

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**Las cicatrices (in)visibles: Narrativas personales de
mujeres sometidas a cirugías invasivas**

TRABAJO TERMINAL PARA OBTENER EL
GRADO DE LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

Presentan:

Ernesto Flores Chavez
Aiko Hayakawa Álvarez
María Fernanda Martínez Cruz
Azul Daniela Molina Leyva

Asesor:

Tomás Cortes Solis

Lectores:

Eliud Torres Velázquez
Mayleth Alejandra Zamora Echegollen

Agradecimientos

En equipo, queremos agradecer profundamente a las mujeres que con una generosidad inmensa, nos compartieron un fragmento de sus vidas. Gracias por permitirnos escuchar sus historias, por abrirnos sus sentires y por confiarnos la vulnerabilidad que implica hablar de experiencias tan íntimas.

Cada relato fue un acto de valentía y de confianza que recibimos con enorme respeto y gratitud. Sus palabras, sus silencios, sus risas, sus emociones y sus reflexiones dieron vida a este trabajo y lo llenaron de sentido. Más allá de las páginas de esta investigación, sus voces nos recordaron la fuerza, la dignidad y la capacidad de reconstruirse que habita en cada una de ustedes.

Gracias por permitirnos acompañarlas, aunque fuera por un momento, en la narración de sus historias. Este trabajo también es un reconocimiento a su fortaleza, a su humanidad y a la generosidad con la que decidieron compartir una parte de su camino con nosotros.

A la UAM Xochimilco por ser nuestra segunda casa.

A nuestro asesor Tomás, por guiarnos y compartirnos un poco de su inmenso conocimiento.

A nuestro lector Eliud, por ser colega y amigo; por impulsar constantemente nuestro cuestionamiento y enseñarnos a investigar con sentido, orientado a la acción y al cambio. Gracias por tu disposición, tu entusiasmo y por inspirarnos a mirar el mundo desde una perspectiva más crítica, sensible y consciente.

A nuestra lectora Mayleth, por abrirnos un espacio y permitirnos dialogar las problemáticas de esta investigación.

Y como equipo, por no soltarnos. Por sostenernos incluso cuando todo parecía demasiado, por confiar en que podíamos lograrlo. Este trabajo también es un recordatorio de todo lo que fuimos capaces de sostener y de la fuerza que fuimos construyendo en el camino.

De Ernesto:

Quiero agradecer profundamente a mis papás, que me lo han dado todo sin importar que, gracias a ellos pude lograr esto y ser la persona que soy hoy en día y por nunca dejar de creer en mis capacidades aún cuando yo no confiaba en ellas.

A Mafer, por ser mi mejor amiga y estar siempre para mí cuando lo necesitaba, me enseñaste muchas cosas en estos 2 años de ser tu amigo en la carrera, gracias por aceptarme en tus equipos y sobre todo por tu conocimiento compartido.

A Azul, gracias por este gran recorrido que hemos cruzado juntos, por tus risas y por enseñarme el significado de una amistad maravillosa, me llevo todo lo que me enseñaste conmigo para siempre.

A Fer, porque fuiste un apoyo fundamental en este camino, gracias por dejarme ser parte de este proyecto y por ser una motivación para mí.

A Aiko, por tus palabras motivadoras cuando las necesito y cuando no, que a pesar de que nos conocemos desde hace poco has estado ahí para ayudar siempre.

A Carlos, por demostrarme lo que es tener un amigo, por cómo estuviste en las buenas y en las malas y apoyarme siempre de la mejor manera posible día con día.

De Aiko:

A mi mamá, Gabriela, por escucharme, cuidarme, pero sobre todo por estar junto a mí siempre.

A mi papá, Kyoshi, por impulsarme a creer en mí, a seguir mis sueños y ayudarme a cumplirlos.

A Rebeca, por acompañarme en todos mis caminos y ser mi mayor ejemplo a seguir.

A mi familia, por estar para motivarme y extenderme su orgullo en cada etapa de mi vida.

A mis amigas y amigos, porque gracias a ustedes nunca he dejado de honrar mi nombre “niña amada”.

A mi equipo, por la dicha de encontrarnos y acompañarnos.

A todas las mujeres que han atravesado mi vida y mis caminos, porque me inspiran a luchar por el cambio en los espacios que habitamos.

Y a todxs les anteriores, por enseñarme mucho de lo que sé y de lo que soy.

De Azul:

Mamá, gracias por estar siempre ahí para mí, por sostenerme con tanta paciencia y amor, gracias por motivarme a ser mejor cada día. Gracias por ser mi refugio, por ser ese lugar al que siempre puedo volver cuando necesito fuerza. Sé que mi corazón sabe de fuerza porque aprendió a latir con la tuya. Gracias a ti, soy la persona que soy hoy.

Papá, gracias por estar siempre conmigo, incluso en la distancia. Gracias por enseñarme lo que significa la perseverancia, el esfuerzo y la humildad. Gracias por creer en mí y por estar, siempre, a tu manera.

A mis hermanas, gracias por su presencia incondicional, por escuchar cada uno de mis trabajos como si fueran lo más importante, por fingir ser mis entrevistadas para que yo practicara, por reírse conmigo y también reírse de mí.

A mi abuelita Inés, por ser la fuerza y la unión de la familia, por enseñarme lo que es la resiliencia y la humanidad. Gracias por esos paseos después del kinder para ir por un flan, por esas pláticas interminables en tu cocina y por hacer de tu casa un hogar para todos.

A mi compañero de vida, Carlos, por estar presente desde el día uno, por cuestionar las mismas cosas que yo cuestionaba, por escuchar cada historia que tenía por contar, por sostenerme en este proceso, por motivarme y hacer que confiara en mí y, sin duda, por amarme. Gracias a ti sé lo que es el amor puro. Ojalá tú y yo siempre.

A mi equipo, que vivió este proceso conmigo: gracias por escucharme, por no dejar que me cayera, por animarse a cuestionar conmigo cosas que quizá nunca antes habíamos cuestionado. Gracias por las risas, las desveladas, los corajes y las miles de reflexiones.

A mis amigos, gracias por estar, por sostenerme y por caminar conmigo siempre.

A los pacientes que tuve el privilegio de acompañar en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, gracias por su confianza, por compartirme su historia y por permitirme estar a su lado. También agradezco profundamente a aquellos pacientes de quienes no pude despedirme, su paso por mi vida dejó una huella imposible de borrar, gracias por enseñarme a mirar a la vida y a la muerte con respeto y con mayor sentido.

De Fernanda:

A los tres pilares que han estado a lo largo de mi vida y son mi ejemplo a seguir: mi hermana, mi mamá y mi abuela. Gracias por siempre acompañarme y estar presentes en cada etapa, por alentarme a perseguir mis sueños sin importar que tan lejanos se veían y ser un apoyo incondicional. Les agradezco por ser mi hogar y mi lugar seguro.

A los seres queridos que perdí en el camino, que aún en su ausencia continúan enseñándome el verdadero significado de la resiliencia.

A las amistades que formé a lo largo de estos años, gracias por caminar a mi lado.

A mi equipo, con quienes pase risas, desvelos y desafíos, gracias por no rendirse en este proyecto, por ser constantes y enseñarme que acompañada los problemas son más llevaderos.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	2
Introducción.....	7
Justificación	
Planteamiento del problema	
Pregunta de investigación y objetivos	
Estado del Arte.....	12
La percepción social e individual de las mujeres y sus cuerpos	
Instituciones: ámbito médico	
Cáncer de mama	
Cardiopatías	
Imagen del cuerpo y el significado de belleza en los cuerpos femeninos	
Duelo	
Redes de apoyo: el acompañamiento y la cosmovisión	
Reflexiones	
Contextualización del terreno de intervención.....	31
Participantes.	
Metodología.....	34
Diseño de investigación	
Técnicas de producción de información	
Consideraciones éticas	
Estrategias de análisis	
Marco teórico y análisis de la información obtenida.....	38
Capítulo 1. El cuerpo intervenido como territorio político.....	39
1.1 El cuerpo femenino como construcción social	
1.2 Mirada social, disciplinamiento y transformaciones del cuerpo femenino	
1.3 El cuerpo como superficie de intervención médica	
1.4 El cuerpo como territorio de resistencia y resignificación	
Capítulo 2. Experiencia de la enfermedad.....	54
2.1 Disciplinamiento histórico sobre el cuerpo de las mujeres	
2.2 Discursos en las construcciones sociales de la enfermedad	
2.3 Duelo en la enfermedad	
Capítulo 3. Desigualdades estructurales y acceso al sistema de salud.....	64
3.1. El poder en la institución médica	
3.2 Sistema público	
3.2 La economía y el ingreso al sistema de salud	
Capítulo 4. Redes de apoyo, vínculos afectivos y sostén emocional.....	79
Reflexiones finales.....	87
Anexos: Anexos "Cicatrices Invisibles".....	91
Referencias.....	91

Introducción

La experiencia de una cirugía invasiva no sólo transforma el cuerpo, altera la manera en que una mujer habita, siente y significa su propia existencia. Cuando el cuerpo es intervenido, ya sea por cáncer de mama o por una cardiopatía, se abre un territorio donde convergen dolor, vulnerabilidad, memoria, poder, duelo y también resistencia. Es un acontecimiento biográfico que descoloca, interrumpe el orden cotidiano y obliga a repensar quién se es cuando el cuerpo cambia.

Desde distintos campos de estudio se ha insistido en la necesidad de comprender el cuerpo más allá de su dimensión anatómica. Françoise Dolto (1984) lo reconoce como matriz de subjetividad; Rita Segato (2013) lo entiende como territorio de inscripción del poder; Silvia Federici como espacio histórico de disciplinamiento; y autoras como Claudia Korol (2016) y Sandra Bartky (1990) destacan que la experiencia corporal nunca es neutra: está moldeada por género, política, historia y relaciones sociales. En este marco, la presente investigación parte de una premisa fundamental: toda cirugía que altera el cuerpo también altera la identidad, incluso cuando se realiza para preservar la vida.

La metáfora de *las cicatrices invisibles* no alude sólo a las huellas físicas que dejan las intervenciones torácicas. Habla, sobre todo, de aquellas marcas simbólicas, emocionales, relacionales, sociales, que rara vez son nombradas, pero que atraviesan silenciosamente el proceso de recuperación.

En un inicio esta investigación estaba nombrada sin paréntesis, pero a lo largo del trabajo de campo nos cuestionamos la invisibilidad de dichas marcas simbólicas, ya que sin duda son huellas que transforman la percepción del cuerpo, las relaciones interpersonales, la sexualidad, la autonomía, la fortaleza y la vulnerabilidad que llevan a la resignificación de estas experiencias de vida, por lo tanto se decidió reestructurarlo a “Las cicatrices (in)visibles”

Aunque las cirugías oncológicas y cardíacas son distintas en su naturaleza biomédica, comparten un rasgo decisivo: ambas fracturan la continuidad del cuerpo conocido y obligan a reconstruir la propia identidad en un contexto donde las mujeres no sólo enfrentan la enfermedad, sino también desigualdades estructurales y expectativas sobre cómo debe vivirse el dolor, la salud y la recuperación.

En este sentido, el interés de esta tesis no es analizar lo clínico, sino explorar e identificar cómo estas mujeres resignifican su cuerpo y su vida después de atravesar un procedimiento que las confronta con la fragilidad, la muerte y el cambio.

Partiendo de una metodología fenomenológica, un enfoque cualitativo y a través de entrevistas semiestructuradas, este estudio busca escuchar cómo se narra el cuerpo después de la cirugía: qué se recuerda, qué se teme, qué se extraña, qué se significa y qué nuevas formas de habitar el mundo emergen. La perspectiva psicosocial y simbólica que guía este análisis permite situar las experiencias corporales en diálogo con los marcos sociales que les dan forma: la familia, la fé, el sistema de salud, el Estado, las redes de apoyo, el género y la historia.

Este trabajo no pretende ofrecer respuestas concluyentes, sino abrir un espacio donde la palabra de las mujeres, sus silencios, sus quiebres, sus gestos de resistencia, puedan ser no solo escuchada, sino también problematizada. Al aproximarnos a sus relatos, buscamos aportar a una comprensión más humana y compleja de la experiencia corporal, emocional y social en contextos de enfermedad, y contribuir a la construcción de prácticas médicas y sociales que no solo curen, sino que también cuiden.

Porque en cada cuerpo intervenido se inscribe una historia y en cada cicatriz —visible o invisible— hay un proceso de reconstrucción que merece ser reconocido con dignidad, sensibilidad y profundidad.

Justificación

La presente investigación se realiza para comprender la manera en que se entiende la experiencia de una cirugía invasiva en mujeres que han pasado por cáncer de mama o

alguna cardiopatía, desplazando la mirada exclusivamente biomédica hacia una comprensión integral del cuerpo como espacio subjetivo de identidad, memoria y construcción simbólica. Si bien estos procedimientos salvan vidas, es menester problematizar que también generan rupturas en la narrativa personal, las cuales no siempre encuentran un espacio de elaboración.

De este modo, la cirugía produce un cambio en el cuerpo de manera abrupta, en tanto que no solo se modifica la anatomía, se altera la forma en que la mujer se reconoce en el espejo, se vincula afectivamente, ejerce su autonomía y en muchos casos resignifica su feminidad. Investigar estos procesos permite comprender cómo se reconstruye la identidad después de una transformación corporal forzada, qué recursos simbólicos se movilizan y qué tensiones emergen entre el discurso médico de la supervivencia y la vivencia íntima de la pérdida.

Existe una brecha entre la noción de “recuperación” sostenida por el sistema de salud y la reconstrucción subjetiva que cada mujer atraviesa. Mientras el discurso médico privilegia la funcionalidad orgánica, la experiencia vivida puede estar marcada por duelo, extrañamiento corporal y tensiones frente a los mandatos de feminidad. En este sentido, la cirugía no sólo transforma el cuerpo físico, sino que opera como un acontecimiento que reconfigura la posición subjetiva de la mujer frente a sí misma, a los otros y a las instituciones. Comprender esta brecha resulta fundamental para evitar que la dimensión psíquica quede inferior a parámetros exclusivamente funcionales. Al estudiar estos procesos desde una perspectiva psicosocial, se busca aportar conocimiento que permita integrar la identidad corporal, la elaboración del duelo y la reconstrucción del sentido de sí como componentes centrales del cuidado pre y postquirúrgico.

Su pertinencia en el área de psicología educativa radica en los procesos de promoción y educación para la salud. Esta investigación implica la desnaturalización del proceso quirúrgico, abriendo la posibilidad de escucha y de interrogación de las pacientes al personal de salud. Como parte fundamental de la clínica, la educación para la salud implica hacer accesible la información para que sea oportuna y permita tomar decisiones informadas; es particularmente relevante porque sitúa el cuerpo como eje articulador de procesos identitarios, afectivos y relacionales. Igualmente aporta elementos para comprender cómo

se configuran subjetividades en contextos de enfermedad, donde converge la vulnerabilidad, el poder institucional, discursos y mandatos socioculturales. Al generar conocimiento situado sobre estas vivencias, la investigación contribuye al desarrollo de intervenciones psicológicas más sensibles y contextualizadas, capaces de acompañar no sólo la adaptación funcional, sino también los procesos de resignificación y reconstrucción subjetiva que surgen después de una cirugía invasiva.

Planteamiento del problema

Las cirugías invasivas como la mastectomía o una cirugía cardíaca mayor, son procedimientos que, desde la lógica biomédica, tienen como finalidad preservar la vida y restaurar funciones orgánicas. Sin embargo, cuando estas intervenciones modifican de manera visible o significativa el cuerpo de una mujer, no sólo transforman su anatomía, sino que inciden en la manera en que esa mujer se reconoce, se narra y se posiciona en el mundo. Ante esto, surge una interrogante: ¿en qué momento el ámbito estético se vuelve parte de la discusión médica? Más aún, ¿cómo se articulan en el cuerpo intervenido las normas que regulan lo visible, lo aceptable y lo deseable? Aunque el objetivo clínico es preservar la vida, es necesario reconocer que toda cirugía deja huellas visibles —como las cicatrices— que no sólo marcan la piel, sino que pueden afectar profundamente la imagen corporal y las formas en que el sujeto se constituye en relación con su cuerpo. En este sentido, se vuelve pertinente analizar el cuerpo no sólo como entidad biológica, sino como un espacio atravesado por relaciones de poder, normas de género y procesos de significación.

El cuerpo no es una superficie neutra. Es un territorio cargado de memoria, de historia, de género y de regulación social. Desde la infancia, el cuerpo femenino es moldeado por expectativas estéticas, mandatos reproductivos, discursos médicos y pedagogías de la fortaleza o del sacrificio. Cuando una cirugía lo altera, no se interviene únicamente un órgano: se interrumpe una continuidad biográfica y simbólica que obliga a reconfigurar la relación con la propia imagen, con la vulnerabilidad y con el sentido de sí.

En este contexto, la experiencia de enfermedad no puede reducirse a un episodio clínico. Se trata de un proceso atravesado por múltiples dimensiones: la manera en que se encarna el

dolor, la forma en que se resignifica la cicatriz, las tensiones entre el discurso médico y la vivencia personal, las redes de apoyo que sostienen o fracturan, y las desigualdades estructurales que condicionan el acceso y la continuidad del cuidado. La institución médica no sólo cura: también regula, clasifica, vigila y produce determinados modos de entender el cuerpo enfermo. De igual forma, las estructuras de género inciden en cómo se vive la pérdida, la dependencia o la fortaleza.

Aunque el tema ha sido abordado desde distintas aproximaciones, persiste un vacío en torno a cómo estas mujeres producen sentido sobre lo que han vivido y cómo, en ese proceso, se configuran formas específicas de subjetividad. Es decir, no basta con identificar emociones posteriores a la cirugía; es necesario comprender cómo se articulan cuerpo, poder, memoria, vínculos y desigualdad en la construcción de la experiencia.

Las formas en que las mujeres viven y significan su cuerpo intervenido permiten pensar que este se convierte simultáneamente en espacio de vulnerabilidad y de resistencia; en superficie de regulación institucional y en territorio de reapropiación simbólica. En algunas historias emergen procesos de duelo por la imagen perdida; en otras, gestos de orgullo o resignificación; en otras más, tensiones con el sistema de salud o con mandatos de género interiorizados. Estas experiencias no son homogéneas, pero tampoco son completamente aisladas ya que se inscriben en tramas sociales compartidas.

El problema que orienta esta investigación, por tanto, no se limita a describir vivencias individuales, sino a comprender cómo las mujeres que han atravesado una cirugía invasiva configuran subjetivamente su experiencia en el cruce entre corporalidad, discursos médicos, género, redes de apoyo y condiciones estructurales. Situar la mirada en esta intersección permite analizar no sólo el sufrimiento o la adaptación, sino los procesos de producción del sujeto en contextos de enfermedad.

Desde esta perspectiva la investigación busca aportar a una comprensión psicosocial del cuerpo intervenido como espacio donde convergen historia personal, regulación institucional y construcción simbólica, abriendo preguntas sobre las formas en que se habita, se disputa y se resignifica la experiencia después de la cirugía.

Pregunta de investigación y objetivos

¿Qué procesos de resignificación emergen en las experiencias de mujeres que han atravesado cirugías invasivas a partir de las narrativas de su cuerpo?

Objetivos generales

- Analizar los procesos de resignificación que emergen en las experiencias de mujeres que han atravesado cirugías invasivas a partir de las narrativas sobre el cuerpo.

Objetivos específicos.

- Identificar cómo describen los cambios corporales, emocionales y socio-afectivos que emergen a partir de la intervención.
- Localizar los ámbitos de sus vidas que se ven atravesados por la resignificación.
- Nombrar cómo se integran las relaciones de cuidado en torno a sus experiencias atravesando cirugía invasiva.
- Discutir cómo estos procesos de resignificación del cuerpo se relacionan con sus experiencias corporales, de enfermedad y de acompañamiento.

Estado del Arte

La literatura nos indica que en cualquier tipo de cirugía existe un nivel de riesgo que puede llegar a poner en peligro la vida del paciente debido a las diferentes complicaciones que llegan a surgir durante un procedimiento, sin embargo, Andrea Pico Camacho y Valentin Vega (2023) señalan un punto importante, que el riesgo de una cirugía va más allá de la naturaleza de la intervención, pues se colocan diversos agentes como el contexto, los recursos tanto del paciente como del hospital e incluso la complejidad de un paciente que participan en las probabilidades de éxito en una cirugía de alto riesgo.

El atravesar por una cirugía de cualquier índole es capaz de traer repercusiones a un nivel emocional, social o psicológico en los pacientes, como Rosa Minchala y Edgar Mendieta (2018) llegan a abordar en su artículo, desde que una persona entra a un hospital para recibir un diagnóstico se adentra a un mundo extraño y desconocido el cual se ve asociado

como algo a lo cual hay que temer pues uno puede entrar estando bien y sale con alguna enfermedad. El sector salud juega un papel importante en ayudar a atravesar por este proceso a los pacientes, su deber al tener conocimiento teórico y empírico es transmitirlo para facilitar un poco la transición de dicho procedimiento.

Desde el temor o ansiedad que se siente al recibir un diagnóstico, el inicio de cuidados postoperatorios donde casi siempre se es imposible realizar la vida con cotidianidad e independientemente, el impacto que puede implicar el ver una alteración en el cuerpo, más si se tuvo que realizar alguna mutilación del cuerpo o quedo una cicatriz muy notoria que impide un reconocimiento de la imagen corporal, son elementos capaces de aislar al paciente, de ahí la importancia de no solo un acompañamiento médico, sino también psicológico.

Abordando las dos enfermedades que se destacan en esta investigación, el INEGI (2025) dio a conocer en agosto de 2025 que las enfermedades con mayor tasa de mortalidad en hombres y mujeres mexicanas son debido a problemas cardíacos que no son tratados a tiempo, diabetes y por tumores malignos.

Autoras como Pérez García (2016), Lara Meen (2024) y Basurto *et al.* (2014) han explorado y plasmado en investigaciones el impacto que tiene el cáncer de mama en la percepción del cuerpo femenino, evidenciando que las transformaciones físicas, producto de la mastectomía, conllevan a profundas implicaciones emocionales y simbólicas, analizando algunas de las problemáticas que implica esta enfermedad y profundizando más allá de la intervención quirúrgica, presenciando temas como el autoestima, las distorsiones cognitivas, afecciones en la autoimagen (sin limitarse a un plano estético), la importancia del acompañamiento psicológico especializado y las consecuencias sociales, físicas y psicológicas.

En lo que respecta a las enfermedades cardíacas, los antecedentes son aún más escasos, especialmente cuando se trata de su impacto psicosocial en mujeres. Sin embargo, investigaciones recientes como la de Dotti Ríos (2023) comienzan a visibilizar las particularidades del padecimiento cardiovascular en mujeres, abordando dimensiones como

el reconocimiento del cuerpo enfermo, las transformaciones en la vida social, la afectación del deseo y la vivencia emocional de la enfermedad. Esta autora enfatiza que tras una intervención endovascular o quirúrgica, muchas mujeres experimentan una ruptura simbólica con su cuerpo anterior, lo cual incide directamente en su identidad y autoestima.

De igual forma, estudios como los de Castillero (2007) y Castro & Vargas (2007) destacan el papel fundamental del acompañamiento psicológico durante todo el proceso quirúrgico, evidenciando que muchas mujeres presentan síntomas de depresión postoperatoria y dificultades para reintegrarse emocional y socialmente a sus actividades cotidianas, en parte por los cambios en su imagen corporal y en su percepción de vulnerabilidad y fragilidad.

Desde una perspectiva feminista crítica y psicosocial, el cuerpo femenino se entiende como un territorio donde se inscriben las relaciones de poder, las violencias estructurales y las formas de resistencia. Rita Segato (2013) ha señalado que el cuerpo de las mujeres es un campo de batalla donde se reproducen y resisten las lógicas patriarcales y coloniales, enfatizando que las cicatrices y marcas en el cuerpo son testimonios visibles de esas experiencias complejas de violencia y resiliencia. Su trabajo destaca la importancia de reconocer cómo el cuerpo, más allá de su dimensión biológica, constituye un espacio simbólico donde se disputa la autonomía y la identidad.

En la misma línea, Silvia Federici (2004) aporta un marco histórico y político fundamental para entender cómo el control sobre los cuerpos femeninos, en particular sobre la reproducción y la sexualidad, ha sido una forma crucial de dominación patriarcal y capitalista. En su texto *Calibán y la bruja*, Federici sostiene que el cuerpo de las mujeres es el espacio donde se libra la lucha por la reproducción social, y su regulación es una cuestión de poder. Esto implica que cualquier intervención que altere el cuerpo de las mujeres, como las cirugías invasivas, no sólo tiene un impacto físico, sino que también remite a procesos históricos de control y normativización del cuerpo femenino.

Por otro lado, Judith Butler (1990), en su influyente obra *Género en disputa*, plantea que el género es una construcción performativa, donde la identidad de género no es algo que se tiene, sino algo que se hace, un acto que se repite constantemente. Esta conceptualización

permite entender que las transformaciones físicas —como las cicatrices quirúrgicas— desafían y pueden subvertir las normas sociales y culturales sobre lo que significa ser mujer, abriendo espacios para significar el cuerpo y la identidad desde una posición más autónoma y crítica. El nombramiento de su propio cuerpo es un proceso activo y político, donde las mujeres pueden reconectar con su imagen y el sentido de sí mismas más allá de las imposiciones sociales.

A pesar de estos valiosos aportes, persiste una laguna importante en la investigación que vincule de forma integral la experiencia subjetiva del cuerpo intervenido quirúrgicamente, el impacto emocional y simbólico de las cicatrices físicas, y la reconstrucción identitaria en mujeres, considerando además las particularidades culturales, sociales y de género propias del contexto cultural. La experiencia del cuerpo intervenido ha sido abordada predominantemente desde enfoques clínicos e individualizantes, dejando de lado los significados profundos que las mujeres atribuyen a sus cuerpos, su historia y su vivencia de la enfermedad, así como las formas de resistencia y resignificación que desarrollan.

La percepción social e individual de las mujeres y sus cuerpos

Desde las primeras etapas de escolarización, la escuela no sólo cumple con la función de transmitir conocimientos académicos, sino que también actúa como un agente socializador clave. A través de sus prácticas cotidianas, la escuela inculca valores, normas y modelos de comportamiento que la sociedad considera aceptables o deseables. Esto implica que, además de enseñar a leer, escribir o resolver problemas matemáticos, también moldea la manera en que el alumnado comprende el mundo que lo rodea, incluyendo la forma en que se percibe a sí mismo y a los demás. Siguiendo con este punto Ainhoa Feijóo (2019), destaca que la escuela no es un espacio neutro, sino un entorno en el que se refuerzan continuamente expectativas sociales, especialmente aquellas relacionadas con los roles de género y los ideales de belleza. Aunque muchas de estas enseñanzas no se imparten de manera explícita, tienen un efecto significativo en la construcción de la identidad desde edades muy tempranas. En este sentido, el alumnado aprende de forma implícita qué cuerpos son aceptados socialmente.

Estas enseñanzas se transmiten a través de múltiples vías. Por ejemplo, los comentarios aparentemente inocentes o las "bromas" sobre la apariencia física, ya sea por parte de docentes o compañeros, contribuyen a fijar estándares estéticos normativos que generan inseguridad en quienes no se ajustan a ellos. Las representaciones visuales en libros de texto, carteles o materiales escolares pueden jugar un papel importante: muchas veces se reproducen cuerpos delgados, blancos y heteronormativos como modelos de belleza, invisibilizando la diversidad corporal, racial o cultural existente en el alumnado.

En consecuencia, muchos niños y niñas pueden experimentar sentimientos de insuficiencia, vergüenza o ansiedad en relación con su cuerpo, lo cual puede tener efectos negativos a largo plazo en su bienestar emocional y psicológico. Es así como la percepción que cada uno tiene de su propio cuerpo se verá influenciada por las experiencias que atraviesan a lo largo de su vida y que marcarán la percepción de su imagen corporal, la cual no es inamovible, ya que esta se modifica y se reconstruye a lo largo de su vida, adaptándose a los nuevos deseos y expectativas que tenga o se les exija (Dolto, 1984).

En algunos procesos, llegada la adolescencia comienzan las comparaciones con cuerpos de otras mujeres, adentrándose en una incapacidad de apreciar la belleza de sus propios cuerpos, sumado a esto, los comentarios negativos hacia sus cuerpos generados por los círculos sociales más cercanos de las jóvenes permea en la forma de construcción de su imagen corporal.

La imagen del cuerpo es siempre inconsciente y está constituida por la articulación dinámica de una imagen de base, una imagen funcional, y una imagen de las zonas erógenas donde se expresa la tensión de las pulsiones. (François Dolto, 1984).

Instituciones: ámbito médico

Ante cualquier tipo de cirugía existen ciertos parámetros que los médicos deben de seguir y evaluar. Mayleth Zamora *et al.* (2022) abordan lo que es el acto médico, donde los doctores bajo un tratado de ética durante la praxis, toman decisiones orientadas a proteger al paciente cuando realizan una cirugía, sin dejar de lado el contexto en el que está inscrito el sujeto, pero teniendo siempre en cuenta que el principal objetivo del médico siempre será

salvar la vida del paciente, sea cual sea el tipo de cirugía, por lo que sus decisiones se basaran en lo que sea más favorable para mantener una calidad de vida y preservarla.

Dependiendo del proceso que se lleva a cabo, el médico comenzara a evaluar otros factores, tales como: el sexo, el genero, la edad, la profesión e incluso su estilo de vida, viéndolo desde esta perspectiva uno pensaria que ya no se trata sólo de la preservación de la vida, sino ahora entra como un factor externo la forma de vida. Pese a esto, dichos parámetros siguen los lineamientos de un sistema capitalista, que procura y prioriza a aquellos que son sujetos productores de la sociedad (Zamora *et al.*, 2022).

Adentrándonos más al ámbito médico, Roberto Castro y Sonia Frías (María Morales, 2024) abordan la violencia obstétrica y la importancia del hablar de ella, ya que esta abre las puertas a dialogar y cuestionar las violencias estructurales, institucionales, simbólicas y físicas que engloban el área médica, a su vez pone bajo la mira el papel que juega la ciencia y el rol de poder que tiene sobre las prácticas de atención de salud, la legitimidad, la autonomía y los estereotipos de género que se juegan y cómo se entretajan a partir de las narrativas y prácticas específicas.

La violencia obstétrica es una violencia de género que surge en compañía de las desigualdades y asimetrías sociales que encarnan los cuerpos de las mujeres, este tipo de violencia, así como otras muchas, nace de la premisa de que el cuerpo de las mujeres es un objeto del cual se puede disponer, lo que de una forma permite que las prácticas médicas hacia el cuerpo de las mujeres se realizan bajo una serie de criterios distintos al cuidado de la salud, la vida y el bienestar.

Nathalia Righetti y Martín Hernán (María Morales, 2024) colocan cinco ejes que abordan y definen la violencia obstétrica, pero que a consideración, también pueden manejarse en otro tipo de intervención médica sobre el cuerpo de las mujeres:

- Enfoque jurídico, viéndose desde el vínculo entre la violencia de género y la mala praxis médica. La violencia obstétrica se presenta como un instrumento útil para delinear responsabilidades y obligaciones de los/as profesionales de la salud y alentar el reclamo de las mujeres ante el incumplimiento de sus derechos.

- Enfoque feminista. La cual resalta las desigualdades de género que existen dentro de la atención bajo la mirada médica. Esta forma de opresión en el cuerpo en la atención obstétrica tiene la función de volverlas “femeninas” nuevamente. Concibiendo como una forma de violencia de género que se expresa como opresión internalizada en el cuerpo de las mujeres
- No se concibe como problema de calidad en los servicios médicos, si no como una forma de violencia de género
- Se señala que el problema de la violencia obstétrica radica en la implementación de prácticas médicas contrarias a la evidencia científica, así como en el abuso y el maltrato de los cuerpos que se deriva de los servicios de salud con exceso de demanda y escasez de profesionales.
- Enfoque de aproximaciones, Desde la vista de los profesionales de la salud y la resistencia al debate de los temas de violencia durante la práctica, y la responsabilidad que los médicos buscan delegar al estado por las condiciones bajo las cuales ejercen

Ester Espinoza y Belén Castrillo (Cit. en Morales, 2024) destacan que la violencia en el ámbito médico de la mujer vista como paciente son habilitadas por las prácticas culturales y las estructuras sociales y que son una consecuencia de las desigualdades sociales y de género, así como de una falta de luchas y ejercicios de saber y/o poder, resaltando la importancia de que estas experiencias sean vistas de manera urgente desde el enfoque de las ciencias sociales.

Dentro de la mirada de Roberto Castro y Sonia Frías (Maria Morales, 2024) ellos conceptualizan la violencia obstétrica como una expresión de las violencias del patriarcado y desde el enfoque del feminismo crítico se ahondan las formas en que controlan y dominan los cuerpos de las mujeres, problematizando las relaciones de poder entre los médicos y las pacientes.

Si bien Maria Morales no aborda lo que es el cáncer de mama o las cardiopatías, ni tampoco la violencia que se puede llegar a ejercer en las prácticas de estas dos enfermedades, sí

detona algo que se considera importante para esta recolección de información, que es la mirada médica y la influencia de la perspectiva de género que se aplica en la práctica profesional médica, y cómo incluso dentro de estos ámbitos las mujeres y sus cuerpos se encuentran condicionados ante lo que un otro les diga.

Sumado a la perspectiva de Roberto Castro y Sonia Frías, Daisy Camacaro (2007) analiza cómo los discursos médicos han delimitado como territorios los cuerpos de las mujeres, los cuales son sometidos por discursos, subordinación y valores patriarcales que se perpetúan a través de la historia. La ciencia médica legitima los estereotipos de género y los prejuicios, moldeando de esta forma la perspectiva de los cuerpos femeninos. Daisy Camacaro, recalca que es importante recordar que los discursos médicos se construyen bajo la perspectiva masculina y que las reglas del cómo tratar a dichos cuerpos siguen presentes hoy en día.

Para adentrarse más en el impacto de las prácticas médicas en el cuerpo y entrelazarlas con uno de los puntos clave de la investigación, abordaremos a Nancy Van Loey (2020) quien estructura el impacto de tener una cicatriz dentro de una sociedad que se construye bajo exigencias de bellezas y que prioriza la apariencia física, lo que puede traer como consecuencias una baja autoestima que aborde desde lo mental hasta lo físico y afecciones psicológicas, dificultando así el contacto con un otro.

Cualquier tipo de cirugía deja cicatrices en el cuerpo, pero el grado de complejidad de esta dependerá de la intervención que requiera la cirugía y la práctica del personal de salud. Dentro de los tipos de cicatrices más comunes después de una cirugía se encuentra la hipertrofia, la cual deja una marca roja que se delimita al borde de la herida siendo difíciles de disimular cuando se encuentran en partes específicas del cuerpo, aunque hay distintos grados de cicatrices y depende del tipo de cicatriz que quede en el cuerpo esta será más o menos llamativa a la vista.

Los avances médicos hoy en día permiten una intervención estética para reducir o eliminar casi en su totalidad a dichas cicatrices, sin embargo, esta ayuda quirúrgica surge de una exigencia de la sociedad ante la priorización del atractivo y la apariencia física, haciendo que vivir con cicatrices dentro de esta sociedad se vuelva complicado, en especial porque los estándares de belleza se encuentran en constante cambio.

Cáncer de mama

A lo largo de la historia, las enfermedades han estado siempre presentes, algunas de ellas son consideradas más agresivas y peligrosas como lo es el cáncer de mama, la cual es de las enfermedades más temidas que provocan mayor causa de muerte, no sólo en mujeres mexicanas, sino en la mayoría de mujeres alrededor del mundo.

El cáncer es una anomalía en las células del cuerpo y que en ocasiones se descontrola a tal punto de formar tumores, el cáncer de mama se manifiesta en las glándulas mamarias, en un artículo de la Gaceta Mexicana de Oncología publicada en 2014 se menciona que no todos los cánceres de este tipo son iguales, ya que las células malignas pueden tener diferentes ubicaciones dentro del seno, el estudio que realiza Basurto *et al.* (2014) hace énfasis en que los desafíos psicológicos que enfrenta la persona son expresando sentimientos de pérdida, mutilación y una ruptura en el valor de su autoimagen.

Más allá de los desafíos físicos que puede llegar a presentar la paciente, esta enfermedad, genera un impacto significativo en la salud mental y emocional, no sólo en la persona portadora de dicha enfermedad, si no en su entorno social como la familia y los amigos. Es así como la aparición del cáncer puede llegar a manifestar distintas preocupaciones, una de ellas siendo el tema económico, pues es bien sabido que los tratamientos para esta enfermedad tienen costos muy elevados provocando una baja en la calidad de vida.

El impacto psicológico que puede tener el cáncer de mama va más allá de un procedimiento quirúrgico, este tiene secuelas que se pueden manifestar antes, durante o una vez superada la operación, con el costo de haber perdido uno o ambos pechos de una forma tan agresiva, afectando la autoimagen, las relaciones interpersonales y la calidad de vida de las mujeres que lo padecen. A través de las palabras de Basurto *et al.* (2014), se pretende contribuir a una mayor comprensión de las necesidades psicológicas de las pacientes y destacar la importancia de un tratamiento médico y apoyo emocional.

Desde el diagnóstico, el tratamiento y la superación de la enfermedad, pueden generar una larga montaña rusa de emociones, empezando por el miedo y la ansiedad por no saber qué

será de su futuro, pudiendo llegar hasta la depresión y la angustia, incluso felicidad para quienes logran superar con éxito esta enfermedad.

Cardiopatías

En lo que respecta a enfermedades cardíacas Gabriela Dotti (2023) nos habla de cinco categorías que engloban los aspectos que más afectan la vida de las mujeres a nivel psicosocial después de un tratamiento endovascular coronario, visualizándolas como: el reconocimiento de la sintomatología, repercusión de la enfermedad en su relacionamiento a nivel familiar, repercusión de la enfermedad en su relacionamiento a nivel social y laboral, aspectos psicológicos -esta categoría la divide en: repercusión psicológica de la patología y vivencia de la enfermedad/adaptación- y el autocuidado.

Si bien, no para todas las afecciones cardíacas se necesita una intervención quirúrgica, la cirugía a corazón abierto implica un riesgo más grande, para empezar se realiza una incisión a lo largo del esternón, en el caso de las mujeres es necesario mover un poco los senos para poder llevar de manera adecuada el procedimiento.

Una de las consecuencias que se pueden detonar después de realizar una cirugía en esta área corporal es la baja autoestima y la depresión post quirúrgica (Yalilis Castellero, 2007). Después de una cirugía de este grado es inevitable que la imagen corporal no se modifique, la cicatriz que deja este procedimiento puede llegar a ser impactante y a generar incomodidad, pues aparece en el cuerpo un aspecto que antes no estaba y que podría ser considerado como algo poco agradable. Y como se mencionó anteriormente, al cuerpo de las mujeres siempre se les ha exigido cierta perfección, por no decir que el área de los senos es la “representación máxima” de la feminidad.

Algo que se destaca dentro la investigación de Gabriela Dotti (2023) son las exigencias estereotípicas que la sociedad impone en las mujeres y cómo impactan directamente en este procedimiento, pues algunas de las repercusiones con respecto a la salud, surgen por el estrés al que se les somete en las distintas áreas de sus vidas, generando un impacto en la salud mental y física, e incluso en su vida sexual, pues surge un miedo al mostrar su cuerpo ahora intervenido.

Imagen del cuerpo y el significado de belleza en los cuerpos femeninos

Simone de Beauvoir (1949) postula que la feminidad no se refiere a las representaciones comunes asociadas al término, como la idea de la transmisión maternal que es inalterablemente arraigada en la condición de género, la feminidad se identifica como un estado construido a partir de las relaciones de las mujeres con los otros; asimismo definió el cuerpo de la mujer como su medio de expresión de existencia subjetiva, el mismo por el cual obtiene su independencia.

Estos estándares femeninos son punto clave para generar lo que François Dolto (1984) llama imagen corporal, que viene siendo la representación subjetiva e inconsciente que cada persona percibe de su propio cuerpo. La *imagen corporal* se forma a partir de las experiencias con los cuidadores a edad temprana, de las emociones que el mismo cuerpo evoca y de las idealizaciones / fantasías que existen sobre uno mismo, estas surgen a partir de cómo el cuerpo es habitado por cada uno y trastoca aspectos como la salud, identidad y por supuesto, la belleza.

Elizabeth Grosz menciona “Ser un cuerpo es algo que debemos llegar a aceptar psíquicamente, algo que debemos vivir” (1994, p. 13) lo que dentro de una perspectiva feminista resulta ventajoso ya que cuestiona la diferencia de una vivencia en un cuerpo sexuado; la misma idea que nos conduce a que el cuerpo debe ser visto como capaz de hacer mucho más que la cultura o sociedad le permite.

Bajo la perspectiva de Michel Foucault, Alexis Rojas (2011) analiza y problematiza la relación que existe entre los dispositivos de poder, la belleza física y el consumo, siendo a través de la estética, la medicina y los medios de comunicación que influyen en las normas culturales y que promueven la búsqueda de una perfección física. Foucault destaca que por medio de las relaciones de poder se producen verdades y saberes, ya actualmente a través de estrategias y tecnologías se naturalizan las concepciones de belleza física, donde dichas concepciones se transmiten y reproducen en las sociedades.

Foucault mira el cuerpo como el lugar en que se inscribe la realidad social y examina cómo las formas de poder vigilan y dirigen el comportamiento de cada individuo con ayuda de

distintas instituciones, como lo son la medicina y la escuela. Dentro de su mirada se estudia el poder a partir de las técnicas de dominación que hoy en día marcan los cuerpos femeninos.

Jean-Jacques Rosseau (en Froidevaux-Metterie, 2020) manifiesta una postura en la que la división sexuada del mundo asigna a las mujeres indignidad de la condición doméstica y reserva a los hombres los privilegios de lo social y político. Aunque esta perspectiva es de varias décadas atrás generalmente perpetua en lo oculto, la denuncia de la servidumbre corporal va de la mano con un reconocimiento por la sexuación; las nuevas luchas feministas nos han demostrado la necesidad de reflexión sobre la condición femenina contemporánea, se admite que el género es tanto un constructo como una carga social y dicha sexuación es un problema a resolver o una batalla a librar.

Camille Froidevaux-Metterie alude a la reflexión sobre la singularidad sexuada, ya que ayuda definir la construcción de uno mismo y es por el que tomamos decisiones sobre nuestro futuro corporal, generando apropiación reflexiva de delimitaciones biológicas y culturales como el sexo y el género. Particularmente para las mujeres contemporáneas que entendiendo la idea de “Tras haber sido únicamente cuerpos durante siglos, subyugadas a los hombres y a la naturaleza...” (2020, p. 9) la perspectiva de asumir la libertad en todos los ámbitos del cuerpo, aporta a la elección de interiorizar o completamente rechazar las normas de género impuestas por la sociedad y va de la mano con el sufrimiento simultáneo de una presión para conformarse por las normas establecidas o el miedo de la libertad de ser en un plano social que impone la asignación de roles de género.

Es mediante el poder que se producen distintas normas culturales que operan de manera visible y discreta por medio de mecanismos y relaciones sociales que forman la construcción de la belleza física, a través de la vigilancia, el disciplinamiento y la regularización de dichas reglas que logran institucionalizar el cuerpo. Este poder se extiende a las prácticas cotidianas, donde llegado un punto se vuelve invisible, perpetuando e internalizando ideales de belleza.

De esta manera es que los estándares de belleza física terminan siendo un proceso de normalización, donde los cuerpos son los que se deben ajustar a la sociedad y sus ideales

de lo que es considerado bello reforzando de esta manera las relaciones de poder, pues de cierta forma se le permite a otros sujetos ejercer un control sobre cuerpos ajenos, en específico en los cuerpos de las mujeres.

Siguiendo este camino, Mónica Saldaña (2017) en su investigación sobre el cuerpo femenino nos da una visión sobre cómo el sistema capitalista donde vivimos en la actualidad se entrelaza con el amoldamiento de estos cuerpos, nos explica cómo en la actualidad, esta apariencia física se ha convertido en un criterio fundamental para la aprobación o el rechazo social. Los cuerpos se han transformado en un proyecto individual que debe ser constantemente moldeado para ajustarse a los estándares hegemónicos de belleza. Adentrándose a lógicas de consumo del sistema capitalista, donde el cuerpo ideal se construye a partir de mercancías, servicios y tecnologías especializadas.

La abundancia de servicios y productos destinados a embellecer, corregir o transformar el cuerpo refleja no solo una obsesión contemporánea con la imagen, sino también la forma en que el capitalismo ha colonizado incluso la identidad del sujeto, en este caso, su cuerpo. Dentro de este contexto, el cuerpo no es un valor personal, sino un “objeto” que se puede vender y jerárquicamente determina quién es visible dentro del sistema y quién es excluido.

A la par de esta idea encontramos a Marcela Flores (2021) la cual aborda cómo se han construido los estándares de belleza hegemónicos donde muchos de los ideales que tenemos se han ido transformando gradualmente hasta llegar a las ideas que se tienen hoy en día y como cada imagen corporal está relacionada a una estructura social aún más compleja; los ideales de belleza femenina han experimentado transformaciones importantes dependiendo de los contextos sociales y culturales.

La noción de belleza hegemónica se construye sobre bases coloniales, binarias y profundamente influenciadas por la lógica del consumo. Este ideal impone un modelo corporal específico que se presenta como sinónimo de salud, éxito y valor social. Se privilegia un tipo de cuerpo delgado, tonificado, con proporciones consideradas "perfectas" en caderas, cintura, busto y glúteos. Además, este ideal estético excluye la diversidad al asociar la belleza con pieles tersas, sin signos de envejecimiento, y frecuentemente blancas, reproduciendo así patrones discriminatorios y excluyentes que refuerzan jerarquías sociales

preexistentes. El mismo ideal de delgadez se considera una presión indirecta que empuja a las mujeres a lograr el ideal y les hace pensar que la delgadez es sinónimo de feminidad (Setiadi y Risnawaty, 2021)

La belleza también se difunde a través de la industria estética, que utiliza los medios de comunicación y las redes sociales para promover este estándar como una cualidad inherente al ser humano. En este contexto, las personas que se ajustan a dicho ideal son percibidas como más exitosas, saludables y valiosas socialmente. Esto impulsa una búsqueda constante de la perfección corporal, motivada por el deseo de alcanzar ese ideal y fortalecer la autoestima, lo cual se persigue mediante el ejercicio físico, el consumo de medicamentos, cirugías y diversos procedimientos estéticos (Ortiz, 2013).

El cuerpo es visto como un territorio político donde cualquiera puede dar una opinión, se sexualiza su estructura y se llega a comercializar esta idea hegemónica creada por los grandes sistemas como lo es Hollywood, donde en el siglo XX se desarrolla y se viraliza esta imagen donde se representa a la mujer “perfecta” que es blanca, rubia y con un cuerpo delgado, esto siendo un ejemplo perfecto de belleza hegemónica, se olvida que hay un alguien que habita ese cuerpo y se le deshumaniza para convertirlos en objetos, se le ejerce una presión a las mujeres que se vuelve inconsciente debido a la normalización de todas estas imposiciones que han traspasado varias generaciones. Sin embargo, hoy en día esos discursos se tambalean y se comienza a salir cada vez más de este círculo que encasilla a un solo tipo de “belleza”.

Paola Sanchez (2024) menciona en su artículo *Construcción psicosocial del cuerpo femenino desde una perspectiva de género*, de lo importante que es sentirse atractivas, Sanchez coincide en que la valoración social de las mujeres es influenciada en gran parte por su imagen corporal, al menos en el mundo occidental, los sentimientos y la confianza también juega un papel importante en su auto imagen corporal. Por lo que los discursos de control de la sociedad claro que permean en el cómo ellas se perciben, y más aún si estas mujeres han atravesado por una mastectomía o incluso una cirugía torácica mayor. Ambos procedimientos alteran el cuerpo de las mujeres y pueden afectar en la confianza y en las emociones de ellas mismas.

Duelo

El duelo en relación al cuerpo femenino es un fenómeno multifacético que va más allá de la simple pérdida física o estética. Cuando una mujer enfrenta una transformación corporal significativa, ya sea por una enfermedad, una intervención quirúrgica grave, o cualquier alteración visible, se desencadena un proceso de duelo que involucra dimensiones físicas, emocionales, sociales y culturales.

Rolland (1995) aporta una visión integral del duelo en contextos de enfermedad y discapacidad, enfocándose en cómo estos procesos impactan no sólo al individuo, sino también a su entorno familiar y social. Para Rolland, el duelo no es un proceso lineal ni exclusivamente individual, sino un entramado dinámico que involucra adaptación, comunicación y acompañamiento en red. En el caso de las mujeres, esto implica reconocer cómo la transformación del cuerpo se inscribe dentro de un contexto social que impone ciertos ideales de belleza y feminidad, lo que puede dificultar la aceptación y aumentar el sufrimiento emocional.

La pérdida o alteración del cuerpo, en este sentido, puede afectar profundamente la identidad y la autoestima. La imagen corporal, como se ha mencionado, es una construcción subjetiva y socialmente influenciada que, cuando se ve alterada, puede generar una sensación de desarraigo o fragmentación de la propia identidad. El cuerpo, que tradicionalmente ha sido concebido como un medio para expresar feminidad y ser aceptado socialmente, se convierte en un espacio de conflicto y duelo.

Rolland (1995) explica que el proceso de duelo comprende diversas fases emocionales, que van desde la negación inicial frente al cambio o la pérdida, atravesando sentimientos de dolor y tristeza, hasta llegar a una aceptación que permite resignificar la experiencia vivida. Sin embargo, estas etapas no siguen un orden rígido y pueden superponerse o repetirse, dependiendo de las circunstancias y del apoyo que reciba la persona. En el caso de las mujeres, estas experiencias emocionales pueden verse intensificadas por las presiones sociales que exigen ajustarse a un ideal estético, lo que introduce una complejidad adicional en el proceso de afrontamiento y elaboración de la pérdida.

Además, Rolland subraya la importancia del sistema de apoyo social y familiar durante el duelo. La comunicación abierta, la empatía y el acompañamiento pueden facilitar la reconstrucción del sentido del yo y la significación del cuerpo modificado. En este sentido, la interacción con otros es fundamental para transformar la experiencia del duelo en una oportunidad de crecimiento y empoderamiento, permitiendo a la mujer recuperar el control y la autonomía sobre su cuerpo y su imagen.

Desde una perspectiva psicosocial, es imprescindible reconocer que el duelo corporal femenino no ocurre en el vacío, sino en un marco donde los estereotipos de género y belleza dominan la narrativa social. Las mujeres que experimentan pérdidas corporales deben enfrentar no solo su duelo personal, sino también el estigma y la posible marginación social por no ajustarse a los estándares hegemónicos. Por lo tanto, el proceso de duelo también implica una lucha contra estas presiones y la búsqueda de una nueva identidad corporal libre de imposiciones externas.

El acompañamiento profesional y comunitario debe considerar estas dimensiones, promoviendo espacios seguros para la expresión emocional, la validación del sufrimiento y la exploración de nuevas formas de feminidad y autocuidado. Solo a través de una comprensión holística y sensible del duelo, que incluya la crítica a los modelos sociales de belleza, se puede apoyar verdaderamente a las mujeres en la reconstrucción de su imagen corporal y su autoestima.

Finalmente, integrar el enfoque de Rolland (1995) en la reflexión sobre el duelo femenino permite visibilizar la importancia de la red de apoyo, la comunicación y la validación emocional para transitar un proceso de duelo que no solo sea de pérdida, sino también de transformación y liberación.

Redes de apoyo: el acompañamiento y la cosmovisión

Cuando se habla de enfermedades surge un papel muy importante que interviene en el proceso personal de la persona enferma, el acompañamiento emocional y psicológico funge un papel en el atravesamiento de las personas con su enfermedad. Las redes de apoyo proporcionan un espacio amortiguador, donde con ayuda de un otro se pueden

satisfacer algunas necesidades tanto básicas, como la seguridad, la pertenencia o la identidad, o incluso necesidades que se convierten en actividades que en solitario no se podrían realizar, como el poder bañarse solas después de atravesar una cirugía de de tórax o seno.

Alfonso Fachado, *et. al.* (2009) nos habla en su tesis sobre las redes de apoyo y el elemento fundamental que el acompañamiento implica en los procesos de adaptación y aceptación en los resultados de enfermedades crónicas, donde la interacción con alguien durante procesos complicados es clave para evitar efectos psicológicos adversos.

Como se puede observar, se trata de un concepto complejo, ambiguo, multidimensional y sujeto a diferentes interpretaciones en el que se mezclan diversos aspectos que tienen relación con redes sociales, vínculos familiares, integración social, estado civil, clase social o asistencia a los oficios religiosos (Fachado, 2009, p. 118).

En esta investigación se establecen distintos mecanismos para poder llevar a cabo un acompañamiento en los temas de salud, que en ocasiones son debatidas entre investigadores, pues ¿cómo puede dividirse en distintos tipos el acompañamiento?. Sin embargo, sea cual sea el tipo de apoyo surge un efecto, que va desde el control en el nivel de estrés manejado en los pacientes, hasta el atenuar el impacto de la enfermedad.

Las distintas redes de apoyo se clasifican en *naturales*: familia, amigos, compañeros de trabajo y *organizadas*: grupos de apoyo, personal médico, voluntariado institucional, ayuda profesional (Fachado, 2009). Siendo la familia aquella que en el mayor de los casos es la principal fuente de apoyo, debido al hecho de que un miembro de la familia se encuentre enfermo y no disponible, puede alterar el funcionamiento general de la familia. Por ejemplo, si una madre que es la principal proveedora del hogar enferma gravemente se verá obligada a dejar de lado ciertas actividades laborales debido a su salud, lo cual se vería reflejado en los ingresos económicos de la familia.

Aunque es bien sabido que en algunos contextos la familia puede no ser el principal acompañante en estos procesos debido a distintos elementos, por lo que se puede llegar a recurrir a las creencias propias de cada persona como medida principal de apoyo, lo que

podría verse ejemplificado con los casos de la mayoría de personas de la tercera edad, donde casi siempre cuando algún cercano convalece se recurre a lo que es la fé y religión.

Para Levi Strauss el pensamiento religioso posee una lógica rigurosa y es una forma distinta pero válida de organizar la experiencia. En su obra *Antropología Estructural* (1974) explora la eficacia simbólica de los mitos, que tienen como propósito reconciliar oposiciones, como ejemplo la vida o muerte, donde la narrativa se cristaliza en las personas y así se moldea una estructura de pensamiento que da un sentido a las experiencias.

Reflexiones:

La revisión del estado del arte ha permitido identificar cómo históricamente las mujeres se han ido construyendo como un objeto simbólico, político y disciplinado, sujeto a normativas sociales que dictan desde la forma en que deben de atravesar procesos complicados hasta su valor estético. La literatura analizada muestra que, aunque existen avances teóricos importantes sobre imagen corporal y feminidad, intervenciones médicas, redes de apoyo y duelo, persiste una fuerte tendencia a abordar estos temas desde una perspectiva biomédica o individualizante, dejando de lado las implicaciones culturales, emocionales y estructurales que afectan la experiencia femenina ante la transformación corporal.

Estos diversos estudios coinciden en que las mujeres que atraviesan cirugías invasivas, como la mastectomía o las intervenciones cardíacas, enfrentan no solo una pérdida física, sino un proceso complejo de duelo que toca dimensiones profundas de su identidad. La imagen corporal en estos casos no puede entenderse sólo como percepción visual o afectiva, sino como una construcción atravesada por discursos sociales sobre belleza, validez y feminidad. Estos discursos, tal como señalan autoras como Simone de Beauvoir y Judith Butler, imponen estándares corporales que excluyen a quienes no se ajustan a los ideales hegemónicos de juventud, delgadez y perfección estética.

Asimismo, desde los aportes de Rolland (1995), se vislumbra que el duelo asociado a la transformación del cuerpo no es un fenómeno lineal ni meramente individual. Es un proceso que se desarrolla en red, en interacción constante con el entorno familiar, social y cultural. Sin embargo, la literatura especializada aún no ha profundizado lo suficiente en la

especificidad del duelo femenino desde una mirada de género que considere cómo influyen las imposiciones estéticas, las desigualdades médicas y las violencias simbólicas en la vivencia subjetiva del cuerpo intervenido.

De igual manera, se logra resaltar la importancia de un acompañamiento emocional y psicológico en enfermedades de esta gravedad pues, en tanto sujetos constituidos en lo social, se necesita del apoyo de un otro para el recuperación físico y mental de las mujeres.

Resulta fundamental poner en manifiesto la necesidad de investigaciones que analicen cómo las mujeres desarrollan procesos de agencia, resistencia y autocuidado en un contexto social que a menudo limita la diversidad corporal y la autonomía personal.

También se identifican vacíos en el análisis interseccional de estas experiencias. La mayoría de los estudios revisados tienden a universalizar la experiencia del cuerpo femenino sin considerar variables como clase social, edad, orientación sexual o pertenencia étnica, factores que condicionan profundamente tanto el acceso a los servicios médicos como las formas de vivir y procesar la transformación corporal.

Finalmente, este recorrido por el estado del arte evidencia que la imagen corporal, en el caso de las mujeres, tiene una carga cultural y simbólica especialmente intensa, que se vuelve aún más crítica cuando el cuerpo se transforma por razones médicas. Sin embargo, no es la única dimensión que interviene en sus experiencias, resaltan otros que se colocan a la par de la importancia de la imagen corporal. El cuerpo femenino se convierte entonces en un territorio donde convergen el poder médico, los discursos patriarcales, las exigencias estéticas y las prácticas sociales de exclusión. Ante este escenario, resulta fundamental seguir profundizando en investigaciones que visibilicen las narrativas de las mujeres, promuevan el reconocimiento de la diversidad corporal y construyan espacios de cuidado, diálogo y acompañamiento emocional que permitan dar lugar a las experiencia de duelo no solo como pérdida, sino también como posibilidad de transformación y liberación.

Contextualización del terreno de intervención.

El acercamiento al campo se realizó mediante dos vías distintas, atendiendo a particularidades de cada grupo de mujeres.

Durante nuestra introducción al campo nos encontramos con ciertas dificultades, mientras que en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez nuestra compañera logró ingresar para realizar su servicio social, en las organizaciones e instituciones que teníamos pensadas adentrarnos para interactuar con mujeres que han atravesado cáncer de mama se nos complicó el acceso, por lo que debimos focalizar de forma externa a mujeres que cumplieran con las características que la investigación requería.

Antes de iniciar nuestras intervenciones planeábamos realizar historias de vida pero al ponerlo en perspectiva nos dimos cuenta que podría volverse algo complicado de llevar a cabo, debido a que en el caso de las mujeres con cardiopatías el tema de los tiempos era un inconveniente ya que la mayoría de ellas se encontraban ingresadas de forma pasajera en el hospital, para después regresar a sus hogares en otros estados del país y era más complicado conectar con las mujeres que vivían en la Ciudad de México o que podían permitirse prolongar su estadía una vez dadas de alta, por lo que al menos con ellas las historias de vida serían en una sola intervención o por partes, situación que vimos poco favorable, y no sabíamos si ellas más adelante tendrían la disposición debido a los tiempos y traslados que manejaban.

Al notar esta situación, optamos por cambiar de historias de vida a entrevistas semi-estructuradas con preguntas abiertas, y más allá de que ellas lo vieran como una entrevista, buscábamos que lo sintieran como una plática donde ellas podían hablarnos de esto que las trastocaba.

Las entrevistas que llevamos a cabo se realizaron entre finales de octubre del 2025 y principios de febrero del 2026, con una duración aproximadamente de 45 a 90 minutos.

A lo largo de las narrativas que tuvimos la oportunidad de escuchar, se desencadenaron múltiples reflexiones que afectaron la manera en que comprendíamos tanto a las mujeres y

sus contextos como al propio proyecto. Nos dimos cuenta que teóricamente no estábamos abarcando lo suficiente como para incluir cada una de las experiencias contadas, ya que sus relatos nos orillaron a replantear tanto nuestras preguntas como nuestros propios alcances.

Es así como la reflexión sobre ¿para quién estamos haciendo esta investigación? se volvió central. Desde ahí comenzamos a reconstruir nuestros avances, reconociendo el impacto tanto emocional como ético que nos causó escuchar lo difícil y retador que puede ser atravesar estos procesos donde conviven con la fuerza, la resiliencia y las distintas filosofías de vida que las mujeres elaboran después de enfrentarlos. Comprendimos también que, aunque las enfermedades que enfrentan no se clasifican formalmente como discapacidades, sí generan limitaciones que afectan su vida cotidiana, restringen su movilidad y, en muchos casos, las colocan en situaciones de dependencia de otras personas. Para varios integrantes del equipo fue la primera vez que nos detuvimos a pensar en las implicaciones corporales, emocionales y sociales de vivir con estos diagnósticos, generando un impacto significativo en la manera en que concebimos la enfermedad.

Es así como cada entrevista que hemos realizado nos ofrece fragmentos valiosos para el análisis y, al mismo tiempo, nos recuerda la importancia de habilitar espacios donde estas mujeres pueden narrarse, escucharse y permitirse sentir lo que han atravesado. Aunque sea por un periodo breve, confiamos en que este ejercicio de escucha acompañada se vuelve parte significativa del proceso.

Participantes.

Orquídea (28 años): Originaria de Acapulco, Guerrero, reside actualmente en la Ciudad de México. Es estudiante de la licenciatura en criminología, criminalística y técnicas judiciales y trabaja en una empresa de telefonía. Su experiencia se relaciona con un diagnóstico de cáncer de mama y una mastectomía; al momento de la entrevista se encontraba en etapa de seguimiento médico tras haber concluido el tratamiento principal.

Peonía (25 años): Estudiante de psicología. Desde la adolescencia ha atravesado múltiples cirugías torácicas debido a su diagnóstico de *pectus excavatum* y una cardiopatía congénita. Hace aproximadamente siete años fue sometida a una cirugía a corazón abierto.

Margarita (65 años): Bióloga marina y tanatóloga. Su experiencia está marcada por un cáncer de mama agresivo que implicó un proceso médico prolongado.

Jazmín (31 años): Artista plástica y trabajadora en una empresa de telefonía. Al momento de la entrevista se encontraba en remisión tras un diagnóstico de cáncer de mama y haber atravesado una mastectomía, continuaba en tratamiento hormonal durante cinco años como medida preventiva para evitar una recaída.

Lavanda (57 años): Comunicóloga con maestría en Comunicación y Tecnologías Educativas. Actualmente trabaja en programas de educación a distancia. Fue diagnosticada con cáncer de mama y atravesó una mastectomía radical; el tratamiento se realizó de forma relativamente rápida con el objetivo de erradicar el tumor.

Girasol (52 años): Originaria de Uruapan, Michoacán. Es madre de cuatro jóvenes y actualmente no se encuentra laboralmente activa debido a su condición cardíaca. Antes de que su estado de salud se deteriorara trabajó como gestora y también administró una cocina económica y una pollería. Fue diagnosticada con una cardiopatía congénita y se sometió a una cirugía cardíaca mayor a corazón abierto, la cual resultó exitosa.

Marina (46 años): Originaria de Pachuca, Hidalgo, es madre de una joven de 17 años. Vive con una cardiopatía congénita desde su nacimiento. A lo largo de su vida ha atravesado tres cirugías cardíacas, tras esta última intervención presentó síntomas graves que generaron sospecha de endocarditis, por lo que actualmente continúa en seguimiento médico. Debido a su condición de salud, su trayectoria laboral ha sido limitada y ha trabajado principalmente en restaurantes, hoteles y actividades relacionadas con la cocina. Al momento de realizar la entrevista salió el tema de la confidencialidad y ella nos comentó que no tenía problema con que se usará su nombre de pila o la codificación que se estaba usando, por lo que tomamos la decisión de que fuera la única integrante con la que utilizaremos su nombre.

Rosal (43 años): Originaria de una comunidad rural de Michoacán, aunque por periodos reside en Tijuana. Es ama de casa y también artesana, dedicándose al bordado y deshilado. Es madre de dos jóvenes y vive con ellos y con su esposo. Está diagnosticada con síndrome de Marfán con complicaciones cardiovasculares. Hace once años fue sometida a una cirugía

cardíaca y, al momento de la entrevista, se encontraba en espera de una segunda intervención debido a un aneurisma de aorta. Posteriormente a la entrevista, fue intervenida y dada de alta del hospital.

Corona de Cristo (54 años): Originaria de San Luis Potosí, actualmente reside en Ciudad Valles, es cultora de belleza, instructora de deportes y se dedica al comercio. Fué diagnosticada con una enfermedad cardíaca que requirió una cirugía de corazón abierto.

Metodología

Esta investigación se desarrolla desde un enfoque cualitativo, que permite explorar en profundidad los significados subjetivos y simbólicos que las mujeres atribuyen a su cuerpo y a su vida tras una intervención quirúrgica. El método cualitativo es particularmente adecuado para comprender fenómenos complejos que involucran aspectos emocionales, identitarios y simbólicos que no pueden ser reducidos a variables cuantificables (Flick, 2012; Taylor & Bogdan, 1994).

Como señalan Taylor y Bogdan (1994), este enfoque permite comprender la realidad desde la perspectiva de los propios actores sociales, centrándose en los significados que estos otorgan a sus vivencias. En este sentido, es una herramienta adecuada para investigar cómo las mujeres significan su cuerpo, feminidad e identidad en un contexto que impone ideales hegemónicos de belleza y salud.

La fenomenología permite, por tanto, acceder al sentido profundo que las participantes atribuyen a sus transformaciones corporales, entendiendo al cuerpo no sólo como un objeto físico, sino como un lugar de experiencia, identidad, deseo y dolor.

“El objetivo es captar cómo las personas experimentan un fenómeno determinado, accediendo a sus vivencias y significados subjetivos” (van Manen, 1990, p. 9).

Asimismo, el estudio retoma los aportes de los feminismos corporales y críticos que desde autoras como Rita Segato y Silvia Federici, han mostrado que el cuerpo es un territorio

atravesado por relaciones de género, poder y desigualdad. Segato (2003, 2016) propone que el cuerpo funciona como un espacio político donde se inscriben mandatos y violencias estructurales, mientras que Federici (2004, 2019) evidencia cómo los cuerpos feminizados han sido históricamente disciplinados y explotados dentro de lógicas capitalistas y patriarcales.

Estos enfoques permiten comprender la experiencia corporal no sólo como un fenómeno individual, sino como una vivencia situada en coordenadas sociales, históricas y económicas específicas.

Diseño de investigación

El diseño utilizado es un estudio cualitativo de tipo interpretativo-fenomenológico, orientado a reconstruir la experiencia vivida del cuerpo enfermo y transformado.

Este diseño combina:

- **Entrevistas semiestructuradas** en profundidad.
- **Diarios de campo** realizados durante el proceso de acercamiento, interacción y observación.
- **Reflexividad continua** respecto al rol de los investigadores y las dinámicas relacionales con las participantes.
- **Técnica de bola de nieve/cadena.**

Técnicas de producción de información

- **Entrevistas semiestructuradas**

La principal técnica de recolección de información será la entrevista en profundidad de tipo semiestructurada, que permite el acceso a narrativas personales, emociones, recuerdos y reflexiones difíciles de obtener mediante métodos estructurados. Esta herramienta facilita una conversación flexible, que respeta el ritmo y singularidad de cada participante, pero guiada por ejes temáticos definidos (Vilar, 2019; Kvale, 2011).

“La entrevista cualitativa es una conversación con un propósito: comprender el significado de las experiencias desde la perspectiva del entrevistado” (Kvale, 2011, p. 12).

Las entrevistas fueron realizadas de forma individual, grabadas con previo consentimiento, y luego transcritas para su posterior análisis. El guión incluyó preguntas abiertas sobre seis ejes temáticos clave: percepción corporal antes y después de la cirugía, significación de los estándares de belleza, duelo por el diagnóstico, impacto emocional, redes de apoyo y reconstrucción identitaria. Sin embargo, se dio prioridad a la propia experiencia de cada mujer, y se daba seguimiento en los temas que ellas iban mencionando.

En total se realizaron **9 entrevistas**: cuatro a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y cinco a mujeres con cardiopatías.

- **Diarios de campo**

De acuerdo con Robert Emerson (2011) una parte fundamental que como investigadores se debe llevar a cabo son las notas/diarios de campo, debido a que a través de la escritura se permite fijar las secuencias de flujo de las ideas y da pie a un orden.

Las notas de campo tienen distintos enfoques de uso, distintas formas de escribirse e incluso distinta temporalidad para elaborarse, además deben de ser selectivas, sin ofrecer registros completos y serán descripciones de personas, escenas, diálogos y reacciones.

A su vez, algunos incluyen notas mentales, anotaciones que destacan algo principal, cada investigador las realizará adaptándolas a un estilo propio, pero estas tendrán la misma función, ya que en ellas también se dejarán los sentimientos y emociones de los mismos investigadores. Las notas de campo son fundamentales para el desarrollo analítico y la construcción de textos etnográficos, hay quienes las ven como el punto de partida de la investigación.

Debido a esto es que se elaboraron diarios de campo durante el proceso de acercamiento, las conversaciones iniciales, las situaciones observadas en hospital y en encuentros personales. Los diarios contienen:

- Observaciones contextuales.
- Reacciones emocionales de las participantes.
- Reflexiones de los investigadores.
- Situaciones significativas no capturadas por las entrevistas.

Los diarios varían en extensión, pero todos aportan información clave para comprender el tono afectivo del encuentro, la disposición narrativa y el entorno en el que emergen las experiencias corporales.

- **Técnica de bola de nieve/cadena**

El uso de esta herramienta es utilizada en su mayoría por las investigaciones cualitativas, Roberto Hernández- Sampieri (2005) define esta técnica como un apoyo para identificar a participantes difíciles de localizar, con experiencias específicas o con características similares a las requeridas, ya sea por medio de contactos externos o contactos de las mismas participantes, esto con el fin de ampliar la información y análisis de una investigación

En esta investigación se hizo uso de esta herramienta para localizar específicamente a participantes de cáncer de mama, esto debido a las complicaciones que se tuvieron para poder ingresar a las instituciones pesadas en este sector.

Consideraciones éticas

La investigación cumplió con principios de respeto, autonomía y cuidado.

Consentimiento informado: Todas las participantes recibieron información clara sobre los objetivos, procedimientos y posibilidades emocionales de la investigación. Aceptaron participar de forma voluntaria.

Confidencialidad: Los nombres fueron reemplazados por nombres clave, exceptuando el nombre de una de las participantes y se resguardó toda la información de manera segura.

Cuidado emocional: Dado que se abordan temas sensibles (cuerpo, pérdida, dolor, cicatrices, duelo, identidad), se mantuvo una postura empática, sin presión narrativa y con posibilidad de detener o posponer la entrevista.

Reflexividad: Los investigadores registraron sus propias reacciones, dudas y posicionamientos, reconociendo que su presencia afecta el campo y que las experiencias corporales se construyen también en el encuentro.

Estrategias de análisis

El análisis se realizó mediante un proceso de **codificación temática y fenomenológica**, que incluyó:

1. **Lectura profunda** de entrevistas y diarios de campo.
2. **Codificación abierta**, agrupando fragmentos relacionados con: instituciones, cuerpo, duelo, dolor, feminidad, identidad, cirugía, cicatrices, mirada social, miedo, redes de apoyo, etc.
3. **Construcción de categorías y ejes temáticos.**
4. **Interpretación fenomenológica**, centrada en cómo cada mujer vive, siente y narra su cuerpo.

Marco teórico y análisis de la información obtenida

Los presentes capítulos analizan a profundidad los relatos recabados de las participantes nombradas bajo los pseudónimos de Orquídea, Peonía, Margarita, Jazmín, Lavanda, Girasol, Rosal, Corona de Cristo y Marina. Este análisis se organiza en torno a cuatro ejes temáticos que permiten comprender la complejidad de la experiencia de enfermedad y los efectos de la intervención médica sobre la corporalidad y la vida cotidiana de las mujeres.

El análisis de las entrevistas se organiza en cuatro ejes temáticos que permiten comprender de manera integral las experiencias narradas por ellas. En primer lugar, **“El cuerpo intervenido como territorio político”** examina cómo las intervenciones médicas, las normas sociales y los discursos sobre feminidad y salud se entrecruzan en el cuerpo de las mujeres, configurándolo como un espacio donde operan dinámicas de control, vigilancia y

resignificación. En segundo lugar, **“Experiencia de la enfermedad”** aborda el proceso de enfermar, considerando el impacto del diagnóstico, el dolor físico, la fatiga y las transformaciones corporales, emocionales y sociales asociadas a los tratamientos. El tercer eje, **“Desigualdades estructurales y acceso al sistema de salud”**, analiza cómo ámbitos institucionales, económicos y socioculturales influyen en las trayectorias de atención médica y en las posibilidades de recuperación. Finalmente, **“Redes de apoyo, vínculos afectivos y sostén emocional”** explora el papel de la familia, la pareja, las amistades y otras formas de acompañamiento como elementos fundamentales para atravesar la vulnerabilidad y resignificar la experiencia del cuerpo intervenido.

Capítulo 1. El cuerpo intervenido como territorio político

Para analizar las experiencias de enfermedad y las intervenciones médicas que atraviesan las mujeres, resulta necesario partir de una concepción del cuerpo que vaya más allá de su dimensión puramente biológica. Desde diversas perspectivas feministas y críticas, el cuerpo puede comprenderse como un territorio social, histórico y político, es decir, como un espacio donde se inscriben relaciones de poder, normas culturales, discursos institucionales y experiencias subjetivas. En este sentido, el cuerpo no constituye únicamente un soporte material de la vida, sino también un lugar donde se producen significados relacionados con la identidad, el género, la salud y la enfermedad.

El concepto de cuerpo como territorio permite reconocer que la corporalidad está atravesada por múltiples procesos sociales que regulan la forma en que las personas viven y comprenden su propio cuerpo (Beauvoir, 1949; Butler, 1990; Bartky, 1990). En el caso de las mujeres, estos procesos han estado históricamente vinculados a la construcción social de la feminidad, así como a la regulación de la sexualidad, la reproducción y la apariencia física.

Desde esta perspectiva, el análisis de las entrevistas permite comprender el cuerpo intervenido como un espacio donde se articulan múltiples relaciones de poder y significados sociales.

1.1 El cuerpo femenino como construcción social

Uno de los planteamientos fundamentales para comprender la forma en que se construye socialmente el cuerpo femenino es el desarrollado por Simone de Beauvoir, quien sostiene que la feminidad no constituye una condición natural o biológica, sino el resultado de un proceso histórico, cultural y social. En su obra *El segundo sexo*, Beauvoir afirma que “no se nace mujer: se llega a serlo” (1949, p. 371), señalando con ello que la identidad femenina no surge de manera espontánea a partir de la biología, sino que se configura progresivamente a través de procesos de socialización, expectativas culturales, normas sociales y estructuras de poder que moldean la experiencia corporal de las mujeres a lo largo de sus vidas. Desde esta perspectiva, el cuerpo femenino no puede comprenderse como una realidad fija, natural o universal, sino como una experiencia situada que adquiere significado dentro de contextos sociales específicos que definen qué significa ser mujer y cómo debe presentarse el cuerpo femenino en el espacio público y privado.

En esta misma línea, Beauvoir sostiene que “el cuerpo no es una cosa, es una situación” (1949, p. 63), lo cual implica que la corporalidad no puede reducirse a su dimensión biológica o anatómica. Por el contrario, el cuerpo constituye una experiencia vivida que se encuentra profundamente atravesada por las condiciones sociales, culturales y simbólicas en las que se desarrolla la vida de las personas. De esta manera, la forma en que las mujeres experimentan su propio cuerpo está mediada por normas culturales que definen cuáles son los rasgos corporales asociados a la feminidad, qué características se consideran socialmente deseables y qué transformaciones corporales pueden llegar a ser percibidas como desviaciones respecto de esos ideales. En este sentido, el cuerpo femenino se convierte en un espacio donde se inscriben significados sociales, expectativas de género y jerarquías simbólicas que regulan la forma en que las mujeres deben habitar su corporalidad.

Uno de los elementos que aparece con mayor claridad en los testimonios de las mujeres es la manera en que determinadas características corporales, particularmente el seno o el cabello, funcionan como marcadores sociales de feminidad. Estos elementos no sólo cumplen una función fisiológica dentro del cuerpo, sino que adquieren un valor simbólico que los vincula con representaciones culturales sobre lo que significa ser mujer. Cuando estos rasgos corporales se ven modificados como consecuencia de procesos médicos,

cirugías invasivas o tratamientos prolongados, se pone en evidencia que dichos elementos están profundamente cargados de significados culturales que exceden su dimensión biológica.

Esta dimensión simbólica se observa claramente en el testimonio de Orquídea, quien al reflexionar sobre la pérdida de uno de sus senos señala: “no es tanto que me falte el seno, sino lo que implica el no tenerlo”(Fragmento recuperado de entrevista a Orquídea, p. 11). Esta afirmación resulta particularmente significativa porque evidencia que la ausencia del seno no se experimenta únicamente como una modificación corporal o anatómica, sino como una transformación en los significados sociales asociados al cuerpo femenino. En su relato, la pérdida del seno adquiere relevancia no tanto por su dimensión física, sino por las implicaciones simbólicas que tiene en relación con las normas sociales que vinculan el pecho femenino con la feminidad, la sexualidad y la identidad de género.

De manera similar, Margarita señala en su testimonio que “el seno a fin de cuentas es algo muy representativo de la feminidad [...] entonces pues es complicado” (Fragmento recuperado de entrevista a Margarita, p. 4). Esta frase refleja cómo ciertos elementos del cuerpo femenino adquieren una carga simbólica particularmente fuerte dentro de la cultura, convirtiéndose en signos visibles que permiten identificar y reconocer la feminidad dentro de determinados marcos sociales. En ambos relatos, el seno aparece no sólo como una parte del cuerpo, sino como un símbolo culturalmente asociado con la identidad femenina, lo cual explica por qué su pérdida puede generar experiencias complejas de reconfiguración corporal e identitaria.

Los testimonios de Orquídea y Margarita permiten observar cómo las transformaciones físicas derivadas de procesos médicos no sólo modifican el cuerpo desde un punto de vista biológico, sino que también interpelan las representaciones culturales que estructuran la experiencia de la feminidad. En este sentido, la pérdida del seno no puede comprenderse únicamente como el resultado de una intervención quirúrgica, sino como un acontecimiento que pone en tensión los significados sociales que históricamente han sido atribuidos al cuerpo femenino.

Dichas narrativas dialogan directamente con los planteamientos de Beauvoir (1949) al enfatizar que la feminidad no constituye una esencia natural, sino una construcción social que se produce a través de procesos históricos y culturales. Desde esta perspectiva, el cuerpo femenino se convierte en un espacio donde se materializan normas sociales que establecen qué cuerpos son considerados completos, normales o deseables dentro de una determinada sociedad. Cuando estos parámetros se ven alterados, como ocurre en el caso de las intervenciones médicas o de la enfermedad, se revela con mayor claridad el carácter socialmente construido de dichos significados.

Esta perspectiva es desarrollada posteriormente por Judith Butler, quien amplía el análisis sobre la construcción social del género al plantear que éste no constituye una esencia natural o fija, sino una construcción que se produce mediante prácticas sociales reiteradas. En su obra *El género en disputa*, Butler sostiene que el género se constituye a través de actos performativos que se repiten de manera constante en el tiempo y que terminan por producir la apariencia de una identidad estable. En este sentido, afirma que “el género es una identidad tenuemente constituida en el tiempo, instituida mediante una repetición estilizada de actos” (1990, p. 272).

Las experiencias de las mujeres también reflejan lo que Butler describe como la dimensión performativa del género. A través de prácticas cotidianas como la forma de vestir, el uso de determinados accesorios, el cuidado del cabello o la manera de presentar el cuerpo en el espacio público, las mujeres reproducen constantemente normas sociales asociadas a la feminidad. Sin embargo, cuando el cuerpo se transforma debido a la enfermedad o a las intervenciones médicas, algunos de los elementos corporales que sostienen estas prácticas se ven alterados, lo que puede generar experiencias de extrañamiento o de reconfiguración en la relación con el propio cuerpo.

En este sentido, las transformaciones físicas derivadas de la enfermedad no sólo modifican el cuerpo desde una perspectiva médica, sino que también pueden alterar las prácticas sociales a través de las cuales se produce y se reconoce la feminidad. La pérdida del seno, la caída del cabello o los cambios hormonales asociados a determinados tratamientos no sólo implican procesos fisiológicos, sino que también impactan las formas en que las mujeres

habitan su cuerpo, se relacionan con su imagen corporal y negocian su identidad dentro de un entramado social que otorga significados específicos a determinadas características físicas.

1.2 Mirada social, disciplinamiento y transformaciones del cuerpo femenino

Las normas de género no sólo se expresan a través de discursos o representaciones culturales sobre la feminidad, sino que también operan mediante procesos cotidianos de regulación y disciplinamiento del cuerpo. La construcción social de lo femenino implica una serie de prácticas, expectativas y controles que orientan la manera en que las mujeres habitan su corporalidad, cuidan su apariencia y se presentan ante los demás. Estas regulaciones no se imponen únicamente a través de mecanismos explícitos, sino que se reproducen en la vida cotidiana mediante hábitos, rutinas y formas de autocuidado que moldean el cuerpo femenino de acuerdo con determinados ideales sociales.

En esta línea, Sandra Lee Bartky (1990) señala que las expectativas sociales relacionadas con la feminidad se materializan en prácticas corporales orientadas a producir ciertos tipos de cuerpos femeninos. Actividades aparentemente cotidianas —como el control del peso, la postura, el arreglo personal o la vigilancia constante de la apariencia— forman parte de un entramado social más amplio que define qué cuerpos son considerados aceptables o deseables. Desde esta perspectiva, el disciplinamiento corporal constituye una forma de poder que produce cuerpos que han interiorizado las normas de feminidad y se ajustan a los estándares estéticos y conductuales socialmente establecidos. Estas disciplinas no sólo configuran la forma del cuerpo, sino también la manera en que éste se mueve, se presenta y ocupa el espacio.

A partir de este marco, es posible comprender que la regulación del cuerpo femenino no ocurre únicamente a través de instituciones formales, sino también mediante una vigilancia constante que atraviesa la vida cotidiana. Las mujeres aprenden desde edades tempranas a observar su propio cuerpo, evaluarlo y corregirlo en función de las expectativas sociales, lo que da lugar a formas de autocontrol que buscan mantener el cuerpo dentro de los parámetros considerados adecuados.

Estas dinámicas se vuelven particularmente visibles cuando el cuerpo ha sido transformado por la enfermedad o por intervenciones médicas invasivas. En estos contextos, los cambios físicos no sólo afectan la dimensión biológica, sino también la forma en que las mujeres perciben, habitan y significan su propia corporalidad. El cuerpo intervenido se convierte así en un espacio donde convergen la experiencia subjetiva de la enfermedad y las normas sociales que regulan la feminidad.

En el testimonio de Orquídea, la ausencia del seno no se experimenta únicamente como una modificación física, sino como una transformación en los significados culturales asociados a la feminidad: “no es tanto que me falte el seno, sino lo que implica no tenerlo” (p.11). Esta afirmación permite observar cómo ciertas partes del cuerpo adquieren un valor simbólico dentro de la construcción social de lo femenino. Como plantea Simone de Beauvoir (1949), la feminidad no es una condición natural, sino una identidad producida históricamente a través de normas y expectativas sociales. Desde esta perspectiva, el seno no representa únicamente un órgano corporal, sino un símbolo cargado de significados vinculados con la identidad de género.

De manera complementaria, Judith Butler (1990) propone que el género se constituye mediante la repetición de prácticas que producen la apariencia de una identidad estable. Cuando el cuerpo atraviesa transformaciones derivadas de la enfermedad o de intervenciones médicas, estas prácticas cotidianas pueden verse alteradas. Esto se refleja en el relato de Orquídea cuando describe cómo la mastectomía modificó aspectos aparentemente ordinarios de su vida, como la forma de vestir, al requerir el uso constante de prótesis. De este modo, la experiencia corporal evidencia su carácter profundamente social y normado.

Asimismo, las entrevistas muestran que el cuerpo intervenido se encuentra expuesto a una constante mirada social que evalúa la apariencia corporal. Orquídea relata que al salir sin prótesis percibe de inmediato la atención de otras personas: “la gente es muy fijada... se dan cuenta de que ‘nada más tiene una chichi’” (p.12). Esta experiencia pone de manifiesto cómo la diferencia corporal se vuelve visible y susceptible de ser señalada dentro del espacio público. En términos de Bartky (1990), esto refleja una condición en la que las mujeres viven

su cuerpo bajo una vigilancia constante, como si estuviera permanentemente expuesto a la evaluación de los otros.

Una situación similar se observa en el testimonio de Peonía, quien describe que, tras su cirugía, modificó su forma de vestir para evitar mostrar sus cicatrices, llegando incluso a guardar ciertas prendas. Este gesto evidencia cómo las transformaciones corporales inciden en las prácticas cotidianas de presentación del cuerpo. No obstante, su relato también muestra que la relación con el cuerpo no es estática. Con el tiempo, Peonía describe un proceso gradual de resignificación de su corporalidad, reconociendo que aceptar su cuerpo es un trabajo constante. Esto sugiere que la experiencia del cuerpo intervenido implica una negociación continua entre la vivencia personal y las expectativas sociales.

Las dinámicas de vigilancia y regulación no se limitan al espacio público, sino que también se reproducen en el ámbito familiar. En el caso de Peonía, la preocupación de su madre por la apariencia de la cicatriz durante la cirugía muestra cómo los mandatos estéticos asociados al cuerpo femenino se internalizan y se transmiten en los vínculos cercanos. La insistencia en mejorar la apariencia de la marca corporal refleja la centralidad de la estética en la construcción social de la feminidad, incluso en contextos de enfermedad.

Por otro lado, la mirada social sobre el cuerpo femenino no sólo se relaciona con aspectos estéticos, sino también con percepciones sobre la fortaleza o fragilidad corporal. En el testimonio de Rosal, las reacciones de otras personas frente a su recuperación tras una cirugía cardíaca evidencian cómo la apariencia física influye en la interpretación de la capacidad del cuerpo. La asociación entre delgadez y fragilidad muestra la persistencia de estereotipos que vinculan la feminidad con la debilidad física. Así, como señala Bartky (1990), las normas de feminidad no sólo regulan la apariencia, sino también las formas en que el cuerpo es percibido y valorado socialmente.

A estas dinámicas se suman las transformaciones en la imagen corporal derivadas de la enfermedad. En este sentido, los relatos muestran que las modificaciones físicas producen cambios significativos en la manera en que las mujeres perciben y habitan su propio cuerpo.

Estas transformaciones no se limitan a lo biológico, sino que implican una reconfiguración de la relación subjetiva con la corporalidad.

El testimonio de Margarita ilustra esta dimensión cuando describe la experiencia de perder el cabello durante la quimioterapia: “verte en el espejo sin pelo... no es fácil” (p.4). Este fragmento evidencia cómo las marcas visibles de la enfermedad pueden generar experiencias de extrañamiento frente al propio cuerpo, especialmente en contextos donde la apariencia ocupa un lugar central en la construcción de la feminidad.

En este sentido, las narrativas dialogan con los planteamientos de Françoise Dolto (1984), quien destaca la importancia de la imagen corporal en la construcción de la identidad psíquica. Cuando el cuerpo experimenta transformaciones significativas, puede producirse una ruptura con la imagen previa de sí misma, lo que implica un proceso de reorganización subjetiva para integrar estos cambios.

Desde una perspectiva histórica, Silvia Federici (2004) señala que el cuerpo de las mujeres ha sido uno de los principales terrenos de control social. En *Calibán y la bruja*, la autora muestra cómo, en el proceso de consolidación del capitalismo, el cuerpo femenino fue progresivamente disciplinado, regulado y subordinado a las necesidades de producción y reproducción social. Este control no se limitó al ámbito económico, sino que implicó también una regulación de la sexualidad, la reproducción y la autonomía corporal de las mujeres. Desde esta perspectiva, las transformaciones corporales derivadas de la enfermedad y de las intervenciones médicas no sólo afectan la experiencia individual, sino que también evidencian la continuidad de estos procesos históricos de regulación sobre el cuerpo femenino, en los que se disputan sentidos en torno a la vida, la salud y la corporalidad.

Sin embargo, estas transformaciones también pueden abrir espacios de resignificación. Desde los feminismos latinoamericanos, autoras como Rita Segato (2016) y Claudia Korol (2016) proponen comprender el cuerpo como un territorio donde se inscriben relaciones de poder, pero también como un espacio desde el cual pueden surgir procesos de resistencia. Esta dimensión aparece en el testimonio de Margarita cuando reflexiona sobre sus

cicatrices, señalando que, aunque no resultan agradables, adquieren sentido en tanto son prueba de su supervivencia.

En conjunto, los testimonios permiten comprender que el cuerpo femenino intervenido no es únicamente un objeto de intervención médica, sino un territorio complejo donde se entrecruzan normas de género, experiencias subjetivas y procesos de resignificación. La enfermedad no elimina los mandatos sociales sobre el cuerpo, sino que, en muchos casos, los hace más visibles. Sin embargo, también abre la posibilidad de reconstruir la relación con la propia corporalidad, resignificando las marcas del cuerpo como parte de una experiencia de vida que, lejos de reducirse a la pérdida, puede convertirse en una forma de afirmación y continuidad.

1.3 El cuerpo como superficie de intervención médica

Las entrevistas también evidencian la intensidad de las intervenciones médicas sobre el cuerpo enfermo. Las participantes describen múltiples procedimientos, tratamientos y decisiones clínicas que transforman profundamente su corporalidad. A través de cirugías, tratamientos farmacológicos, estudios y otros procedimientos, el cuerpo se convierte en el principal espacio donde se inscriben las prácticas médicas destinadas a controlar o erradicar la enfermedad.

Orquídea relata que durante su tratamiento “me retiraron la mama y me quitaron dos ganglios” (p.4), además de recibir varios ciclos de quimioterapia. En su caso, el tratamiento incluyó también un implante hormonal destinado a inducir una menopausia artificial, con el objetivo de reducir la producción de hormonas relacionadas con el desarrollo del cáncer. Este conjunto de intervenciones muestra cómo el tratamiento médico implica transformaciones profundas en el cuerpo, que van más allá de la extirpación del tumor e involucran procesos prolongados de modificación corporal.

Lavanda describe un proceso similar al relatar que el procedimiento diagnóstico resultó mucho más invasivo de lo esperado. En su testimonio señala: “lo que en un principio me habían explicado que era con una aguja y que me iba a dejar solo un par de días adolorida, me dejó casi tres semanas en convalecencia”. Posteriormente, el equipo médico le informó

que sería necesaria una “mastectomía radical [...] quitar todo lo posible para que no haya quedado ningún rastro, incluidos ganglios, incluido músculo”(p.4). Estas experiencias evidencian cómo los procedimientos médicos pueden implicar intervenciones extensas sobre el cuerpo, muchas veces más complejas o invasivas de lo que las pacientes imaginaban inicialmente.

En algunos relatos también aparecen momentos de tensión dentro de la relación médico-paciente, particularmente durante los procedimientos o en las interacciones con el personal de salud. Lavanda recuerda que durante un estudio médico una integrante del equipo médico le indicó: “se tiene que aguantar y no se mueva porque entonces va a estar peor” (p. 8).

Estos fragmentos permiten observar cómo, en ciertos contextos, las inquietudes de las pacientes pueden ser minimizadas frente a la prioridad médica de intervenir el cuerpo para preservar la vida.

“Y yo se lo llegué a preguntar, le dije: "Oiga, pero a ver, cuando dice que esto va a estar peor, entiendo que si va a estar peor, voy a perder el seno". Me dice: "Claro, ¿qué más?" Y yo: "¿Y hay posibilidad de hacer este tipo de reconstrucción?". Me dice: "Ay, señora, usted está muy preocupada por su estética, ¿verdad? Debería de preocuparse por su salud. No me haga esas preguntas.” (Fragmento recuperado de la entrevista a Lavanda, p. 9)

Estas experiencias evidencian cómo el cuerpo enfermo se convierte en una superficie de intervención médica intensiva. Desde la perspectiva de Michel Foucault (1947), estas prácticas pueden comprenderse como parte de los dispositivos de poder que operan en las sociedades modernas a través de saberes especializados como la medicina. Los diagnósticos, tratamientos y cirugías constituyen mecanismos mediante los cuales se regula la vida y la salud de los cuerpos.

En este sentido, Foucault (1947) sostiene que el poder en las sociedades modernas no opera únicamente mediante la coerción directa, sino también a través de la producción de saberes que definen lo que se considera normal, saludable o patológico. Desde esta perspectiva, los

cuerpos se convierten en objeto de procesos de disciplina que buscan hacerlos útiles, controlables y tratables dentro de los sistemas institucionales. A través de estos mecanismos, el cuerpo se transforma en un espacio donde se inscriben normas sociales que regulan la conducta, la sexualidad y la salud.

En algunos casos, las narrativas también evidencian relaciones de poder desiguales entre pacientes y profesionales de la salud. Margarita relata que el médico le planteó la decisión de la mastectomía en términos inmediatos:

“me dijo: “Pues vamos a operar, te vamos a quitar el seno.” y yo así de no pues es que lo tengo que pensar... y me dice: “Bueno pues tú decides... muerta con seno o viva sin seno y es ahorita, me firmas ahorita”[...] una amputación no te hace gracia, son muchas cosas y dices o sea dame chance de asimilarlo por lo menos, ¿no?, así empezó todo, todo el tiempo que estuvo el Centro médico así fue el trato todo el tiempo o sea me salvaron la vida y todo pero el trato fue... fatal” (Fragmento recuperado de la entrevista a Margarita, p. 2)

Este tipo de situaciones muestra cómo las decisiones médicas pueden producirse en contextos de presión institucional que limitan la capacidad de deliberación de las pacientes. Aunque la intervención médica se presenta como una decisión necesaria para preservar la vida, el modo en que se comunica y se gestiona esta decisión puede generar experiencias de vulnerabilidad o sensación de falta de control sobre el propio cuerpo.

En conjunto, estos testimonios permiten observar cómo el cuerpo enfermo no sólo es objeto de tratamientos destinados a restablecer la salud, sino también un espacio donde se despliegan relaciones de poder, saber y autoridad médica. De esta manera, el cuerpo intervenido se configura como un territorio en el que convergen la experiencia personal de la enfermedad, las decisiones clínicas y los dispositivos institucionales que regulan el cuidado de la vida.

1.4 El cuerpo como territorio de resistencia y resignificación

Las narrativas de las mujeres entrevistadas no sólo muestran experiencias de intervención médica y transformación corporal, sino también procesos de resignificación del propio cuerpo frente a la enfermedad. Aunque los diagnósticos y tratamientos implican momentos de vulnerabilidad, dolor e incertidumbre, los testimonios también revelan formas de agencia mediante las cuales las mujeres reinterpretan su corporalidad y reconstruyen su relación con el cuerpo intervenido.

Desde los feminismos latinoamericanos, diversas autoras han propuesto comprender el cuerpo como un territorio político. En esta línea, Claudia Korol (2016) plantea que el cuerpo constituye el primer territorio de disputa frente a las múltiples formas de dominación que atraviesan la vida social. Pensar el cuerpo como territorio implica reconocer que sobre él se inscriben normas sociales, relaciones de poder y mandatos de género, pero también que es un espacio desde el cual pueden surgir prácticas de resistencia, reapropiación y autonomía.

En las entrevistas analizadas, esta dimensión aparece con claridad cuando las mujeres describen procesos mediante los cuales reinterpretan las marcas físicas de la enfermedad. Por ejemplo, en el caso de Girasol, la cicatriz derivada de la cirugía cardíaca adquiere un significado profundamente distinto al que inicialmente podría esperarse. Lejos de ocultarla, ella la resignifica como un símbolo de supervivencia “Esta es la cicatriz de la mejor de mis batallas.” (Girasol, p.13)

Esta afirmación muestra cómo la marca corporal deja de representar únicamente la huella de una intervención médica para convertirse en un recordatorio de la lucha por la vida. Desde esta perspectiva, la cicatriz deja de ser un signo de fragilidad para transformarse en una evidencia de resistencia.

La resignificación del cuerpo también se expresa en las decisiones cotidianas sobre cómo habitar la propia corporalidad. Por ejemplo Girasol insiste en continuar utilizando escotes a pesar de la cicatriz visible en su pecho, desafiando implícitamente las expectativas sociales que suelen asociar las marcas corporales con vergüenza o necesidad de ocultamiento. Este gesto puede interpretarse como una forma de reapropiación del cuerpo intervenido, donde

la visibilidad de la cicatriz no se vive como estigma, sino como parte de la propia historia corporal.

Procesos similares aparecen en el testimonio de Marina. Después de someterse a cirugías a corazón abierto, ella relata que durante un tiempo experimentó incomodidad con su cuerpo y optó por ocultar la cicatriz:

“Usaba blusas hasta acá... siempre estaba tapada.”(Marina, p.8)

Sin embargo, con el paso del tiempo su relación con su cuerpo comenzó a transformarse, Marina describe un proceso gradual de aceptación que culmina en una relación más tranquila con su propia corporalidad:

“Ya lo entendí [...] es mi cuerpo.” (Marina, p.8)

Esta frase refleja un momento de reapropiación subjetiva en el que el cuerpo deja de percibirse exclusivamente como un espacio marcado por la enfermedad para convertirse nuevamente en un lugar propio. Esta resignificación se hace especialmente visible cuando relata una experiencia significativa durante un viaje al mar:

“Me puse traje de baño y lo porté muy tranquila.”(Marina, p.8)

El hecho de mostrarse públicamente con la cicatriz visible representa un cambio importante respecto a la fase inicial de ocultamiento. En este sentido, la exposición del cuerpo intervenido puede entenderse como una forma de reconstrucción de la relación con la propia imagen corporal.

Estas experiencias dialogan con los planteamientos de Rita Segato (2016), quien sostiene que el cuerpo de las mujeres ha sido históricamente un espacio donde se inscriben relaciones de poder. Sin embargo, la autora también subraya que este mismo territorio puede convertirse en un lugar de disputa donde se cuestionan y transforman las normas sociales que regulan la feminidad y la corporalidad.

La resignificación del cuerpo también aparece en el testimonio de Margarita, quien reflexiona sobre las cicatrices derivadas de la mastectomía y los tratamientos médicos.

Aunque reconoce que estas marcas corporales pueden resultar difíciles de aceptar, también expresa una reinterpretación del significado que adquieren después de atravesar la enfermedad:

“Las cicatrices que me quedaron[...] no es que te hagan gracia[...] pero cuando sabes que estás viva dices el costo vale la pena.”(Margarita, p. 5)

En este caso, la cicatriz deja de ser únicamente una marca de pérdida corporal para convertirse en una evidencia de supervivencia. Este proceso muestra cómo el cuerpo intervenido puede resignificarse a partir de nuevas narrativas que reconfiguran el sentido de las transformaciones físicas.

Otro ejemplo de resistencia cotidiana aparece en el testimonio de Orquídea, quien señala que, a pesar de las limitaciones derivadas del tratamiento, ha intentado mantener su ritmo de vida habitual:

“Todo sigue siendo igual... inclusive diría que peor.” “Sigo teniendo el mismo ritmo de vida.” (Orquídea, p.10)

Estas afirmaciones muestran cómo la enfermedad no necesariamente redefine de manera absoluta la identidad de las mujeres entrevistadas. En muchos casos, desarrollan estrategias para continuar con sus actividades cotidianas, reafirmando su autonomía frente a las transformaciones corporales y los procesos médicos.

Otro ejemplo de resignificación del cuerpo aparece en el testimonio de Corona de Cristo, quien atravesó recientemente una cirugía a corazón abierto. En su relato, el cuerpo se presenta simultáneamente como un espacio de dolor físico, pero también como un lugar desde el cual se construyen narrativas de fortaleza, resistencia y reconstrucción personal.

Durante la recuperación posterior a la cirugía, ella describe de manera explícita la intensidad del proceso corporal que implica este tipo de intervención médica. Al narrar su experiencia en el posoperatorio, señala que el dolor forma parte inevitable del proceso de sanación:

“Duele hasta respirar, duele mucho respirar.”(Corona de Cristo, p.11)

A pesar de reconocer la dureza de esta experiencia física, ella construye un relato donde el cuerpo no aparece únicamente como un espacio de sufrimiento, sino también como un territorio de aprendizaje y transformación. En distintos momentos de la entrevista enfatiza la importancia de escuchar las señales corporales y atender las advertencias del propio cuerpo, las cuales —según relata— se manifestaban antes de la cirugía a través de mareos, cansancio y dificultad para respirar:

“Mi cuerpo me decía: ya para.” (Corona de Cristo, p.13)

Desde esta perspectiva, el cuerpo se convierte en un agente que comunica y orienta decisiones sobre la salud. Por ello, hace un llamado explícito a otras mujeres a prestar atención a su propia corporalidad y no ignorar los síntomas que puedan indicar un problema médico:

“Si ese cuerpo ya les está pidiendo ayuda, escúchenlo.” (Corona de Cristo, p.13)

Además, el proceso de intervención médica también implica una resignificación de las marcas corporales derivadas de la cirugía. Lejos de percibir la cicatriz como una señal de deterioro físico, ella la interpreta como parte de una nueva etapa de vida. En este sentido, afirma que la cicatriz no afecta su percepción de sí misma ni su autoestima:

“no porque me lleve esta cicatricita a mi casa quiere decir que voy a dejar de ser bonita y voy a dejar de brillar.” (Corona de Cristo, p.14)

Esta reinterpretación muestra cómo el cuerpo intervenido puede ser integrado dentro de una narrativa de continuidad vital y reafirmación personal. En lugar de representar únicamente la huella de una enfermedad, la cicatriz se convierte en un recordatorio de la posibilidad de seguir viviendo y reconstruir la relación con el propio cuerpo.

Asimismo, la entrevistada vincula su proceso de recuperación con su identidad previa como mujer físicamente activa. Corona de Cristo se describe como instructora de diversas disciplinas deportivas —entre ellas natación, gimnasio, zumba, yoga y entrenamiento funcional— lo que según su propia interpretación, ha contribuido a su capacidad de recuperación y a su actitud positiva frente al proceso médico. Esta dimensión refuerza la

idea de que el cuerpo no sólo es el lugar donde se manifiesta la enfermedad, sino también un recurso desde el cual se construyen estrategias de resistencia.

Es así como los testimonios analizados muestran que el cuerpo intervenido no constituye únicamente un espacio de control médico o de transformación biológica, sino también un territorio donde se despliegan procesos de resistencia, resignificación y reconstrucción subjetiva. Las cicatrices, los cambios físicos y las limitaciones corporales pueden convertirse, con el tiempo, en elementos a partir de los cuales las mujeres reinterpretan su experiencia de enfermedad y elaboran nuevas narrativas sobre su corporalidad.

Desde esta perspectiva, reconocer el cuerpo como territorio —tal como propone Korol (2016)— permite comprender que incluso en contextos de vulnerabilidad física y enfermedad las mujeres desarrollan formas de agencia que les permiten reapropiarse de su cuerpo, resignificar sus marcas y reconstruir su relación con la propia corporalidad.

Capítulo 2. Experiencia de la enfermedad

2.1 Disciplinamiento histórico sobre el cuerpo de las mujeres

Silvia Federici nos da uno de los enfoques clave para desentrañar cómo las estructuras de poder influyen en el cuerpo femenino y la experiencia de la enfermedad, quien en su obra *Calibán y la bruja* (2004), nos invita a entender que el capitalismo no sólo moldeó la economía, sino también la percepción y el control del cuerpo de las mujeres. Federici argumenta que al separar la producción del trabajo reproductivo, se generó una clase de mujeres que, a pesar de trabajar, quedaban relegadas a la invisibilidad económica, con sus cuerpos convertidos en meras "máquinas naturales de crianza" para la expansión de la fuerza laboral. Esta dinámica histórica llevó a que las mujeres perdieran progresivamente el control sobre su propia procreación, un poder que antes ejercían las parteras y que, con la medicalización, fue transferido a los médicos, a menudo hombres, quienes pasaron a ser los "dadores de vida", priorizando incluso la vida del feto sobre la de la madre en ciertos escenarios.

En este punto, las ideas de Michel Foucault se vuelven indispensables para comprender cómo este control se internaliza y se ejerce. Foucault, con su concepto de *biopoder*, nos

muestra en *Historia de la sexualidad /Vol. 1.* (1977) La voluntad de saber que el poder moderno ya no se limita a "hacer morir o dejar vivir", sino que se enfoca en administrar la vida misma, los cuerpos y las poblaciones. Este biopoder, que el autor considera esencial para el desarrollo del capitalismo, se despliega en dos ejes: las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población. No se trata sólo de evitar la muerte por una angustia individual, sino de un sofisticado mecanismo de poder que invade la vida en su totalidad, buscando el control y la inserción de los cuerpos en el aparato productivo para la acumulación capitalista.

Cuando escuchamos las voces de las mujeres, vemos cómo estas teorías se materializan en sus experiencias más íntimas. El testimonio de Margarita, por ejemplo, cuando se enfrenta a la inminencia de una mastectomía y la disyuntiva "muerta con seno o viva sin seno y es ahorita, me firmas ahorita" (p.2), resuena directamente con el concepto de Foucault del biopoder. Esta elección forzada, presentada bajo una lógica de supervivencia que prioriza la vida, controlada médicamente, por encima de la integridad corporal y la autonomía de la mujer, muestra cómo el sistema médico ejerce un poder sobre el cuerpo, obligando a la aceptación de procedimientos bajo una lógica de "vida" preestablecida por las instituciones.

De manera similar, la experiencia de Marina quien, a pesar de no sentirse bien y estar débil, es casi sacada a la fuerza porque ya no tenía temperatura y "casi me dijeron: 'Pues ya, no, vete'" (p.4), ilustra la regulación de la población a través de criterios médicos que no siempre conectan con la experiencia del cuerpo. Aquí, el biopoder se manifiesta en la estandarización de la salud y la enfermedad: si los indicadores objetivos, como la temperatura, están "bien", el cuerpo debe ser funcional, ignorando la vivencia personal.

Por otro lado, los relatos de Peonía y Jazmín nos conectan con las ideas de Federici sobre la medicalización y la pérdida de control femenino sobre el propio cuerpo. Cuando Peonía relata cómo un médico militar le dice a su madre que su operación "no va a ser solo una"(p.2), y Jazmín describe cómo en el FUCAM "todos te revisan, todos te observan, te ven cómo tienes el tumor" (p.4), se hace evidente cómo el cuerpo femenino, especialmente en el contexto de la enfermedad, se convierte en un objeto de estudio y decisión colectiva por

parte de la institución médica. La mujer pasa de ser sujeto de su cuerpo a objeto de múltiples miradas y decisiones.

"no voy a tener dudas porque no tengo en ese momento, exacto cómo voy a tener dudas si no sé, más bien ellos debieron haberme explicado vas a tener esto, esto, esto, esto te va a doler esto es normal" (Fragmento recuperado de la entrevista a Jazmín p.20)

La indignación de Jazmín subraya la invisibilización de la experiencia femenina y la asimetría de poder en la relación médico-paciente. La falta de información sobre la descalcificación, que ella descubre mucho después, es un ejemplo contundente de cómo se administra el cuerpo sin considerar la autonomía y el conocimiento de la propia mujer.

Estos testimonios no solo confirman los planteamientos de Federici sobre la mercantilización y el control del cuerpo femenino, sino que también nos permiten observar, a través de la perspectiva de Foucault, cómo el sistema médico ejerce un biopoder que disciplina y regula la vida, a menudo despojando a las mujeres de su agencia sobre sus propios cuerpos y sus procesos de salud y enfermedad.

2.2 Discursos en las construcciones sociales de la enfermedad

La enfermedad, en particular aquellas que irrumpen con la dureza de un diagnóstico como el cáncer de mama o alguna cardiopatía que se vea en la necesidad de una cirugía invasiva, trasciende con la alteración biológica de un órgano o sistema. Lejos de verse solamente como un evento aislado al cuerpo físico, es una experiencia transformadora que reconfigura la vida. Abordar la experiencia de la enfermedad implica adentrarse a un complejo entramado donde el ámbito médico se permea con lo emocional, lo cultural y lo social.

La obra *Historia del pecho* (1979) por Marilyn Yalom nos permite explorar cómo la sociedad, la cultura y las propias experiencias personales construyen dicha experiencia de la enfermedad a través de la perspectiva que se tiene del cuerpo femenino y su significado en la sociedad.

Argumenta que las mujeres se debaten, en palabras de Michel Foucault, entre la presión social de ser “cuerpos dóciles”, influenciados por los dictados de la moda, género e ideales estéticos y su propia capacidad de elección. Dicha elección puede estar influenciada por deseos socialmente impuestos, muchas otras veces se alinea con un ideal interno que contribuye al bienestar personal y a sentirse atractiva. Es fundamental reconocer que las mujeres no son víctimas pasivas de las presiones externas, sino que ejercen su agencia, incluso dentro de un marco de poderosas influencias y normas sociales sobre el cuerpo.

“...yo creo que es en ese momento te quitan el seno pero estás viviendo un proceso de quimioterapia, te sientes tan mal físicamente que en ese momento eso deja de ser, no es que esté bonito, pero es secundario [...] en ese en ese proceso de quimioterapias te sientes mal, dices eso ya me vale, estoy tratando de sobrevivir”
(Margarita, p. 6)

Margarita describe una redefinición radical de prioridades durante la quimioterapia. Su experiencia muestra cómo la agencia se centra en la supervivencia a su proceso invasivo de sanación, relegando las preocupaciones estéticas a un segundo plano, un claro ejemplo de cómo el ideal interno de bienestar personal se impone sobre los dictados sociales y estéticos.

Las estadísticas médicas ofrecen poca información sobre las experiencias internas de las mujeres con cáncer de mama. Yalom (1979) escribe que a partir de los años setenta, se comenzaron a ofrecer recursos, como los grupos de apoyo donde la cohesión inicial surgió de la hostilidad compartida hacia los profesionales médicos por su impersonalidad y autoritarismo.

“...fue cuando me dijo la doctora “te voy a hacer todos los estudios y llevar tu caso para empezar todo el protocolo porque se ve que tienes ganas de de seguir””
(Girasol p.5)

"yo la verdad es que no, no me pegó a mí tanto, pero no me imagino a otra persona más sensible, cómo le pueda afectar, y realmente eso puede perjudicar, puede hacer

que ya no quiera ir, porque hay muchas personas que luego ya no quieren ir al doctor por eso, por como es el trato". (Jazmin p.7)

Ambos testimonios se alinean directamente con las observaciones mencionadas anteriormente en los grupos de apoyo, donde la hostilidad inicial surgió de la "impersonalidad y autoritarismo" de los profesionales médicos, claros ejemplos de cómo el sistema puede deshumanizar a las pacientes y afectar su relación a las instituciones de salud que a la vez afecta su proceso de recuperación.

Los grupos mencionados por Yalom revelaron que el mayor temor no era morir, sino la soledad del proceso. Las pacientes se aislaban para no "arrastrar" a sus seres queridos,

"Entonces me dieron cuatro quimios rojas, fueron los peores momentos de mi vida, horrible, yo no sé ni cómo le hice, porque yo, mi mamá me dice: es que tú te veías alegre, te veías feliz, pero yo por dentro me sentía horrible..." (Jazmin p.5)

Por su parte estos a menudo las evitaban al no saber cómo actuar o qué decir, perpetuando el tabú del cáncer. Peonia menciona

"...una de mis primas, como que un día salí con ella y ya salimos a caminar y así y yo me puse muy mal, me empecé a sentir mal y a partir de eso como que me empezó a tratar diferente o sea como que me trataba con pincitas y era como "ay ¿si puedes? "ay es estás enferma, es que estás malita" [...] y pues obviamente si estás en un hospital te ves terrible, ¿no? entonces dije como no pues, prefiero que nadie me vea mal porque no me gusta que me traten de pobrecita ¿no?" (Peonia p.6)

Los fragmentos de entrevistas recuperados ilustran vívidamente cómo el contacto con la persona enferma puede ser percibido como una "infracción o violación de un tabú", generando aislamiento y la necesidad de la paciente de ocultar su vulnerabilidad para evitar la estigmatización y la condescendencia.

Retomando la idea de los grupos de apoyo mencionados por Yalom, se ha demostrado que el apoyo psicoterapéutico puede mejorar la calidad de vida en estos procesos, subrayando la importancia del acompañamiento y la comunidad en la vivencia de la enfermedad.

“...a mí me ayudó a ver las cosas diferentes, yo lo veía con positivismo, de bueno, ok, me lo van a quitar, me van a quitar mi seno, ya, no lo necesito para nada, es algo meramente estético, entonces, ok, me van a poner quimio, sí me siento muy mal, pero ya me faltan menos [...] o sea la terapia ayuda muchísimo, o sea, me ayudó a, a no victimizarme... (Jazmin p.9)

Ella describe un proceso de resignificación que le permite adoptar una perspectiva activa frente al tratamiento, enfocándose en el proceso de recuperación, pese a la pérdida asociada a la mastectomía o a los efectos de la quimioterapia. De la mano con lo señalado por Yalom, los espacios terapéuticos favorecen el proceso de resignificación del sentido personal ante la enfermedad.

Marilyn Yalom (1979) señala la evolución en la percepción de la enfermedad. Históricamente condiciones como el cáncer de mama se atribuían a factores externos como humores, heridas o castigo divino, lo cual eximía de culpa al sujeto. Sin embargo, en la actualidad, se observa una tendencia creciente a que las mujeres asuman la responsabilidad personal por su enfermedad. “... y luego un cáncer un tumor tan grande en tan poco tiempo sin antecedentes genéticos de cáncer yo no fumo...” (Margarita p.2) Este cuestionamiento de Margarita sobre la causa de su enfermedad, aunque no explícitamente de autoinculpación, resuena con la tendencia moderna antes mencionada.

Por su parte, Susan Sontag (2003) explora cómo el lenguaje, las metáforas y las atribuciones morales en torno a la enfermedad, especialmente el cáncer, influyen en la percepción, el tratamiento y la experiencia emocional de quienes la padecen.

En su obra *La enfermedad y sus metáforas ; El sida y sus metáforas*, Sontag (2003) postula que cualquier enfermedad que se tema intensamente puede volverse moralmente contagiosa. El contacto con quien padece una enfermedad de origen misterioso se percibe como una infracción o violación de un tabú. Afirma que la palabra “cáncer” por sí sola ha

llegado a matar a pacientes más rápidamente que la misma enfermedad. “Ay, él sí se puso bien triste, es que yo desde que me sentí la bolita yo dije no, ya, valió. Y él así de no, no, es que - ¿cómo crees? tú estás bien- O sea, como que estaba en negación...”(Orquidea p.2) Esta expresión captura la idea de Sontag de que la palabra "cáncer" carga con un peso simbólico de fatalidad. Antes de que exista una confirmación médica, la sospecha de la enfermedad ya produce un impacto emocional profundo. La respuesta de su pareja también puede interpretarse como la dificultad para nombrar o aceptar la posibilidad de la enfermedad que refleja el temor que rodea aquello que culturalmente se percibe como amenazante o incomprensible.

En la obra citada anteriormente, la autora menciona que el cáncer se ha convertido en un “escándalo” que puede comprometer la vida sentimental, profesional y laboral. Quienes lo padecen tienden a ser extremadamente reservadas o incluso mienten sobre su enfermedad.

“...también antes como que no contaba tanto [...] como mi tema de de salud, entonces por lo mismo como que mis amigos a mi círculo cercano que no fuera mi familia, no sabía, entonces cuando me operaban era como “ay pues no voy a estar disponible” y ya o sea, pero no quería que me fueran a ver ni nada...”(Peonia p.4)

Esta cultura sobre el secretismo y autoengaño refleja la dificultad de nuestras sociedades “industriales avanzadas” para convivir con la muerte. Sontag destaca que las metáforas dominantes para el cáncer provienen del vocabulario de la guerra. Médicos y pacientes utilizan esta terminología: las células cancerosas “invaden” o “colonizan”. El tratamiento se concibe como un “contraataque” a un cuerpo “invadido” y la enfermedad se convierte en un enemigo contra el que la sociedad entera debe luchar. Esta militarización del lenguaje no solo sobrecarga la enfermedad de mitos y fatalidad, sino que también revela las deficiencias de nuestra cultura, nuestra incapacidad para encarar la muerte, “las angustias en materia sentimental” y nuestra negligencia.

Sontag (2003) critica la idea de que la enfermedad es una expresión del carácter o resultado de la voluntad, citando a figuras como Wilhelm Reich, Schopenhauer, Groddeck y Kant. Estas teorías, aunque aparentemente menos moralistas que ver la enfermedad como castigo,

terminan siendo igual o más punitivas, ya que culpan al paciente por su padecimiento, insinuando que carece de amor propio o no tiene la voluntad de curarse. Las teorías populares que vinculan el cáncer con traumas emocionales, aunque omnipresentes, a menudo ignoran que las emociones depresivas y los traumas son parte de la condición humana que la mayoría de las personas experimentan. Sugiere que la psicologización de las enfermedades es una forma de manejar experiencias incontrolables como la muerte, convirtiéndola en un símbolo a interpretar. “...yo sí tengo muy claro todo lo que estaba viviendo en ese momento de mi vida, muchos duelos que no estaba sabiendo procesar...” (Margarita p.2)

“...el haber ido a terapia como que me ayudó a entender que no era un castigo que no era que yo hubiera hecho algo malo que yo hubiera pedido...” (Jazmín p.19)

Estos testimonios ilustran cómo, en la experiencia de las personas, la enfermedad puede interpretarse a la luz de acontecimientos personales difíciles y emocionalmente significativos. Sin embargo, desde la perspectiva crítica de Sontag este tipo de asociaciones, aunque bien intencionadas, corren el riesgo de reforzar la idea de que el origen del padecimiento se encuentra en la vida emocional del individuo, lo que puede trasladar implícitamente la responsabilidad de la enfermedad al paciente.

2.3 Duelo en la enfermedad

El concepto del duelo parte de una concepción que viene de la idea tradicional de pérdida asociada comúnmente a la muerte. Desde la perspectiva psicoanalítica desarrollada por Darian Leader en su obra *La moda negra* (2012), el duelo constituye un proceso psíquico que se activa ante cualquier pérdida significativa que altere la posición subjetiva del individuo en el mundo. En este sentido, la experiencia de una cirugía invasiva que transforma el cuerpo femenino puede comprenderse como un acontecimiento que desencadena un trabajo de duelo, en tanto implica la pérdida del cuerpo conocido, de una imagen corporal previa y, en muchos casos, de una forma particular de reconocerse como mujer.

“...porque sobre todo te impacta, o sea ya no tienes tu mama, pero los puntos, la manguera, pero yo no me enfoqué tanto como de, pues es que ya no tengo mi seno,

fue como de, es que me duele mucho, o sea, entonces yo creo que sí, eso funcionó a que no me impactara como mentalmente. mmmm ah, pues que ya estaba como incompleta..." (Fragmento recuperado de entrevista a Orquidea p.2)

Este mecanismo podría interpretarse como una forma incipiente de elaboración, donde la atención se desvía hacia lo más urgente (el dolor físico), postergando el enfrentamiento con la pérdida simbólica del "cuerpo conocido" que Leader describe.

En la obra de Leader (2012) se retoma la distinción formulada por Sigmund Freud entre duelo y melancolía, señalando que el primero supone un proceso de elaboración en el que el sujeto logra identificar aquello que ha perdido, mientras que en la melancolía la pérdida permanece opaca o difícil de simbolizar, generando autorreproches y afectaciones en la autoestima. Si bien desde el discurso biomédico la intervención representa la preservación de la vida, desde el plano subjetivo puede vivirse como una fractura identitaria que no siempre encuentra un reconocimiento social legítimo, dentro de este contexto, la pérdida no se limita a la dimensión orgánica. Se trata de la alteración de una imagen corporal construida a lo largo de la historia personal y social de cada mujer, profundamente atravesada por mandatos de feminidad, belleza y completud corporal como se ha mencionado a lo largo de la investigación. La ausencia de espacios simbólicos que permitan nombrar y elaborar esta transformación pueden dificultar el proceso de duelo. Leader advierte que cuando la pérdida no logra ser puesta en palabras, el malestar puede manifestarse en estados depresivos que no deben entenderse únicamente como desequilibrios neuroquímicos, sino como expresiones de un duelo no elaborado.

Asimismo, Leader cuestiona la tendencia contemporánea a medicalizar de forma inmediata la tristeza o el retraimiento, enfatizando que el sufrimiento forma parte del trabajo psíquico necesario para reconfigurar el vínculo con lo perdido. Desde esta perspectiva, las manifestaciones emocionales posteriores a la cirugía, como la dificultad para mirarse al espejo, la sensación de extrañeza frente al propio cuerpo, la disminución del deseo o el exceso de cansancio cotidiano, pueden interpretarse como momentos del proceso y no

exclusivamente como síntomas patológicos. El duelo, implica un tiempo de reacomodación simbólica en el que la mujer resignifica su relación con su cuerpo intervenido.

“...y se le viene uno a la mente y dice, ¿por qué? ¿Por qué me tocó a mí? ¿Por qué me tocó a mí? Pero, pues sí, lo he tratado de superar y pues en mi familia todos me dicen que, que a lo mejor soy la más fuerte. Soy la más fuerte porque pues no me he dejado caer hasta ahorita, de todo de todo lo que he vivido...” (Rosal pt 1 p.5)

Esta pregunta recurrente es una manifestación del trabajo de duelo, buscando entender el porqué de la alteración en su vida. Sin embargo, su afirmación de "lo he tratado de superar" y el orgullo de ser percibida como "la más fuerte" por su familia, sugiere una agencia activa en el proceso. En este caso, el duelo no es solo por la enfermedad cardíaca, sino por una identidad corporal vivida como deficiente desde la infancia, ya que ella menciona que tiene un problema genético, síndrome de Marfan. La resiliencia de Rosal la mantiene en el camino del duelo activo, resistiendo la caída en la melancolía al encontrar un nuevo significado en su fortaleza, en lugar de internalizar la culpa o la opacidad de la pérdida. Leader advertiría aquí que esta "fortaleza" no debe enmascarar un duelo no elaborado, sino que es parte del sufrimiento necesario para reconfigurar el vínculo con lo perdido.

La propuesta teórica de Darian Leader permite comprender las cicatrices como huellas de una pérdida que requiere reconocimiento y simbolización.

“...le pregunté así como qué piensas [...] pues en general las cicatrices, pero en particular la cicatriz del corazón pues era un, pues sí como una imagen clara de que estabas luchando, que habías luchado por, pues por vivir...” (Peonia p.8)

El cuerpo transformado se convierte en un escenario donde se entrelazan dimensiones psíquicas, sociales y culturales, y donde el trabajo de duelo adquiere un papel central en la reconstrucción subjetiva, es así como este último hace que la experiencia del duelo sea única y compleja, aun cuando se vea atravesada por discursos sociales, en la conversación a la que alude Peonía se entiende que este discurso ayuda al proceso del duelo.

Las entrevistas muestran que el duelo no aparece únicamente como una reacción ante la cirugía o el diagnóstico, sino como un proceso continuo que está presente y acompaña toda la experiencia de la enfermedad. Desde el momento del diagnóstico y a lo largo de la recuperación las mujeres atraviesan diferentes formas de elaboración de la pérdida del cuerpo conocido, resignificando su relación con su cuerpo intervenido y con su propia identidad.

Capítulo 3. Desigualdades estructurales y acceso al sistema de salud

El hablar de la Institución médica en este análisis va más allá de mencionar el lugar físico al que las mujeres asisten en búsqueda de curarse y encontrar un alivio ante las gravedades que llegan a presentar, el plantear el término Institución en este apartado es con el fin de poder desglosar un poco algunos puntos que se van desarrollan en los discursos de las mujeres a medida en que se interactúan más con el sistema de salud y avanza su enfermedad.

Elementos como el dinero, las fallas internas en las estructuras de la institución, los malos tratos por parte de los médicos a las pacientes, la cosificación de estas mujeres dentro del hospital e incluso fuera de este, las normas o discursos, la consecuencias laborales que implica el enfermarse de gravedad e incluso la localidad de donde provienen las mujeres, cuarteán la experiencia con la enfermedad y la construcción simbólica de lo que son estas instituciones y lo que conlleva.

La importancia de bajar estos elementos en compañía de lo teórico permite ver desde otro ángulo la mirada de las mujeres hacia esta problemática y comprender cómo es que ellas están atravesando esta parte de todo su proceso.

3.1. El poder de la institución médica

Desde el siglo XVIII el sector médico se ha visto envuelto en una serie de complejidades que afectan directamente a la población. Anna Quintanas (2011) nos devela y realiza una crítica las políticas rígidas que trastocan las vidas de las personas que requieren el ingreso a este sistema; la sobre demanda ante esta institución que hoy en día sigue sin verse resuelta; y

hasta la deshumanización por parte del personal médico y que por ende lleva a una cosificación de los cuerpos enfermos que entran a los hospitales, son un conjunto de elementos que configuran una dinámica de poder donde el Estado comienza a influir en la configuración de estilos de vida en la población .

En el análisis realizado por esta investigadora se resalta, a partir de la visión de Foucault, la relación entre la biopolítica¹ y el ámbito médico, donde los discursos y las prácticas sanitarias se han hecho partícipes de construir una identidad en la época contemporánea de cómo debería de ser la salud, los cuerpos y el bienestar. Se habla de un antes y un después en esta institución, donde a principios este sistema es privado y solo la elite tiene acceso completo a la salud mientras que las poblaciones con escasos recursos son dejadas de lado, hoy en día la salud es una cuestión pública.

El entorno como espacio médico hace referencia a que ahora esta institución permea en distintas dimensiones de la vida de las personas, desde el impacto en el ámbito económico hasta en la construcción de identidad que se ve alterada por el paso de dicha institución, puede ocurrir una modificación en el cómo cada quien se entiende a sí mismo, se comporta e incluso en el como debe empezar a vivir su vida. Tal como sucedió con Margarita, que por el cómo ella vivió su experiencia y cómo fue tratada por el personal decidió buscar hacer una diferencia tanto para la institución como para ella misma.

“fíjate que como me trataron los doctores es una de las razones por las que soy tanatóloga porque... no tienen ninguna empatía, ninguna, te tratan de manera horrible... así fue todo todo el tiempo que estuve en el Centro médico así fue el trato todo el tiempo o sea me salvaron la vida y todo pero el trato fue... fatal” (Fragmento recuperado de entrevista a Margarita, p. 2)

Cuando la salud se convierte en un tema de interés colectivo debido a estas nuevas medidas que politizan el pensamiento de la época, surge lo que Foucault denomina “medicalización indefinida”, esto quiere decir que comienza un control riguroso ante las medidas de higiene y los hábitos de la población, entendiéndose que ya no solo se enfoca esta institución en

¹ La biopolítica de acuerdo a Michel Foucault, es una forma de poder que busca gestionar la vida de cada sujeto, no individualmente, sino en población

curar la salud sino también ahora la gestiona, la medicina se vuelve un técnica de poder que utiliza sus saberes y prácticas para gestionar y controlar. Siendo por medio de discursos, políticas y las prácticas internas del sector, que se vigilan y habilitan las corporalidades, y como consecuencia la subjetividad se ve trastocada, lo que nos lleva a que tanto pacientes como personal médico adopten una cierta identidad de acuerdo al papel que juegan en cuanto se internan a un hospital.

Un ejemplo de dichos discursos de poder también son las campañas para la prevención de enfermedades en la salud, como es con el cáncer de mama se dan pláticas en hospitales e incluso en escuelas para incentivar a las mujeres a explorarse y cuidarse para prevenir el cáncer. Sin embargo, es importante cuestionar desde dónde vienen estas medidas que promueven el autocuidado, pues parte de estos discursos responsabilizan a la población de la detección tardía de enfermedades graves deslindando hasta cierto punto a la institución de su papel e intervención con ellos. Pese a esto, no se invisibiliza que estas estrategias sin duda han salvado y prevenido muertes en los últimos años.

“Como afirma Foucault, el alma moderna tiene, en buena parte, su origen en dispositivos que pasan a través del cuerpo, que lo envuelven y lo moldean, que lo refuerzan y lo administran, que se dedican a optimizar sus fuerzas o a redirigir sus energías” (Anna Quintana, p. 446. 2011)

Esta mirada de Anna Quintas (2011) de la medicalización indefinida y el control de los cuerpos a través de estrategias como las campañas, la podemos guiar a un ámbito más laboral se puede ver reflejado que esto mencionado más allá de la institución médica, el sistema laboral también obstaculiza y responsabiliza a sus empleados ante sus ausencias por atenderse cuando se encuentran enfermos, la misma institución se camuflajea en la ahora forma de sentirse y pensares de las mujeres.

“yo dije no hasta que no tenga ya el diagnóstico no voy a decir nada en mi trabajo porque yo tenía ese temor de que me fueran a correr o me fueran a decir no pues sigue participando ya, no no podemos tener un empleado enfermo” (Jazmín, p. 11)

“Te digo, en algún momento llegué a pensar que era mi responsabilidad el no haberme prevenido de todo lo que iba a pasar, pero después me di cuenta de que, pues, no era tan así, porque pudo haber sido un accidente” (Lavanda, p. 8)

La fuerza de este último fragmento de entrevista detona el gran impacto y poder que tienen las instituciones ante las personas, de manera inconsciente uno ya forma parte y réplica sobre sí mismo y sobre los demás las políticas rígidas implementadas. Una enfermedad puede llegar en cualquier momento y a quién sea, uno no siempre es capaz de preverse económica y emocionalmente ante estas situaciones tan imprevistas. El impacto de las instituciones en las personas entonces va más allá de una gestión corporal, la subjetividad de igual forma se ve trastocada y moldeada a las políticas rígidas que se implementan. A su vez un detonante en estos diálogos es la falta de empatía de la que llegan a carecer las mismas instituciones con sus pacientes y trabajadores.

El interés social al ámbito médico llevó a que los poderes públicos realizarán una conexión entre la salud, la política y la economía, la medicina al volverse una estrategia para el sistema capitalista, lleva a un control de los cuerpos que designa la calidad y eficiencia con el cual serán tratados y que se verá influenciada por la diferencia económica, muy a pesar de que la intención de este sector sea curar, no se deja de lado que desde una norma no dicha se sana para reintegrarse a la cotidianidad para continuar siendo sujetos de trabajo.

La medicina ha ampliado su campo y se ha convertido en una instancia que interviene en la vida social, esta ya no sólo produce conocimiento absoluto y legítimo, sino también se vuelve una forma de poder sutil controlando cuerpos individuales de una población, donde entonces se vigila y castiga para conseguir una regulación social, siendo el médico el medio para el fin, desde cierta perspectiva el papel de este se convierte en algo más administrativo y político, ya no solo clínico, su función cambia desde una visión de este siendo insertado en un sistema histórico, pues se vuelve parte de un dispositivo mucho más grande.

3.2 Sistema público

En un país donde no todos ganan lo mismo, los sectores públicos parecen ser la solución, pero en México este sector siempre cuenta con fallas estructurales que en lugar de agilizar y facilitar tratamientos los detiene y prolonga su estadía en los hospitales.

Hector Aguirre (1990) realiza un estudio donde hace mención a la calidad médica que ofrecen algunas de las instituciones públicas más conocidas del país y como se debería de fortalecer algunos aspectos para proteger, mejorar y recuperar la salud de las personas convirtiéndose en un elemento fundamental para que el sistema funcione. La calidad médica no se refiere simplemente a la elaboración adecuada de un expediente clínico, este término abarca elementos más humanitarios, organizativos y subjetivos que deberían trabajar en conjunto para proporcionar a la institución, al personal y al paciente lo necesario para que sean tratados con dignidad.

Este trato digno va ligado con lo que la institución pueda proporcionar a las mujeres que se encuentran cursando una enfermedad grave, tanto en el caso de las mujeres entrevistadas que padecieron cáncer de mama y quienes sufrieron una cirugía por cardiopatías se puede reflejar esta falta de calidad de distintas maneras, de entre las más recurrentes fueron la falta de insumos y la falta de empatía con la que los médicos las tratan.

“Okey, que me dijeran que no había máquinas, me enojé, me enojé muchísimo, porque yo no sabía a qué grado tenía ya desarrollado el tumor, porque aunque yo lo detecté y desde que lo detecté hasta ese momento fue todo rápido porque la verdad si yo no le hubiera dicho a mi hermana, yo creo que no habiérámos alcanzado las cosas, no me hubieran dicho no, te tienes que hacer un trastorno, no, te tienes que hacer una biopsia. Si no lo hubiera hecho por particular, yo creo que me hubiera tardado más porque del IMSS casualmente tienes que ir con tu médico familiar y tu médico familiar te tiene que dar un pase, pero no te da un pase con oncología, te da un pase a ginecología y ahí en ginecología te tienen que dar un pase a oncología entonces si son como muchas vueltas, cuando dijeron que no servía la máquina, que hasta el otro año, entonces es así como que si pues que tal si yo no tengo hasta el otro año...”. (Jazmín, p. 7)

“Entonces me tocó el desabasto de medicamentos. Para las últimas dos quimios no había medicamentos y yo vi a muchas mujeres y muchas personas, muchas señoras, señores, que no podían tomar medicamentos.” (Jazmín, p. 5)

“se siente como decepcionante, como que... como si no les importara, porque ¿cómo nada más va a servir una máquina o cómo nada más va a haber una máquina para mastografía si somos muchas mujeres?, se me hace como ilógico, muy ilógico. Y obligan a las personas a ir a otras instituciones a hacerse la mastografía, a poner de su bolsillo, para pagarlo, o sea, hay lugares donde no están tan caros pero no todos tienen ese alcance” (Jazmín, p. 7)

El entretendido de estas narrativas visibiliza cómo esta problemática no solo se queda en un error o una falta de administración por parte de la institución, esta clase de situaciones trasciende más allá de la vida de las mujeres, este desabasto de dosis para las quimio o falta de maquinaria que permita continuar con los procedimientos impacta en la calidad de vida con la que ellas continuaran, si se retrasa un estudio o una quimio implica directamente en la salud de ellas y puede llegar a afectar económicamente a las familias, pues se orilla a que busquen otras opciones que la mayoría de las veces son el doble de caras y que la institución no contempla eso ante estas gravedades.

El hecho de que no existan recursos y materiales suficientes para atender a la población, que al personal le falte estar más capacitado para atender al paciente, la falta de un trato humanitario y que no siempre se puedan dar resultados y diagnósticos adecuados, nos habla de una deficiencia en la institución médica que está ocurriendo desde los años 90 en este país, donde las instituciones públicas parecieran ahora privatizadas.

Este tipo de acciones dan permiso a que se levanten quejas por parte de los pacientes ante la mala calidad de los hospitales y médicos. Dentro de las principales insatisfacciones que menciona la investigación de Aguirre (1990) se encuentran: la falta de información médica que se les proporciona a los pacientes sobre sus enfermedades y la relación entre médico-paciente, la mayoría de las insatisfacciones vienen de la falta de comunicación que existe dentro de la institución de aquí la importancia de realizar procesos sistemáticos y evaluaciones constantes para poder detectar problemáticas internas a tiempo y generar estrategias pertinentes para la mejora del servicio.

La falta de un diagnóstico correcto o el seguimiento adecuado de tratamiento son elementos cruciales que pueden poner en peligro la vida de una persona, existe una responsabilidad de la institución con el paciente que no en todas las ocasiones se ve llevada a cabo, en especial en los sectores más bajos de la región.

“Los pacientes que acuden a las unidades médicas esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de distancias y transportación, como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos... También espera contar con información suficiente por parte del personal administrativo, médico, paramédico y de enfermería.” (Hector Aguirre, p. 174. 1990)

Estas dimensiones se encuentran estrechamente relacionadas con el cómo de igual forma la institución trata a su propio personal, pues esta otra parte también merece ser tratada con respeto y dignidad por la institución, si ellos no tienen las condiciones laborales adecuadas, se vuelve complicado que se brinde una atención óptima.

Ivan Illich (1975) realiza una crítica al sistema médico, hace enfoque al papel que toma el personal médico como persona de saber absoluto y legítimo, donde su autoridad define lo que es estar enfermo, los tratamientos válidos y el tipo de sintomatología que se debe de tener, la voz de aquellos subordinados y pacientes queda suspendida y en ocasiones invalidada. Los saberes que tiene el paciente sobre su cuerpo son olvidados y pierden autonomía sobre su propio cuerpo.

“Con la despersonalización del diagnóstico y la terapéutica, el ejercicio profesional impropio ha dejado de ser un problema ético y se ha convertido en un problema técnico.” (Ivan Illich, p. 27, 1975)

En la crítica a la Institución y a las prácticas médicas de Ivan Illich (1975) se hace mención del termino “yestratogénesis clínica”, concepto que consideramos importante resaltar debido al impacto que este detona en la salud de los pacientes, donde de manera inconsciente el médico al verse envuelto en este papel del poseedor legítimo del conocimiento realiza acciones que atentan contra la integridad del paciente y entonces “la negligencia médica” y

los errores aleatorios se convierten en simple indiferencia y en una justificación de la falta de equipo especializado.

Las experiencias rescatadas de Rosal y Marina nos permiten enfocar esta crisis de la que habla Ivan Illich, donde dicha negligencia tiende a suceder dentro de los hospitales cuando el doctor de base se ausenta por periodos y le pasa los casos a otros colegas, los cuales muchas veces no se involucran con los pacientes y ponen en peligro sus vidas, el desinterés y el *burnout* que causa la políticas rígidas en el mismo personal tiene consecuencias de gravedad.

“me decían que estaba en mí, que yo le echara ganas y yo decía, pues cómo le echo yo, pues sí, trato de echarle ganas y le echo ganas, pero no puedo. Y ya este, pero para eso la que llevaba a mi caso era la doctora López, este se había ido de vacaciones, estuve 15 días así [...] regresa la doctora en 15 días y ella vió el problema, parece que era de los pulmones, simplemente con una pastillita que me dio con una toma con eso al otro día me dieron ganas de levantarme y me levanté.” (Rosal pt 1, p. 11)

“Les dije el medicamento que tomé y me dijeron que fue un error haber tomado ese medicamento, porque ahora no podían saber si mató la bacteria o si aún estaba, pues aún estaba presente, porque los hemocultivos no, este... decían que posiblemente estaba dormida la bacteria, y pues que para ellos no podían casi como que hacer nada, porque ya me habían dado medicamento y pues ya no tenía temperatura. Casi me dijeron: "Pues ya, no, vete" “ (Marina, p. 4)

Continuando con este punto, Mayleth Zamora (2023) nos explica cómo se configura el papel del personal médico y su involucración en la institución, donde el cansancio extremo, las horas de jornadas largas y la misma infraestructura inadecuada son capaces de afectar a los médicos y enfermeras en su forma de intervenir con los pacientes, sin embargo, Mayleth critica que estas deficiencias no son justificante ante el desapego, trato indigno e indiferente de los médicos a los pacientes, y que estos elementos solo detonan una pérdida en la ética médica y su práctica.

El mismo sistema se mimetiza en el trabajo diario de los médicos y deja estragos en el tipo de calidad que se presenta a los pacientes, sumado a esto la constante insistencia de la institución de mantener una posición neutral afectiva y mantener el sufrimiento, el cansancio y los procesos de duelos de lado no elimina las emociones, solo las desplaza, incentivando un desgaste emocional en el personal y debilitando la relación médico-paciente.

Bajo esta mirada se puede destacar como surge una fragmentación del sector sanitario que afecta tanto a pacientes como personal, que termina en situaciones donde el paciente pasa a ser deshumanizado y se convierte en un caso y el médico al atender a tanta población se llega a volver deshumanizante. Algunos testimonios de las mujeres entrevistadas reflejan esta traba entre la relación médico-paciente donde se observa como la forma en que se manejan estas instituciones da paso a una rigidez normativa, llena de jerarquías y normas, y se convierten en lugares que ejercen un poder a todo aquel que ingrese.

“o sea me trataban fatal el trato... las quimios te las metían y les valía gorro si te dolía no te dolía o sea el trato es horrible pero bueno... entonces dije híjole “
(Margarita, p.3)

‘Falta de empatía con mi oncocirujana. No, no, no, a esa si ya yo la quería colgar del árbol más alto. (risas) O sea, de entrada que no me haya advertido a qué iba yo, me pareció de lo más... Ay, no sé, negligente, me pareció. Sí creo que pudo haberse salido de sus manos, que pudo haberla sorprendido la circunstancia, pero también siento que nunca tuvo el tacto como para... Pues para, para manejar la, la emoción o contener mis emociones, porque ya desde que me estaba ahí operando o quitando el... Ya estaba yo ahí sufriendo. Y ella me decía: "Se tiene que aguantar y no se mueva porque entonces va a estar peor y que no sé qué". ... hasta grosera, ¿no? De decirme: "Ya, cálmese". Si no se calma, esto te va a poner peor.” (Lavanda, p. 9)

Sin embargo, esta situación no aplica a todas las personas que trabajan en algún centro médico, aun con estos mandatos institucionales que niegan los sentires del personal hay quienes oponen una resistencia ante lo instituido y buscan marcar una diferencia en el cómo impartir las prácticas médicas.

“le dije oiga doctor es que ya son muchos días, dice pues sí, entonces me dice pues es que no es culpa de nosotros, nosotros hacemos todo lo que podemos, este, el que se encarga de que de comprar los insumos está hecho vuelto loco para comprar porque no hay presupuesto, este, entonces no, no es culpa de nosotros, es culpa del gobierno” (Rosal pt2 p.5)

Desde el momento en que los médicos y pacientes entran en una institución se vuelven parte de ella, sin embargo, esto no justifica las medidas con las cuales los y las doctoras deciden trabajar, dentro de los hospitales ellos son la cara más cerca que tienen las pacientes, su palabra y acción tiene un impacto en ellas, ya sea para consolar o ayudar a sobrellevar la enfermedad, con esto no se pide que se vuelvan seres 100% empáticos y bondadosos, pero sí que recuerden que siguen tratando con personas.

Ana María Fernandez (1999) en su obra *Instituciones estalladas* habla de una forma general de esta crisis a la que nos enfrentamos. Desde su perspectiva, nos centramos específicamente en explicitar el eje de la institución médica donde se ve reflejada esta falta de atención del área hospitalaria que se ve deteriorada por procesos históricos y políticos que trastocan esta institución, dando como consecuencias una pérdida de sentido en las prácticas médicas y una degradación en la atención pública de la salud, eso al implementar las medidas privatizadoras.

Los espacios públicos son percibidos de forma negativa, debido a que tienden a ser los que más problemas infraestructurales tienen, la “buena voluntad” del médico al atender a tantos pacientes se ve cuarteada en cierto punto y de cierta forma pierde calidad al atender, lo cual hace ver al hospital como un centro de paso en donde se pone en duda si se atendera o no al paciente, esto visto desde el sector público como el sector privado.

“Entonces decidí ir al IMSS. En el IMSS me dijeron, no, pues es que te tienes que volver a hacer todos los estudios. Ya fue sacar cita para todos los estudios y no había máquinas para mastografía. No servía. No servía. ¿Qué hacíamos? Nos esperábamos.” (Jazmín, p. 3)

Y si bien, a pesar de que lo privado se asocia con algo bueno y de calidad y retomando que Anna Quintanas (2011) menciona este antes y después del sistema de salud donde antes solo personas con los recursos económicos suficientes podían acudir, sigue existiendo una diferencia marcada entre quienes pueden ingresar a este sector y quienes no, pues costear estos servicios no es para todo el mundo, y esto deja un mensaje social de que la atención médica no la merece todo mundo y solo aquellos capaces de costearlo tendrán una atención digna y respetuosa.

“yo creo que se va, se va a curar a las personas que tengan dinero y las que no tengamos, pues tenemos que esperar, esperar a que nos den una respuesta o dejarnos morir (Rosal pt2 p.22)

En el primer sector los hospitales se ven como lugares de paso donde los vínculos entre médico-paciente se ven debilitados. Ana María Fernández (1999) menciona que los hospitales deberían de ser percibidos por la población como espacios que tienen un sentido colectivo.

“Estas ecuaciones binario-jerarquizantes (público=negativo y privado=positivo) tan comunes en nuestra cultura donde desde un único eje de medida se cierra la posibilidad de pensar lo diferente en positivo, la pluralidad de diversos en igual jerarquía, etc., van produciendo prácticas cada vez más restrictivas, dramatizaciones teóricas, etc., en tanto van anulando los juegos reversibles de lo uno y lo otro. Lo Uno se transforma así en lo Único.” (Ana Fernandez. p. 11, 1999)

En este libro de igual forma se destacan las jerarquías de poder que existen dentro del sector salud, el médico juega un papel de omnipotencia, él es el poseedor del conocimiento, mientras el paciente se vuelve alguien sin voz, su agencia es reducida y se le quita poder sobre su cuerpo. La institución construye al paciente por medio del ordenamiento y clasificaciones de la mirada médica. Sin embargo, ambos grupos (paciente-médico) se ven envueltos en un rol de poder que los permea y afecta de distinta manera.

3.3 La economía y el ingreso al sistema de salud

Anna Quintanas (2011) puntualiza cómo la percepción de la pobreza es un punto determinante en la atención de la institución al paciente, la cual de cierta forma no existía, sin embargo, la nueva medicina permitió inscribir al “enfermo pobre” a la salud de la población, con el objetivo de que los cuerpos enfermos se recuperen y sean productivos para el Estado. La salud desde tiempos antiguos, ha tenido connotaciones que generan una distinción entre los estratos sociales de cada persona, en la que se le da un valor tanto al trabajo que puede realizar un cuerpo, como a que tan embellecido este.

Sin embargo, aunque hoy en día se diga que cualquiera tiene el derecho de recibir atención médica es evidente que en la realidad sigue existiendo una brecha social que dictamina si se otorgara la atención o no.

“estaba yendo yo al hospital Los Ángeles, esa ahí era la consulta, eran mil quinientos, es mucho. Y ahí en el FUCAM son cuatrocientos pesos de consulta, no es tan barato, pero tampoco es tan caro.” (Jazmín, p. 7)

“tienes que depositar tanto y pues aunque a veces, este, no lo había pero trataba uno de conseguir o de hablar con trabajo social sabes que es que no lo tengo pues no tengo dinero, este, soy de escasos recursos y ellos que hacían la forma de de ayudarte o decían por decir en mi caso este que había fundaciones que te podían ayudar” (Rosal pt 2, p. 2)

La salud cuenta con un valor económico, donde estar sano a veces sale caro, tanto para las personas que buscan el servicio como para la institución, algunos tratamientos son difíciles de costear para los hospitales, de aquí el fomentar la salud y cuidados pues de cierta forma los deslinda de una culpa total, y la persona se vuelve responsable de los males que tiene y no detecto a tiempo, provocando un empeoramiento en su salud.

“No es la salud la que se pone en función de la vida, sino que, más bien, es la vida la que se pone en función de la salud. Y para Foucault no hay lugar a dudas, todo este dispositivo del biopoder, y la medicina y la Salud Pública en su interior, forma parte

esencial del sistema que caracteriza nuestras sociedades” (Anna Quintana, p. 450. 2011)

Siguiendo de referencia las narrativas de las entrevistadas y esto que ubicamos en el análisis de Anna Quintanas sobre la tríada política, economía y salud, encontramos a Clara Juarez Ramirez et al. (2014) la cual nos brinda un enfoque a mayor profundidad de las desigualdades existentes no solo en México, si no a lo largo de América Latina, donde las brechas socioeconómicas afectan principalmente a grupos *vulnerables* e impiden su acceso al sistema de salud y a una vida de cuidados dignos.

Esta responsabilidad recae en el gobierno, el cual no tiene las políticas públicas adecuadas para cubrir las necesidades de las poblaciones, específicamente aquellas más vulnerables. Siendo importante recalcar que en México el 22% de la población vive en zonas urbanas, y es en estas zonas donde menos acceso hay a los servicios básicos de la salud, dejando rezagados y sin medidas necesarias a este sector poblacional.

Tal como se refleja con las experiencias narradas, donde la mayoría de mujeres con cardiopatías viven fuera de la Ciudad de México y para poder recibir atención médica más especializada se tienen que mover de sus localidades, teniendo que generar más gastos a parte de los tratamientos, pues deben de ver la forma de trasladarse, buscar donde quedarse mientras están en revisión o incluso buscar que comer, a esto se le suma que tienen que estar acompañadas todo el tiempo, lo que significa un gasto doble.

“Hay veces tengo que pagar dos días de cuarto, porque pues me quedo y no llego a tiempo al hospital, me tengo que quedar allá un día antes. Pues sí, sí ha sido complicado, pero pues... así he estado estos diez, este, años.” (Gardenia, p. 9)

“Este si no teníamos porque si la tuvimos muy complicada en venir para, yo deje de traer acompañante me venía yo sola empecé a pedir apoyo en el DIF para lo del autobús o sea le hice bueno hicimos lo posible por no faltar a ninguno y no no faltamos, no falté entonces” (Girasol, p. 5)

“ese me cobra 500 por persona y es que de los otros son 1200 y no no, yo a veces le digo nos vamos en ese y este y luego nos tocó uno que rebota nada más y dije

bueno pues ya a ver como llego, y yo decía, no, voy bien voy bien y ya cuando se pararon que para los que van al baño y ya me moví levante mi mano y dije no, voy bien voy bien porque también pues tengo que checar y no pues bien pues estoy bien” (Girasol, p. 22)

Siguiendo a Clara Juárez et al (2014) las desventajas y obstáculos que enfrentan ciertas personas frente a cualquier problema de salud es debido al conjunto de determinantes que participan en los contextos sociales y personales de cada sujeto, como lo son los bajos ingresos económicos, el desempleo, discriminación de género, entre otros, que orillan al desamparo. Esta mirada nos lleva a dos conceptos que forman un punto clave para esta investigación: la marginalidad y la negligencia sanitaria.

Al decir marginalidad, hacemos noción de la exclusión de ciertas personas o grupos sociales para formar parte de una institución. Destacando como determinantes sociales como la pobreza, las desigualdades sociales o el origen de residencia son determinantes para dictaminar quién es más probable que reciba alguna atención por parte de las instituciones tales como la escuela, el trabajo o el sistema de salud.

Siendo de esta forma en que la marginalidad se entiende como un fenómeno social producido por las mismas estructuras institucionales que deberían transformarse para permitir incluir a todas las personas. La exclusión comienza desde el momento en que a una persona se le dificulta trasladarse de su hogar a la institución.

Mientras que con el término negligencia nos referimos a las fallas a nivel estructural que presentan las instituciones del sistema de salud como lo son: la infraestructura interna mal dirigida de los centros de salud; desabastecimiento de medicamentos; la disposición de recursos de cada unidad; o la falta de comunicación entre los niveles tomadores de decisiones en una intervención clínica.

Clara Juárez et al. (2014) hace acopios de algunas recomendaciones de políticas públicas en pos de mejorar el sistema de salud y de que estas brinden igual atención a los grupos marginados:

- Mejorar el acceso al sistema de salud

- Elaborar políticas públicas incluyentes
- Fomentar redes de apoyo social
- Medidas planificadas desde una perspectiva intercultural
- Incluir a las organizaciones de la sociedad civil.

El propósito es poder incluir a toda la población a la institución médica, el identificar y reconocer que no todos tienen este acceso es clave para hacer notar la precariedad que este sistema está teniendo.

“Ese fue otro tema. Porque, a ver, yo tenía la posibilidad de tomar un mes de incapacidad pagada, pero más, otro mes iba a ser a mitad de sueldo. Y si hubiera habido más, ya no me pagaban nada” (Lavanda, p. 7)

Se puede notar que el mundo de hoy atraviesa una crisis con las instituciones sociales y sus formas de enfrentar tensiones y transformaciones, parecen quedarse estancadas en un contexto histórico y sociocultural que no se adaptan ni atiende de una forma eficaz las necesidades de todos los grupos poblacionales dejando en un estado de vulnerabilidad y olvido a las mujeres.

En la siguiente tabla compartimos algunos de los precios y gastos que algunas de las mujeres participantes de nuestro proyecto tuvieron que contemplar en algún momento debido a todo lo que implica sus respectivas enfermedades y lo relacionado a esto.

Costos de transporte	\$500 o \$1200 por persona (depende del camión que tomen)
Costo de consulta en hospital privado (cáncer de mama)	\$1500
Costo de una quimioterapia	\$1500 o \$3000 (depende del hospital y el tipo de cáncer)
Costo de consulta con cardiólogo en Michoacán	\$1000 o \$1500
Costo de internamiento en hospital privado (cardiopatías)	\$100,000

Costo de cirugía (cardiopatías)	2 millones
Costo de válvula para el corazón	\$500,000
Costo de un electrocardiograma	\$5000
Renta de un cuarto (cama y baño)	\$800 por día

Nota. Tabla 1. Costos de tratamientos, transporte y alojamiento

Capítulo 4. Redes de apoyo, vínculos afectivos y sostén emocional

Las redes de apoyo como lo son la fé, la familia, las amistades y la pareja se convierten en ejes fundamentales para sostener y/o acompañar el proceso de duelo, adaptación y reconstrucción subjetiva. Para analizar esta dimensión relacional, resulta pertinente articular la propuesta con la Ética del cuidado y la teoría de los vínculos relacionales desarrolladas por Carol Gilligan (1982) en su obra *la ética del cuidado: una voz diferente*, la autora cuestiona los modelos tradicionales del desarrollo moral centrados en la autonomía individual y propone una ética basada en la responsabilidad hacia el otro y en la interdependencia.

Desde esta perspectiva, el cuidado no es una práctica secundaria ni femenina si seguimos con los roles de género socialmente impuestos, para Gilligan, el cuidado es una forma legítima y compleja de razonamiento moral que reconoce que las personas se constituyen en relación. Esto implica comprender que el sufrimiento corporal no se vive en aislamiento, sino en entramados afectivos que influyen en la manera en que se enfrenta la vulnerabilidad.

En el caso de las mujeres que atraviesan una mastectomía o una cirugía cardíaca mayor, la red familiar suele ocupar un lugar sumamente relevante. Ya que puede funcionar como sostén emocional, apoyo práctico y fuente de sentido frente al miedo y la incertidumbre. Desde la ética del cuidado, este acompañamiento no se reduce a asistencia instrumental, sino que representa un reconocimiento de la fragilidad compartida.

Las narrativas de las mujeres evidencian cómo la familia ocupa un lugar central dentro de las redes de apoyo durante el proceso de enfermedad y recuperación. En varios relatos se observa cómo los vínculos familiares se convierten en una fuente de acompañamiento

emocional y apoyo práctico, lo cual coincide con la perspectiva desarrollada por Carol Gilligan (1982).

“Y estuve con mi familia, con el papá de mi hija y con mi mamá. Me, el día de la cirugía, exactamente, los mandaron a llamar y estuvieron conmigo como tres días, hasta que yo salí de terapia.” (Marina, p.11)

“tengo dos primas de mi edad que vinieron por mí y estuve con ellas, creo que, bueno, creo que tres semanas de convalecencia para la biopsia.” (Lavanda, p. 5)

“Este, a veces iba mi hermana y a veces iba mi novio, depende también de quién tuviera el tiempo. Y si no, pues ya mi mamá con maña, más que nada, le encontraba la forma de ella solita vendarme. Y ya después, ella estuvo como unos diez días más o menos y ya después llegó mi papá con su esposa y ya ellos siguieron.” (Orquídea, p. 5)

Los fragmentos muestran cómo la presencia de una figura significativa puede convertirse en un sostén fundamental durante la enfermedad. Permitiéndonos observar que el cuidado no se limita únicamente a acciones instrumentales, sino que también se expresa a través de gestos cotidianos de contención emocional. De acuerdo con Gilligan, estas prácticas reflejan una ética basada en la responsabilidad relacional y en la interdependencia entre las personas.

Sin embargo, también pueden emerger tensiones cuando los mandatos de género colocan a la mujer en el rol histórico de cuidadora, incluso cuando es ella quien necesita ser cuidada. La dificultad para asumirse vulnerable revela cómo los vínculos están atravesados por expectativas sociales que complejizan el proceso de recuperación.

El acompañamiento afectivo facilita que la cicatriz existente deje de ser únicamente una marca de pérdida para convertirse en signo de resistencia. Por otro lado, la pareja, tiene un impacto que suele vincularse con la sexualidad, la autoimagen y la percepción del deseo. La ética del cuidado nos permite analizar cómo la relación puede ir transformándose en un espacio de reafirmación o, por el contrario, de distanciamiento. Cuando dentro de la

relación existe un espacio de reconocimiento desde la empatía, se fortalece la reconstrucción identitaria, profundizando el duelo corporal. Aquí se evidencia que el cuerpo no es solo biológico, sino relacional y su significado se negocia constantemente en el vínculo con el otro.

Así como nos comentaba Peonía sobre cómo en su relación hubo apoyo desde un inicio.

“cuando me operaron del corazón, yo creo que me ayudó mucho el novio que tenía porque jamás fue un tema no? o sea como que sí, siempre me sentí segura, nunca me sentí como incómoda o o nunca hubo algo que dijera como ay esto está mal, o tengo que cambiar esto yo nunca me había puesto a pensar, es que mi novio de ahorita me dice no? que como que él ve las cicatrices como una señal de qué luchaste por vivir, no?” (Peonía, p. 8)

La cicatriz en lugar de convertirse en motivo de incomodidad o inseguridad, pasan a ser interpretadas como símbolos de lucha y supervivencia, lo que fortalece la seguridad emocional y la percepción positiva del propio cuerpo. De esta manera, la experiencia relatada evidencia cómo el apoyo afectivo dentro de la relación puede transformar la forma en que se vive y se narra el propio proceso corporal.

Un aspecto interesante que emerge en una entrevista y que no podemos dejar de lado, es el papel que pueden desempeñar los animales de compañía como fuente de apoyo emocional. En la narrativa de Jazmin, relata la importancia de su mascota durante el proceso de tratamiento:

“Mi perrito... sabía cuando me sentía mal... se echaba conmigo... fue como un soporte emocional, porque los perritos no te juzgan.” (Jazmin, p. 10)

Este tipo de experiencias muestra que el acompañamiento emocional puede adoptar formas diversas, ampliando la noción de red de apoyo más allá de los vínculos estrictamente humanos.

Siguiendo con esta línea de vínculos sin ser meramente humanos, podemos considerar otros recursos que funcionen como un sostén emocional, por ejemplo la fé se muestra como

un recurso simbólico que articula sentido frente a la experiencia que implica una enfermedad grave o una cirugía invasiva. Desde la perspectiva relacional de Carol Gilligan (1982), la espiritualidad puede comprenderse como una forma ampliada de vínculo, pues no se reduce a una creencia individual sino que implica una relación con lo trascendente y con una tradición simbólica que ofrece marcos de interpretación del sufrimiento. Por lo tanto, la fé también puede tomarse como una red de apoyo, ya que brinda contención emocional, esperanza y una narrativa que sostiene en momentos de vulnerabilidad extrema.

Esta temática se puede profundizar a partir del concepto de “eficacia simbólica”² desarrollado por Claude Lévi-Strauss (1974) en la obra *Antropología estructural*, donde se explica que las creencias religiosas no operan únicamente como explicaciones abstractas en la persona, sino como estructuras que organizan la experiencia subjetiva y permiten procesar el dolor. La eficacia simbólica radica en la capacidad de estos sistemas para otorgar coherencia a aquello que, en principio, aparece como incomprensible.

Cuando una mujer atraviesa una intervención que transforma su cuerpo y confronta su fragilidad, la fé puede funcionar como un sostén que resignifica la enfermedad no sólo como pérdida, sino como prueba, aprendizaje, misión o posibilidad de transformación. Adentrado en esto, la oración, la peregrinación o en general los rituales religiosos, no son prácticas meramente devocionales, sino actos simbólicos que reorganizan la vivencia emocional. Al inscribir el sufrimiento dentro de una narrativa compartida culturalmente, se reduce la sensación de aislamiento y se fortalece la percepción de acompañamiento. La enfermedad deja de vivirse exclusivamente como una ruptura individual y se integra en una trama colectiva de sentido.

La dimensión espiritual aparece de manera recurrente en varias entrevistas como una fuente significativa de fortaleza emocional. Desde la perspectiva de la eficacia simbólica planteada por Claude Lévi-Strauss (1974), las creencias religiosas pueden comprenderse como sistemas culturales que ayudan a organizar la experiencia del sufrimiento.

Marina expresa claramente el papel que la fe ha tenido en su proceso de afrontamiento:

² Propone que lo simbólico tiene un poder terapéutico real, al conectar lo psíquico con lo orgánico, permitiendo al paciente reordenar su experiencia

“Yo soy muy creyente... mi consuelo ha sido Dios... me ha dado mucha fortaleza hasta el momento.” (Marina, p. 13)

Asimismo, describe la oración como un espacio de desahogo emocional:

“A veces digo que me pongo a platicar con él... es mi forma de desahogarme.”
(Marina, p. 13)

Estos relatos muestran cómo la espiritualidad permite reinterpretar la enfermedad dentro de un marco de sentido más amplio, donde el sufrimiento puede ser entendido como parte de un proceso o de un aprendizaje.

En algunos casos, la dimensión espiritual incluso se convierte en la principal red de apoyo. Como menciona Margarita en su narrativa:

“El Arcángel Rafael estaba al lado de mí en todas las cirugías... realmente mi red de apoyo fue algo más espiritual que terrenal.” (Margarita, p. 3)

Este fragmento evidencia cómo la relación con lo trascendente puede funcionar como una forma ampliada de vínculo, generando contención emocional en contextos de vulnerabilidad.

Con las teorías de Gilligan (1982), puede afirmarse que la fé también sostiene una ética del cuidado ampliada no sólo se cuida a través de acciones concretas, sino también mediante palabras, presencia, oraciones y significados. La comunidad religiosa puede convertirse en una red que valida el dolor, escucha la experiencia y reafirma la dignidad del cuerpo intervenido. Este acompañamiento simbólico contribuye a que la mujer no quede reducida a su diagnóstico o a su cicatriz, sino que pueda reconocerse como sujeto pleno dentro de una historia que trasciende el evento quirúrgico.

La eficacia simbólica de la fé no elimina el sufrimiento físico ni las implicaciones emocionales del duelo corporal, pero sí ofrece un andamiaje que facilita su elaboración. Permite reconciliar oposiciones fundamentales como vida/muerte, salud/enfermedad, pérdida/supervivencia, integrando la experiencia en un horizonte de significado que sostiene

emocionalmente. De esta manera, la fé opera como un recurso relacional y cultural que fortalece la resiliencia y acompaña la reconstrucción subjetiva en el proceso de enfermedad.

Robert Putnam en su obra *Bowling alone* (2000) o su nombre en español “Bolos en solitario”, utiliza esta metáfora para explicar que actualmente ha habido más gente jugando boliche pero no en ligas organizadas como antes, sino que lo hacen de forma individual y menos “comunitaria”, demostrando que existe un declive del “capital social” en Estados Unidos, definiéndolo como el conjunto de redes, normas de reciprocidad y confianza social que permiten la cooperación y el apoyo mutuo dentro de una comunidad.

Las mujeres no sólo enfrentan un desafío médico, sino también una reorganización de sus vínculos sociales. La presencia o ausencia de capital social puede incidir directamente en su bienestar emocional, en la adherencia al tratamiento y en la resignificación del cuerpo intervenido. El acompañamiento de la familia, amistades, pareja y el ámbito religioso puede leerse como formas concretas de capital social. Estas redes funcionan como “amortiguadores” para el estrés, proporcionando ayuda práctica como los traslados, cuidados postquirúrgicos y muchas veces apoyo económico y contención emocional. Cuando existe confianza y reciprocidad, la mujer no se percibe sola frente a la enfermedad, sino sostenida por una trama colectiva que valida su experiencia.

Putnam (2000) diferencia entre capital social de vínculo y capital social de puente. El primero se refiere a redes cerradas y cercanas, como lo es la familia y el segundo se trata de conexiones más amplias, como grupos de apoyo, ámbitos religiosos o asociaciones civiles. En el contexto de la enfermedad, ambos tipos son fundamentales: el capital de vínculo ofrece intimidad y protección emocional, mientras que el capital de puente amplía recursos, información y sentido de pertenencia más allá del núcleo familiar, ambas ofreciendo una estructura sociológica para entender las redes como recursos sociales concretos que influyen en el bienestar de cada una de las mujeres. Asimismo, la disminución del capital social en este caso siendo el aislamiento, la falta de apoyo o la ruptura de vínculos puede intensificar el duelo corporal y aumentar el riesgo de malestares y secuelas psicológicas postquirúrgicas.

Las entrevistas también permiten observar la presencia de redes de apoyo más amplias que van más allá del núcleo familiar, lo cual puede analizarse a partir del concepto de capital social.

En el fragmento de Lavanda, describe cómo el apoyo se organizó entre diferentes mujeres de su familia

“Mis mujeres tenían hasta un chat que se llamaba ‘Mujeres de luz’, y así nos íbamos comunicando y apoyando.” (Lavanda, p. 5)

Este fragmento refleja una forma de capital social de vínculo, en la que la cooperación y la solidaridad se construyen dentro de redes cercanas. Asimismo, se observa cómo la organización del cuidado se distribuye entre varias personas, generando una estructura colectiva de apoyo.

Por otro lado, algunas mujeres mencionan el apoyo recibido por parte de amistades, vecinos o incluso otras pacientes. Rosal, por ejemplo, se describe cómo la comunidad cercana participó activamente en el proceso de acompañamiento:

“Hubo mucha gente, familiares y vecinos que iban... con el simple hecho de preguntarte cómo estás... yo me sentía bien cuando me visitaban.” (Rosal, p. 1)

Este tipo de interacciones pueden interpretarse como formas de capital social de puente, ya que amplían la red de apoyo más allá de la familia inmediata y generan un sentido de pertenencia comunitaria.

Asimismo, en contextos médicos compartidos también surgen vínculos de solidaridad entre pacientes. Como menciona Orquídea:

“Entre pacientes también hay mucho apoyo... te dicen lo que les funcionó, cuánto tiempo llevan... son muy lindas.” (Orquídea, p. 13)

Estas interacciones permiten construir espacios de acompañamiento donde la experiencia compartida de la enfermedad genera identificación y apoyo mutuo.

La teoría da paso a comprender que la recuperación no depende exclusivamente de variables clínicas sino también de la calidad de las redes sociales que rodean a las pacientes, condicionando la subjetividad, la forma en que se vive, se elabora y se resignifica la transformación corporal.

Por último, Jacques Donzelot, con su obra *La policía de las familias* (1979) ofrece un marco conceptual relevante para comprender cómo la familia opera simultáneamente como red de cuidado o de apoyo y como espacio de regulación social.

Donzelot (1979) comenta que el estado ha intervenido en las familias, convirtiéndolas en un dispositivo central para la regulación e intervención a la vida privada con el objetivo de regular conductas, sexualidades, cuerpos y roles sociales. Esto nos permite analizar cómo la enfermedad que están atravesando las mujeres puede activar mecanismos institucionales que reconfiguran la posición de la mujer dentro del núcleo familiar, su cuerpo intervenido deja de ser únicamente una cuestión médica y se convierte en un asunto que reorganiza expectativas, funciones y dinámicas cotidianas. La familia puede ofrecer acompañamiento emocional y apoyo práctico; sin embargo, también puede reproducir mandatos de género y normas implícitas sobre fortaleza, cuidado y feminidad.

Desde esta mirada, nuevamente la intervención médica no se limita a algo clínico, sino que se inserta en una red más amplia de control social donde el cuerpo femenino es objeto de regulación. El discurso existente en el ámbito médico, el cual está legitimado por el saber científico, puede incidir en decisiones familiares, organizar rutinas y definir qué prácticas son consideradas adecuadas durante el proceso de recuperación. De esta manera, el cuerpo femenino intervenido se sitúa en una intersección entre biología, poder y normatividad.

La familia, entendida como institución social, puede operar como espacio ambivalente, por un lado, constituye una red fundamental de capital social y sostenimiento emocional, y por otro, puede convertirse en un ámbito donde se refuerzan ideas y expectativas sobre la feminidad, la maternidad o la disponibilidad afectiva de la mujer, incluso en contextos de vulnerabilidad. La paciente puede verse tensionada entre asumir el rol de sujeto que necesita cuidado y el mandato impuesto de ser “cuidadora”.

En distintas narrativas está presente este rol de “cuidadora” que incluso ya está internalizado.

“me daba pendiente mi hija, quién me la va a cuidar...” (Marina, p. 4)

“Ahorita tengo a un papá grande, muy enfermo, al que tenemos que cuidar como si fuera un bebé. Entonces los fines de semana, ya sea viernes que me voy porque vivo en Ecatepec, viernes me voy de aquí para quedarme ese viernes para amanecer sábado con él.” (Lavanda, p. 3)

Como mujeres, no salen de su mandato de cuidadora impuesto socialmente, aún estando en un estado de vulnerabilidad.

El aporte de Donzelot (1979) nos permite complejizar el concepto de la familia como redes de apoyo, donde no se trata únicamente de vínculos protectores, sino también de espacios atravesados por ideas sociales, relaciones de poder y normalización. En este sentido, la experiencia de enfermedad no sólo implica un duelo corporal, sino una negociación constante con estructuras familiares e institucionales que inciden en la manera en que el cuerpo intervenido es significado, llevando a la cirugía como un acontecimiento social que activa dispositivos de cuidado, control y regulación que gira alrededor del cuerpo femenino.

Reflexiones finales

Una de las bases para delimitar los cuatro ejes analizados en esta investigación surge tanto de las entrevistas realizadas como del aprendizaje construido a partir del trabajo de campo en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Este proceso no sólo implicó la recuperación de las experiencias de las mujeres entrevistadas, sino también fué un ejercicio constante de reflexión crítica sobre el contexto institucional en el que dichas experiencias tienen lugar.

Si bien el posicionamiento inicial de esta investigación partía de una mirada crítica hacia el sistema de salud y hacia ciertas prácticas del personal médico, el acercamiento directo al

campo partió a complejizar esta perspectiva. A lo largo de este proceso, fue posible reconocer que el personal de salud también se encuentra inmerso en un sistema caracterizado por la sobrecarga, la presión institucional y la necesidad de responder de manera constante a situaciones límite. En este sentido, las formas de interacción que en algunos momentos pueden percibirse como distantes o poco sensibles, también pueden entenderse como mecanismos de protección frente a la intensidad emocional y las exigencias propias del entorno hospitalario.

Esta tensión pone de manifiesto que las dinámicas observadas no pueden reducirse a decisiones individuales, sino que responden a una estructura más amplia que condiciona tanto la experiencia de las pacientes como la práctica de los profesionales de la salud. De este modo, el sistema hospitalario aparece como un espacio atravesado por múltiples relaciones de poder, donde convergen saberes médicos, lógicas institucionales y experiencias humanas marcadas por la vulnerabilidad.

Por otro lado, a lo largo de las narrativas que pudimos escuchar se desencadenaron múltiples sentimientos y pensamientos que afectaron la manera en que comprendemos tanto a las mujeres y sus contextos como a la propia investigación. Nos dimos cuenta que teóricamente nos estábamos quedando cortos y no abarcamos lo suficiente como para incluir cada una de las experiencias contadas, ya que sus relatos nos estaban obligando a replantear tanto nuestras preguntas como nuestros propios alcances.

Algo que marcó nuestro proceso como equipo fue reconocer que no podíamos aferrarnos a lo que habíamos imaginado al inicio, las mujeres nos fueron enseñando que sus experiencias no caben en una pregunta rígida ni en un eje que no les pertenece. Cuando vimos que ciertos temas generaban incomodidad o resistencia, entendimos que escuchar también implica reflexión. Que investigar desde el cuerpo y sobre el cuerpo requiere una disposición de estar presentes, sensibles y dispuestos a dejarnos afectar.

Es así como la reflexión sobre para quién se hace esta investigación se volvió central. Desde ahí reconstruimos nuestros avances, reconociendo el impacto tanto emocional como ético que nos causó escuchar lo difícil que puede ser atravesar estos procesos donde se convivía

con la fuerza, la resiliencia y las distintas filosofías de vida que las mujeres elaboran después de enfrentarlos.

Comprendimos también que, aunque las enfermedades que enfrentan no se clasifican formalmente como discapacidades, sí generan limitaciones que afectan su vida cotidiana, restringen su movilidad y, en muchos casos, las colocan en situaciones de dependencia de otras personas. Para varios integrantes del equipo fue la primera vez que nos detuvimos a pensar en las implicaciones corporales, emocionales y sociales de vivir con estos diagnósticos, generando un impacto significativo en la manera en que concebimos las enfermedades y sus implicaciones.

A lo largo de la investigación se puede notar cómo las redes de apoyo siempre jugaron un papel sumamente importante en el proceso de recuperación y resiliencia. Estas redes no solo ofrecen acompañamiento, sino que también constituyen un recurso fundamental para la reconstrucción emocional y social de las mujeres que atraviesan procesos de enfermedad. Al proporcionar un sentido de seguridad, confort y conexión, permiten enfrentar de manera más sólida los desafíos físicos y emocionales asociados con la enfermedad, el tratamiento y, sobre todo, la recuperación.

Nos dimos cuenta que el apoyo proveniente de cualquier recurso contribuye significativamente a disminuir sentimientos de aislamiento, miedo e incertidumbre. La presencia de estas redes facilita la expresión emocional, fomenta la adherencia a los tratamientos y fortalece la autoestima, elementos clave en el proceso de recuperación integral.

También que la conexión con otras mujeres que han pasado por experiencias similares resulta especialmente valiosa, ya que genera un espacio de comprensión mutua y validación emocional que difícilmente puede encontrarse en otros entornos. Este tipo de interacción promueve un sentido diferente y permite resignificar la experiencia de la enfermedad desde una perspectiva distinta.

Dimos cuenta de que estas condiciones no sólo afectan la salud física, sino que atraviesan la subjetividad de maneras profundas. Reconfiguran la forma en que cada mujer se piensa a sí

misma en ese momento de su vida: qué tanto confía en su cuerpo, qué tanto siente que puede sostener a otros, qué tanto la enfermedad altera o reordena su identidad. La experiencia hospitalaria se mezcla con la historia personal y forma un tejido donde los límites entre lo biológico, lo emocional y lo social se vuelven difíciles de separar. Muchas mujeres nos narraron que, aun cuando salieron del hospital “estables”, tardaron meses o años en recuperar un sentido de continuidad con su vida anterior, mientras que otras prefirieron imaginar un futuro completamente distinto al que habían proyectado antes de la cirugía.

Estos sentires alrededor de las dimensiones abordadas en los capítulos, detonó como la gran brecha generacional que hay entre algunas de las mujeres no se vuelve un escenario de exclusión de narrativas, si no que se transforma a un asimilamiento distinto de experiencias que abraza y sostiene cada una de las etapas en las que se viven las enfermedades, respetando y empatizando que cada proceso de enojo, adaptación o resignificación es distinto y surge a su debido tiempo.

Lo que en conjunto hemos aprendido es que las vivencias después de una intervención invasiva son profundamente humanas, complejas e imposibles de traducir únicamente a categorías médicas. No se explican con listas de síntomas ni con protocolos clínicos, son relatos que transitan por el dolor, sí, pero también por el coraje de levantarse cuando el cuerpo duele; por la creatividad para reorganizar la vida cotidiana; por los vínculos afectivos que sostienen, aun cuando sean frágiles; por la espiritualidad que da dirección cuando nada más parece hacerlo; y por la capacidad de resignificar —de otra manera, con otro lenguaje, desde otro lugar— un cuerpo que ya no es el mismo.

Cada mujer, desde su propio ritmo, ensaya caminos para darle sentido a lo ocurrido, aunque ese sentido no sea estable ni definitivo. Hay días en los que avanzan, otros en los que el miedo regresa, otros en los que la cicatriz parece hablar más fuerte que la propia voz. Esa oscilación es parte de la experiencia, y hemos comprendido que no debemos buscar un cierre narrativo donde ellas aún no lo encuentran. Más bien, debemos atender a esos movimientos, a esas variaciones en el relato que muestran que la vida después de una cirugía no es lineal, sino cambiante, a ratos contradictoria, a ratos reveladora.

Nos quedamos con la sensación de que estas historias no cierran, que siguen moviéndose incluso después de que la entrevista termina. Que las cicatrices, visibles o invisibles, son apenas un punto en un camino más ancho, lleno de pausas, dudas, resistencias y posibilidades. Y también comprendimos que escuchar es una forma de cuidado: no como una técnica, sino como una disposición ética y afectiva. Escuchar para que ellas acomoden su historia a su tiempo; escuchar para reconocer lo que pesa, lo que duele, lo que se calla; escuchar para que la investigación no sea una extracción de información, sino un espacio de acompañamiento. En ese esfuerzo también nosotros fuimos transformándonos, revisando nuestras propias sensibilidades, límites y preguntas, entendiendo que el campo no sólo se observa, sino que se siente y se deja sentir.

Cada entrevista nos recuerda la importancia de habilitar espacios donde estas mujeres puedan narrarse, escucharse y permitirse sentir lo que han atravesado. Aunque sea por un periodo breve, confiamos en que este ejercicio de escucha acompañada se vuelve parte significativa del proceso.

Anexos:  Anexos "Cicatrices (in)visibles"

Referencias

A Better Way for Women after Heart Surgery. (2025). Texas Health Resources. <https://www.texashealth.org/Health-and-Wellness/Heart-and-Vascular/A-Better-Way-for-Women-after-Heart-Surgery>

Accepting your changing body after a heart event. (2020). British Heart Foundation. <https://www.bhf.org.uk/informationsuport/heart-matters-magazine/wellbeing/learning-to-accept-changes-to-your-body#top>

Aguirre-Gas, Hector (2002). *Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas.* Salud Pública de México, 44(4), 363–371. Ciudad de México, México.

Alizade, Mariam et al. (2004) *Tabú: el foso del castillo, ¿necesario para la vida en la cultura?. Masculino- femenino. Cuestiones psicoanalíticas contemporáneas*. Editorial Lumen Humanitas. Buenos Aires, Argentina

Bartky, Sandra Lee (1990). *Femininity and Domination: Studies in the Phenomenology of Opression*. New York: Routledge. Nueva York, Estados Unidos.

de Beauvoir, Simone. (1949) *El segundo sexo. Tomo 2*. Trad.por Alicia Martorell, 2aed, (Madrid: Cátedra, 2005). París, Francia.

Bover, Jorgelina (2008). *El cuerpo: una travesía*. Colegio Universitario IES Siglo 21. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-39292009000100002 , Córdoba, Argentina

Butler, Judith. (1990). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós. Nueva York, Estados Unidos.

Cabnal, Lorena (2010). *Acercamiento a la construcción del pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala*. ACSUR–Las Segovias.

Castillero Amador, Yalilis (2007). *Intervención psicológica en cirugía cardíaca*. Scielo. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242007000100006&script=sci_arttext, Bogotá, Colombia

Castro, Adriana León, & Vargas, Carlos Salazar. (2007). *Valoración psicológica perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular*. Scielo. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422007000300003, Barrio Amón, San José, Costa Rica.

Dotti Ríos, María Gabriela. (2023). *Impacto psicosocial expresado por mujeres post tratamiento endovascular coronario*. Revista Uruguay de Enfermería (En línea), 18(2), e201. Epub 01 de diciembre de 2023. <https://doi.org/10.33517/rue2023v18n2a1> Montevideo, Uruguay.

Dolto, François. (1984). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós. París, Francia.

Dolto, François. (2000). *Lo femenino: Artículos y conferencias*. Paidós. París, Francia.

Fachadas, Alfonso (2009). *Influencia del apoyo social en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2*. Universidad de Santiago de Compostela. ISBN 978-84-9887-243- Barcelona, España

Federici, Silvia. (2004). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de Sueños. Nueva York, Estados Unidos.

Flores Bravo, Ivonnia (2021). *El ideal de belleza internalizado y las presiones sociales en imágenes corporales en jóvenes de 18 a 25 años*. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA, Buenos Aires, Argentina

Foucault, Michel. (1977). *Historia de la sexualidad /Vol. 1. La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores México. París, Francia.

Foucault, Michel. (1978). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI de España Editores. París, Francia.

Froidevaux- Metterie, Camille (2020) *El feminismo y el cuerpo de las mujeres en Los nuevos feminismos*, Pouvoirs No. 173 <https://droit.cairn.info/revista-pouvoirs-2020-2?lang=es> Francia

Gilligan, Carol. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University. Massachusetts, Estados Unidos.

Gómez Grijalva, Dorotea. (2013). *Memorias del cuerpo-territorio: Apuntes para una comprensión descolonial de la corporalidad femenina*. En V. Gutiérrez (Ed.), *Cuerpos, territorios y resistencias* (p. 45–62). Editorial Entremares. Barcelona, España

Gómez, Laura (2020) *Estereotipos de belleza: formas de control hacia los cuerpos femeninos. Un acercamiento desde las cirugías estéticas*. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. Bogotá, Colombia.

Grosz, Elizabeth (1994) *Cuerpos volátiles. Hacia un feminismo corpóreo*. Indiana University Press. Indiana, Estados Unidos.

Gutiérrez Juan Pablo, Heredia-Pi Ileana, Hernández-Serrato María Isidra, Pelcastre-Villafuerte Blanca Estela, Torres-Pereda Pilar, Reyes-Morales Hortensia. (2019) *Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud*. Salud Pública Mex [Internet]. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10561>. México.

Hernández-Sampieri, Roberto. (2014). *Capítulo Muestreo en la investigación cualitativa*. México D.F., México

Husserl, Edmund (1980). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. Fondo de Cultura Económica. México.

INEGI. (2025). *ESTADÍSTICAS DE DEFUNCIONES REGISTRADAS*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/edr/edr2024_en-jun.pdf

Juárez-Ramírez Clara, et al (2014). *La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes*. Rev Panam Salud Publica. 35(4):284–90. México.

Korol, Carol. (2016). *Feminismos populares: Pedagogías y políticas*. El Colectivo. Santiago de Chile

Kuhlmann, Ellen y Babitsch, Birgit (2002) *Cuerpos, salud, género: conectando las teorías feministas y la salud de las mujeres* <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277539502002807#preview-section-references>

Kvale, Steinar. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Morata. Madrid, España.

Lasarte, Ainhoa Feijóo. (2019). *Aprendizaje de los estereotipos y roles de género en la Educación Infantil*. Euskal Herriko Unibertsitatea Universidad del País Vasco. España.

Leader, Darian (2012) *La moda negra: Duelo, Melancolía y Depresión*. Sexto Piso. España.

Lévi-Strauss, Claude. (1974). *Antropología Estructural* (2.^a ed.) Ediciones Paidós, S.A. París, Francia.

Martínez Basurto, Aime Edith, Lozano Arrazola, Andrea , Rodríguez Velázquez, Ana Laura, Galindo Vázquez, Óscar, Alvarado Aguilar, Salvador. (2014). *Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía*. GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA. México D.F., México

Meen, María. Carla. Lara., & Machado, Alicia. Hernández. (2024). *Una mirada a la investigación científica sobre la autoestima, imagen corporal y vida sexual en mujeres con cáncer de mama en México*. Universidad Autónoma de Coahuila. México.

Mendieta Bermeo, Edgar. Gustavo., & Minchala Urgilés, Rosa. Elvira. (2018). *Revisión Bibliográfica: Cuidados y Complicaciones Postquirúrgicas Mediatas y Tardías en Adultos*. Revista Médica Del Hospital José Carrasco Arteaga, 10(3), 235–241. <https://doi.org/10.14410/2018.10.3.rb.38> Cuenca, Ecuador

Ortiz, Vanessa (2013). *Modelos estéticos hegemónicos, subalternos o alternativos: una perspectiva étnico-racial de clase y género 1*. Universidad del Pacífico, Buenaventura, Colombia.

Peralta, Albert. Joshua. Macías, Marcillo, María. Paulina. Yacelga., Loor, Gema. Elizabeth. Collantes., Loor, Gema. Magdalena. Morales., Moreira, Patricia. Geoconda. Álava., & Moreira, Maricela. Elizabeth. Caballero. (Eds.). (2019). *Riesgos y cuidados a los pacientes sometidos a una cirugía a corazón abierto (Vol. 3)*. Editorial Saberes del Conocimiento. <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/419/620>. Ecuador.

Pérez García, Ruby Lizbeth (2016) *Autoestima y Distorsiones cognitivas en pacientes con Cáncer de mama del Hospital General de México: Programa de intervención basado en la terapia cognitiva*.

<https://tesiunamdocumentos.dgb.unam.mx/ptd2016/noviembre/0753024/Index.html>

México

Pico-Camacho, Andrea Juliana, Vega-Peña, Neil Valentín. (2023). *La comunicación del riesgo en cirugía: Un proceso por mejorar*. Revista Colombiana de Cirugía , 38 (4), 600-609. Publicación electrónica del 26 de julio de 2023. <https://doi.org/10.30944/20117582.2265> Colombia.

Plummer, Ken (2011) *El llamado de las historias de vida en la investigación etnográfica*. En Atkinson P (2011) *Handbook of Ethnography*. Wiltshire, Reino Unido.

Putnam, Robert D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster. Nueva York, Estados Unidos.

Quintanas, Anna. (2011) *Biopolítica y salud pública según Michel Foucault*. ARTÍCULO. Estudios filosóficos Vol. 60 Núm. 175 Pág. 435-451. Valladolid, España.

Ramírez Morales, María del Rosario. (2024). Roberto Castro y Sonia Frías (coords.). *Violencia obstétrica y ciencias sociales*. Estudios críticos en América Latina. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 292 p.. Revista mexicana de sociología, 86(1), 257-261. Epub 23 de febrero de 2024. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2024.1.61538>. México.

Rolland, John S (1995). *Familias, enfermedad y discapacidad: Una aproximación integradora*. Gedisa. Nueva York, Estados Unidos.

Sanchez, Paola (2024). *Construcción psicosocial del cuerpo femenino desde una perspectiva de género*. Scielo. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612024000100062&script=sci_arttext. La Paz, Bolivia.

Segato, Rita. (2013). *Las estructuras elementales de la violencia*. Siglo XXI Editores. Provincia de Buenos Aires, Argentina

Segato, Rita. (2013). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños. Madrid, España.

Setiadi, Virennat., y Risnawaty, Widya. (2021). *Correlation Between Thin-Ideal Pressure and Body Appreciation Among Young Adult Women. Proceedings of the International Conference of Economics, Business, Social and Humanities (ICEBSH 2021)*, 570, 1013-1018. Atlantis Press. París, Francia.

Sontag, Susan. (2003). *La enfermedad y sus metáforas; El sida y sus metáforas*. Editorial Taurus. Estados Unidos.

Sossa Rojas, Alexis «Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo», Polis [En línea], 28 | 2011, Publicado el 15 abril 2012, consultado el 03 agosto 2025. URL: <http://journals.openedition.org/polis/1417> Chile.

Taylor, Rod. S., Dalal, Hasnain. M., & McDonagh, Sinéad. T. J. (2021). *The role of cardiac rehabilitation in improving cardiovascular outcomes. Nature Reviews Cardiology*, 19(3), 180–194. <https://doi.org/10.1038/s41569-021-00611-7SpringerOpen+2PMC+2MDPI+2> Reino Unido.

Taylor, Steven J. & Bogdan, Robert (1994). *Introducción a los Métodos cualitativos de investigación*. Ediciones Paidós. Nueva York, Estados Unidos.

Van Loey, Nancy (2020) *Impacto psicológico de vivir con cicatrices tras quemaduras*. En: Téot L, Mustoe TA, Middelkoop E, et al., editores. Libro de texto sobre el manejo de cicatrices: Manejo de vanguardia y tecnologías emergentes. Cham (CH): Springer; 2020. Capítulo 48. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK586135/> Estados Unidos.

van Manen, Max. (1990). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. SUNY Press. Nueva York, Estados Unidos.

Yalom, Marilyn. (1997). *Historia del pecho*. Tusquets Editor. Nueva York, Estados Unidos.

Zamora, Mayleth. (2019). *Los procesos de desafección en el personal médico en el contexto de la institución hospitalaria*. En Dimensión emocional: abordajes analíticos y exploraciones empíricas socio antropológicas e historiográficas (Vol. IX, p. 335–354). UNAM. Fes I. Editorial. México.

Zamora, Mayleth, et al. (2022) *Mutilación, encierro y muerte de personas migrantes. Análisis del dispositivo biopolítico-tanapolítico del control de los cuerpos*. En: *Migrar como experiencia límite. Sujetos, cuerpos y fronteras del siglo XXI en movimiento*. Hugo César Moreno Hernández y Blanca Laura Cordero Díaz, coords. México: BUAP. Editorial Nómada.