermedad: 'cáncer igual a muerte'. De aquí que su labor como médicos está encaminada prioritariamente a proveer un servicio que pueda hacer menos trágica la vida del enfermo y un servicio de asistencia al enfermo. El médico ante la enfermedad del cáncer alimenta, fortalece y promueve el mito religioso en las pacientes con cáncer y es aquí donde parece ser que el médico encuentra los límites de la medicina e incorpora la dimensión cultural de la enfermedad para el tratamiento del cáncer.

Cabe mencionar que rescatar la verdad es una temática importante en el terreno de la medicina, sobre todo en las enfermedades consideradas terminales, ya que se habla sobre la necesidad de que a los pacientes se les oculte la enfermedad para que puedan aceptar los tratamientos, sin embargo también los médicos tienden a ocultar la verdad de lo que les aqueja ante la enfermedad, originándose una relación estrecha entre el médico y el paciente.

Los oncólogos suelen emitir apreciaciones que, en su opinión, son bastante aproximadas acerca de las posibilidades y el tiempo de vida de sus pacientes y ese saber los coloca en una posición de control imaginario sobre la vida de los sujetos. Las mujeres suponen que la palabra del experto les revela una verdad de carácter prácticamente indubitable y al mismo tiempo pueden llegar, como se ha dicho, a culpar a su médico por la desatención que no permitió descubrir de manera oportuna su padecimiento. Eso implicaría la suposición, por parte de ellas, de que su médico habría sido capaz de hacerlo si hubiera actuado en el momento preciso.

Lo anterior connota una imagen de carácter omnipotente asociada con la figura del médico por el que las enfermas pueden llegar a creer que él es un instrumento de Dios para poder superar la prueba a que se han visto expuestas. Así, vierten su fe y se disponen a seguir las indicaciones del tratamiento de modo que su "doctor" se toma en un auténtico guía, para algunas casi espiritual. Por otra parte, hay que considerar que buena parte de las mujeres entrevistadas mantenían una relación ambivalente con el especialista, la cual reconocían y justificaban al pensar en la falta de calidez y afecto, así como a la desatención puesta en evidencia por lo que les parecía un diagnóstico establecido a destiempo y comunicado con frialdad. Era difícil para estas mujeres sostener una relación con una figura que representa el peso de la imagen de un Dios castigador con el trance de la enfermedad y el proceso de la cura que resultaba ser, para ellas, una prueba límite que asociaban con la acuciante pregunta sobre el valor ético de los actos realizados durante la propia vida.

Algo importante de resaltar es la implicación del grupo en las experiencias de las mujeres durante la presencia de la enfermedad del cáncer de mama, en tanto que para ellas el grupo se convierte en un espacio en el que esperan encontrar respuestas sobre todo aquello que no entienden en relación con su padecimiento. En nuestro estudio se pudo observar que para muchas mujeres la experiencia grupal supone un valor de continencia, experiencia en la que llegan a reconocer, incluso, un sitio donde pueden también curarse del cáncer.

“Primero me pongo en manos de Dios, después en el de ustedes” comentó una mujer que asistía al grupo, confirmación explícita de lo antes indicado como la esperanza depositada en el grupo y el reconocimiento imaginario del valor terapéutico del mismo. El grupo es también un lugar donde las pacientes pueden expresar lo que en otras instancias no pueden decir, incluyendo la familia. Lo anterior debido a que el cáncer sigue siendo un padecimiento del que es difícil hablar y que lo incierto de su origen y su implicación con la muerte, hace de ella una enfermedad cargada de misterios.

Así, a partir de claras redes identificatorias, las mujeres en el grupo buscan quizá compensar los lazos afectivos con seres antes cercanos cuyo deterioro en algunos casos se funda en el temor imaginario al contagio de la enfermedad. Es evidente que el cáncer es un trastorno que genera desajustes al interior de la familia, abandono, problemas de índole económico y temor a que otro integrante lo presente, por lo que asistir al grupo se convierte en una especie de intento reparatorio y un modo de buscar otra familia para, con ello, para negar quizá la soledad asociada con su condición de enferma.

Ahora bien, la persistencia dentro del grupo y la asistencia regular al mismo, permiten a las mujeres explorar una serie de aspectos que, de algún modo, confirman el valor terapéutico que se le asigna al mismo. El grupo significa así el espacio para curarse y en el que se vierten las concepciones y construcciones imaginarias de las participantes sobre lo que origina el cáncer: los dolores emocionales, las angustias o problemáticas reprimidas, las tragedias sufridas durante sus vidas, etc. Se parte de la idea de que una vez exteriorizadas estas concepciones y construcciones imaginarias se podrá encaminar la posibilidad de curarse, a manera de sacar “lo malo” (no se olvide que la concepción clásica de la cura es justamente la de “eliminar el mal”). Con esta apreciación de la enfermedad, las mujeres que padecen cáncer están convencidas de que el elemento psicológico es un componente fundamental para presentar la enfermedad e incluso las mujeres que coordinan el grupo están seguras de que el integrarse al mismo les permitió superar el trance del padecimiento.

Por otra parte la familia es un agente que facilita el ingreso de la paciente a las sesiones de apoyo. En nuestra experiencia, los miembros de la familia cercana tendían a considerar que el grupo ayuda a la enferma a enfrentar el padecimiento y existía la apreciación de que algo positivo ocurría en ellas cuando asistían al mismo. Es decir, en la familia también esta presente la noción de que el grupo puede tener un impacto para entender y superar el cáncer, quizá porque a raíz del trabajo grupal la paciente parecía estar más relajada y eso se traducía en vínculos más satisfactorios. Sin embargo, también fue posible descubrir que para algunas mujeres el estar en el grupo les resultaba sumamente difícil y que escuchar las versiones de las demás y verse confrontadas era sumamente fuerte, dando como resultado que el grupo y lo que ahí se abordaba no era suficiente para enfrentar las implicaciones psicológicas del padecimiento. Es posible que esto sucediera porque ellas percibían la ausencia de un respaldo mínimo en el exterior (su familia) y/o no encontrasen posibilidad alguna para superar sus males psicológicos que, como se indicó, tienen un valor fundamental en el ánimo de la enferma.

Es posible pensar que las acciones del grupo RETO están sostenidas como parte de esa explicación mítica de la enfermedad. El continuar con vida está en función de Dios y, por consiguiente, las mujeres coordinadoras del grupo asumían necesario compensar dicha acción haciéndose responsable de aquellas otras que presentaban cáncer. Lo anterior es vivido como una muestra de gratitud por vivir, lo que explica el profundo compromiso de las coordinadoras. El hecho de que las pacientes exterioricen su sentir parece ser un argumento que el grupo sostiene como forma de curación del *mal*, lo que en la tradición psicológica se entiende como *catarsis*. Las mujeres, al sostener que el cáncer lo generan las dolencias del alma, los resentimientos y los problemas en casa, asumen que detrás de la enfermedad existe un sustrato psicológico y que ir al grupo y hablar de ello les permite exorcizar y sacar todos esos malestares, condición necesaria para lo que en las formas de significar social es 'curarse'. De este modo, el grupo adquiere el sentido terapéutico de la cura.

Otro aspecto importante a resaltar es que las mujeres que trabajaban en el grupo, en ocasiones entraban en una especie de competencia con el médico al

reflexionar que ellas podían brindar una mayor información sobre el cáncer de mama, las manifestaciones, las exploraciones y los momentos en que las mujeres podían desarrollarlas en su cuerpo. Es evidente e incontrovertible el hecho de que nadie sabe más de la enfermedad del cáncer de mama que quien lo padece, es decir, la propia paciente, y si bien es claro que se trata de un saber propio, muy distinto del saber médico que lo asocia con apreciaciones míticas y juicios psicológicos, es un saber que no se pueden denegar ni menospreciar y sobre el que, por el contrario, se impone la necesidad de su reconocimiento como formas de discursividad social (saberes).

Finalmente algo que considero queda por trabajar es abordar al grupo desde el análisis institucional ya que, al tiempo que hace un trabajo notable, en él se organizan y juegan también estructuras de poder cuyo entendimiento podría contribuir a enriquecer mayormente su tarea. Manifestaciones de lo anterior son el que algunas de las voluntarias sienten no formar parte de las decisiones que se toman en el comité y consideran necesario replantear aspectos de su funcionamiento para evitar caer en un estancamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, Aminda y Mauricio Knobel, *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*, Paidós Educador, México, 1999.
- Altamirano, Graziella, "Metodología y práctica de la entrevista", en De Garay Graciela, comp., *La historia con micrófono. Textos introductorios a la historia oral*, Instituto Mora, México, 1994.
- Aulagnier, Piera, "Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia", en Luis Horstein comp., *Cuerpo, historia, interpretación*, Paidós, Argentina, 1994.
- Balint, Enid, y Norell J.S. Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta con el médico general, Paidós, México, 1999.
- Baver, Johannes, *Diccionario de Teología Bíblica*, Herder, España, 1994.
- Baz, Margarita. "El cuerpo en la encrucijada de una estética de la existencia", en Silvia Carrizosa, comp., *Cuerpo: Significaciones e Imaginarios*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1999.
- Beuchot, Mauricio. Tratado de hermenéutica analógica. Hacia un modelo de interpretación, Itaca, México, 2000.
- Burín, Mabel, Susana Velázquez, Esther Moncarz, *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Paidós, México, 2000.
- Campero, Lourdes, Delys Walter, Bernardo Hernández, Henry Espinosa, Sofía Reynoso, Ana Langer. "La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México", en *Salud Pública de México*, Vol. 48 (2), Secretaría de Salud, México, 2006.
- Castoriadis, Cornelius, *El ascenso de la insignificancia*, Ediciones Frónesis Cátedra, España, 1998.
- Cleaves, Peter S. *Las profesiones y el Estado: el caso de México*. Colegio de México. Colección Jornadas No. 107, México 1986.
- Del Allama Zeba Asis, *El estigma del cáncer de mama en países menos desarrollados*, en: <http://www.buenafuente.com>, 2002.
- Domenella, Ana Rosa, Pasternac Nora. Las voces olvidadas. Antología crítica de narradoras mexicanas nacidas en el siglo XIX, El colegio de México, México, 1997.

- Donzelot, Jacques, *La Policía de las familias*, PRE-TEXTOS, España, 1979.
- Dolto, Françoise. *En el juego del deseo*. Siglo XXI, México, 1983.
- Enciso, H. V, "Género y trabajo: la enfermería", en revista *la Ventana* No.6, México, 1997.
- Eliade, Mircea. *Imágenes y símbolos*, Taurus Humanidades, España, 1999.
- , *Mito y Realidad*, Labor/Punto Omega, España, 1999.
- Fedida, Pierre, "Hipnosis, Transferencia y sugestión", en *Revista de Trabajo de Psicoanálisis*, Vol.3 (7), Argentina, 1984.
- Ferrari, Héctor, Isaac L.Luchina, y Nohemí Luchina. *La interconsulta médico psicológica en el marco hospitalario*, Nueva Visión, Argentina, 1997.
- Ferrater Mora, José. *Diccionario de Filosofía*, Alianza, México, 1981.
- Foucault, Michael, *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, Siglo XXI, México, 1988.
- Foulquie, Paul, y Sain- Jean Raymond Sain-Jean, *Diccionario del Lenguaje Filosófico*, Labor, España, 1990.
- Freud Sigmund, "El porvenir de la terapia analítica". En *Obras Completas*. Biblioteca Nueva. España, 1996.
- Freud, Sigmund, "La transferencia", en *Obras completas*, Tomo XXII, Argentina: Amorrortú, 1996.
- Galante Di Pace, Mariana Yanes Esser. "El cuidado de la salud reproductiva en mujeres de colonias populares de la ciudad Oaxaca", en Esperanza Tuñón Pablos coordinadora, *Género y salud en el sureste de México*. Volumen 2. ECOSUR. Colección estudios de Género. México 1999.
- García, P. A L. *El fracaso del amor. Género e individualismo en el siglo XIX Mexicano*, El Colegio de México y la Universidad Autónoma de Estado de México, México, 2006.
- Gil, Montes Verónica, *Éthos médico. Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México*, Universidad Autónoma Metropolitana- Unidad Xochimilco, México, 2004.
- Goffman, Erving. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortú Editores, Argentina, 1972.
- Gonzalbo, A.P. *Historia de la educación en la época colonial. La educación de los criollos en la vida urbana*, El colegio de México, México, 1995.

Gutiérrez de Velasco. Coor. *Género y Cultura en América Latina. Arte, historia y Estudios de Género*, El colegio de México, Centro de estudios sociológicos. Programa interdisciplinario de estudios de la mujer, UNESCO, México 2003.

INEGI., "mortalidad", en *Cuéntame de México*, en: <http://cuentame.inegi.gob.mx>

----- *Anuario estadístico: mortalidad en México*, en: www.inegi.gob.mx

Jáidar, Matalobos, Isabel, "Por los senderos de la subjetividad", en Jaidar Isabel comp., *Tras las huellas de la Subjetividad*, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, México, 1998.

----- "Del alma, Psique y otros asuntos subjetivos", en *Caleidoscopio de Subjetividad*, Cuadernos TIPI No.8., Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México, 1999.

Kirki, G.S, *El mito, su significado y funciones en la antigüedad y otras culturas*, Paidós, España, 1985.

Lamas, Marta, *Cuerpo: diferencia sexual y género*, Taurus, México, 2002.

Langer, Ana, Catino Jennifer, "Un análisis con perspectiva de género de la reforma del sector salud mexican", en *Salud Pública de México*, Vol. 49(1), Secretaría de Salud, México, 2007.

Laplanche, Jean, y Jean Bernard. Pontalis, *Diccionario de Psicoanálisis*, Labor, España, 1985.

La Santa Biblia. Antiguo y Nuevo testamento. Sociedades Bíblicas Unidas, Brazil, 2001.

Leplantine, François. *Las voces de la imaginación colectiva. Mesianismo, posesión y utopía.*, Gránica Editor, España, 1977.

Lévi-Strauss, Claude, *Mito y significado*, Alianza, España, 1995.

Lourau, René. *El análisis institucional*. Amorrortu/editores, Buenos Aires 1970.

Manero, Brito Roberto, Introducción al análisis institucional, *Tramas*, Revista de psicología. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. México 1990.

Manero Brito, Roberto, y Verónica Barrera Tello, "Estigma y control: intervención institucional en el departamento de Control y Referencia", en *Enseñanza e Investigación en Psicología*. Vol.13, no. 2, Julio- Diciembre, CNEIP, México, 2008.

- Markovic M., Manderson, L. Wray, N., Quinn, M. "Complementary Medicine use by Australian Women with Gynecological Cancer". En. *Psycho Oncology Review*, Vol. 15, The University of Melbourne Australia. 2006.
- Mellon Suzanne, Liza Berry-Bobovsky, Robin Gold, Nancy Levin, y Michael Tainsky. "Communication and decision-making about seeking inherited cancer risk information: findings from female survivor-relative focus groups". En *Psycho Oncology Review*, Vol. 15, (August, 2005), The University of Detroit, Estados Unidos, 2006.
- Mendel, Gerard, "El Sociopsicoanálisis Institucional", en Guattari y otros, *La intervención institucional*. Folios Ediciones, México 1981.
- Minello, Martini, N. *A modo de silabario. Para leer a Michael Foucault*. Jomadas 127, El colegio de México, México, 1999.
- Muñoz, Patricia. "Un festejo más a la mujer con las mismas carencias de hace años", *diario la Jornada*. México, 8 de Marzo de 2007. En: http://www.jornada_unam.mx/2007/03/index.php?section=sociedad&article=042nlsoc
- Ortega, A. P., Dumitru A. "Medición y Evaluación del Impacto del Ambiente Sobre el Estado Emocional del Pacientes con Cáncer". Ponencia presentada en XI Congreso Mexicano de Psicología Social/AMPESOL. Memoria: *La psicología social para el rescate de nuestras raíces*. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tomo I. Villahermosa Tabasco México 2006.
- Otto, Rudolf, Lo santo. Lo racional y lo irracional en la idea de Dios, Alianza, España, 1980.
- Paoli, Antonio, Educación, Autonomía y lekil kuxlejal: aproximaciones sociolingüísticas a la sabiduría de los Tseltales, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 2003.
- Piazzini Suárez Carlo Emilio y Vladimir Montoya, Editores. *Geopolíticas: espacios de poder y poder de los espacios*. La Carreta Social, Colombia 2008.
- Porter, Roy, Breve Historia de la Medicina. De la antigüedad hasta nuestros días, Taurusminor, México, 2004.
- Powe BD, Daniels EC, Finnie R. "Perceptions of Cancer Fatalism: How do Providers View Their Patients?" En *Psycho-Oncology Review*, (May, 2005).Vol. 14 American Cancer Society, Estados Unidos, 2005.
- Riviere Pichón, *Teoría del vínculo.*, Nueva Visión, Argentina, 1990.
- Schilder, Paúl, Imagen y apariencia del cuerpo humano, Paidós, Argentina, 1958.

- Secretaría de Gobernación. *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. <http://pnd.calderon.preidencia.gob.mx/index.php?page=igualdaddeoportunidades>.
- Secretaria de salud. *Boletín de información estadística 2005*, Volumen II. México 2006.
- Sendrail, Marcel, *Historia cultural de la enfermedad*, Espasa-Calpe. S.A. España 1983.
- Sichere, Bernard, *Historias del mal*, Gedisa. España, 1996.
- Siminoff LA, Graham G, Gordon N. "Disparities in Doctor- Patient Communication Patterns of Breast Cancer Patients: The Influence of Socioeconomic and Demographic Factors". En *Psycho Oncology Review*, Vol. 14, Case Western Reserve University Cleveland Ohio, Estados Unidos, 2005.
- Smith, Huston, *Las religiones del mundo*, Océano, México, 1999.
- Turner, S. Brayans, *El cuerpo y la Sociedad. Exploraciones en teoría social*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984.
- Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, *Programa de Maestría en Medicina Social*, en: <http://cbs.xoc.uam.mx/posgrados/mms/>
- Villaseñor, Navarro Yolanda, "Nuevo tratamiento contra el cáncer de mama". Suplemento la jornada. Recuperado el 30 de Junio 2000 <http://www.indes.com.mx/antiores/junio2000/html/ssa85/html>
- Weinfeid, E. *Enciclopedia Judaica Cristiana*, editorial Castellana, México, 1944.
- Winnicott, W. Donald, "Desarrollo afectivo y socialización de los niños. La relación inicial de una madre con su bebé", en *Programa para la transformación y fortalecimiento académico de las escuelas normales. Desarrollo infantil I*. SEP, México 2000.
- Wyatt G, Kozachik. S, Given C.W, Given BA "Outcomes of Complementary Therapy Use by Chemotherapy Patients and Family Members". En *Rev. Psycho- Oncology Review*, Vol. 14 (May, 2005) Michigan State University, 2005.
- Woods TE, Kolden GG, Yang D, Mullen EA, Holland JC. "Exercise across the Breast Cancer Continuum: Risk Reduction, Rehabilitation and Palliative Care", en *Psycho-Oncology Review*, Vol. 14, University of Wisconsin, 2005 pp. 1-2