



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Antropología

Tesis para la obtención del Título de Antropóloga:

“ME TRAJINARON PEDRO, JUAN Y DIEGO”.

Experiencias y significados de mujeres con cáncer cérvicouterino atendidas en
hospitales públicos de Santiago.

Alumna: Cecilia Elena Baeza Correa

Profesora Guía: Michelle Sadler

Año: 2013

INDICE

1. INTRODUCCIÓN: LA ENCARNACIÓN	6
2. PRESENTACIÓN	10
3. ANTECEDENTES	13
3.1 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y SANACIÓN.....	17
4. OBJETIVOS	21
5. MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL	22
5.1 La enfermedad como suceso interpretativo: Aproximaciones desde la antropología médica centrada en el significado.....	22
5.2. Encarnación de la enfermedad: aproximación desde la antropología del cuerpo.....	27
5.3 La subordinación del cuerpo femenino en la medicina: una aproximación desde la antropología crítica.....	32
6. MARCO METODOLÓGICO	42
6.1 Paradigma Cualitativo: Marco General de la Investigación.....	42
6.2 Métodos y Técnicas de Investigación.....	43
6.3 Universo de Investigación y muestra.....	45

7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	49
7.1 CÁNCER Y DESAMOR: CO-RELATOS DE UNA ENFERMEDAD.....	51
7.1.1 Explicaciones y significados de la enfermedad.....	52
7.1.2 Experiencias terapéuticas significativas.....	55
7.1.3 Articulación de lo femenino en torno a la enfermedad.....	57
7.2 CÁNCER COMO EVENTO FORTUITO EN UN CUERPO DESCONOCIDO.....	62
7.2.1 Explicaciones y significados de la enfermedad	63
7.2.2 Experiencias terapéuticas significativas.....	66
7.2.3 Articulación de lo femenino en torno a la enfermedad.....	68
7.3 CÁNCER EN UN CUERPO ACORAZADO.....	70
7.3.1 Explicaciones y significados de la enfermedad	71
7.3.2 Experiencias terapéuticas significativas.....	74
7.3.3 Articulación de lo femenino en torno a la enfermedad.....	76
7.4 EL CANCER COMO LA ENCARNACIÓN DE LO DEMONIACO.....	77
7.4.1 Explicaciones y significados de la enfermedad	78

7.4.2 Experiencias terapéuticas significativas.....	83
7.4.3 Articulación de lo femenino en torno a la enfermedad.....	85
7.5 EL ENCUENTRO: VIVENCIA DEL CANCER CÉRVICO UTERINO EN UN HOSPITAL PÚBLICO.....	89
I. Sistema de género.....	90
II. Biomedicina.....	94
II.1 Objetualización e invisibilización del cuerpo enfermo.....	95
II.2 Fragmentación.....	98
II.3 Aislamiento.....	100
II.4 Sometimiento.....	101
II.5 Normalización de la violencia.....	103
8. CONCLUSIONES.....	106
9. BIBLIOGRAFÍA.....	110

DIAGNÓSTICO

*Sin mi control
El universo
Arrulla un racimo
Girasol rojo
Pétalos líquidos cayendo
De mí adentro
Húmedo hoyo rojo
Galaxia abdominal
Ojos vueltos hacia el soplido
Del instante
Alma pasmada
Remecida de mi seguridad corpórea.*

Michelle Parra 32 años

Diagnóstico Carcinoma in situ Cáncer Cérvicouterino

“(…) Yo soy un partidario muy decidido, sobre todo después de mi experiencia personal, de introducir esa dimensión a la medicina, lo que uno podría llamar la fenomenología médica, y darle al paciente su voz (…) Es difícil, como institución es algo muy difícil, un esfuerzo muy grande, pero es un esfuerzo necesario para construir una medicina más eficaz.”

Francisco Varela¹

¹ . Texto extraído de entrevista realizada por Cristian Warnken en el programa “La belleza de pensar” el año 2001 al neurobiólogo chileno Francisco Varela, meses antes de su fallecimiento provocado por una larga historia de cáncer.

1. INTRODUCCIÓN: LA ENCARNACIÓN

En la primavera del año 2004 estuve internada en un hospital público, a causa de un embarazo tubario. Allí compartí en una sala común con otras mujeres afectadas por problemas “del interior” (apelativo coloquial para referirse al aparato reproductivo femenino). Escuché con atención los relatos que allí surgieron, a veces de manera muy tímida, silenciosa, de una cama a la otra y otras veces, cuando médicos y asistentes nos dejaban solas, entre todas construimos relatos a partir de íntimas conversaciones acerca de nuestras vidas. Comprendí que la enfermedad no sólo transita por el cuerpo físico, que el “interior” dañado no sólo refiere a la carne, sino que habla de dolores profundos, invisibles a los ojos de la medicina.

Fue una experiencia muy significativa, que se marcó en mi memoria. Había en ese lugar, mujeres de distintas edades, desde una chica de 18 años que había tenido una fuerte infección después de su parto hasta una mujer de más de 70 que estaba allí para ser operada por un problema de incontinencia urinaria. El silencio que había allí gran parte del tiempo se rompía a ratos por diálogos de una cama otra o en algunos casos conversaciones que nos incorporaban a todas, hablaban de sus embarazos, sus hijos, de sus amores y desamores; era una suerte de correlato necesario, estábamos allí afectadas por algún problema obstétrico y las asociaciones más evidentes tenían que ver con el ejercicio (o no) de la sexualidad y con la maternidad, acompañadas de las diferentes implicancias y connotaciones que cada una le daba a estas vivencias.

El trato hacia estas mujeres era, a mi modo de entender, insólito. Los doctores realizaban rondas escoltados por estudiantes y todos los comentarios respecto de la situación de las mujeres era dirigida a ellos –los estudiantes- y casi nunca a la afectada, demostrando una abierta incompreensión y falta de interés respecto de todas las sensibilidades involucradas en cada uno de los casos. Las mujeres respondían con resignación, no cuestionando la invisibilización de la que eran víctimas. Era como si de alguna manera se sintieran responsables por lo que les estaba ocurriendo, que no tenían derecho ni capacidad para participar de su recuperación. Como si un pecado indescriptible las asolara, una culpa que

afloraba en nuestras conversaciones, asociada a las causas y desarrollos de sus enfermedades, vinculada a sus conductas o sus destinos particulares.

Hay un caso que recuerdo de forma particular, el de la mujer que estaba junto a mi cama. Tenía 33 años, al igual que yo en ese momento y estaba ahí por unos miomas que se habían desarrollado en su útero. Era muy silenciosa, llegó cuando yo ya estaba en la cama y observé atentamente como se ponía el camisón hospitalario que dejaba al descubierto toda la parte posterior de su cuerpo y vi también como ordenaba en una pulcra bolsa transparente su peineta de plástico y otros utensilios que por lo cotidiano parecían estar fuera de contexto. Me llamaba la atención su parsimonia, sus gestos casi imperceptibles. Pasó un tiempo antes de que empezáramos nuestra conversación a través de la que me pude enterar que ella era de religión evangélica, muy estricta al parecer en sus dogmas. Sus problemas con la menstruación empezaron cuando ella era muy joven, abundantes hemorragias en cada evento que la afectaron tanto, que no había podido llevar una vida normal. Me contaba que nunca le supieron dar una buena explicación en los múltiples consultorios públicos que había visitado y que lo engorroso de la situación externa y lo íntimo de su situación interna, hicieron que ella nunca decidiera, hasta ahora, realizarse los exámenes necesarios para saber qué realmente ocurría en su interior. Le comunicaron que tenía miomas en su útero y que eran tan grandes, que ya no era posible hacer un tratamiento con hormonas, sino que era necesario extraerlos a través de una intervención quirúrgica. Y allí estaba, esperando ese momento.

Me contó que su familia era del sur de Chile, cerca de la rivera del lago Budi. Me dijo que era virgen. Que nunca había tenido una pareja, sólo encuentros pasajeros, sin importancia. Me decía que esperaba algún día encontrar un hombre y formar una familia. Sin embargo, se sentía muy insegura frente a los hombres y que parte de esta inseguridad se debía a “su problema”. No es que ella hablara abiertamente del tema, se notaba que le provocaba vergüenza, que había sido víctima de muchas situaciones incómodas generadas por su sangrado excesivo, pantalones manchados, piernas sangrantes. Pero ahora era el momento de hablar de este tema y ella lo aprovechaba.

El día de la intervención mi vecina de cama esperaba silenciosamente desde muy temprano. Entonces apareció el médico que la operaría, sonriente y joven, con un aire de simpática despreocupación y liviandad, de blanqueada pulcritud. Él habló con ella como si fuera una niña, llamándola “gordita”; le dijo que el mioma era muy grande y que tal vez debería extirpar su útero. Ella sólo lo miró y no preguntó nada. Él y su sonrisa se despidieron. Luego llegó la camilla y la mujer fue trasladada a la sala de operaciones.

Su útero fue extirpado. Cuando ella pudo hablar, después de que los efectos de la anestesia fueron reemplazados por el dolor y el dolor por el analgésico, me contó que ahora estaba vacía – así lo dijo – que todavía no entendía las razones pero que confiaba en la voluntad del “Señor” (Dios), que ya no habrían más señores en su vida, que ya no habría quien la quisiera, que estaba vacía.

Fue una visión muy desoladora; aquella mujer aparecía como un reflejo de muchas mujeres, afectadas en el centro de su feminidad, cercenada no sólo en su soma sino también en la comprensión de sí misma. La situación aparecía como una suma de incomprensiones, de falta de empatía y sensibilidad. Un espacio masculinizado, aséptico, cuerpos de mujeres abandonados a los criterios y decisiones del prestigioso y hegemónico conocimiento biomédico que habita y reina en este mundo blanquecino. Y ellas mismas, nosotras las mujeres, tratando de comprender nuestra dolencia, asediadas por metáforas de espacios e historias innombrables, afectadas en nuestro espacio materno – sexual. Incomprensión, soledad, vergüenza, humillación. Silencio.

El silencio envolvió a mi acompañante hasta el día que le dieron el alta.

Esta experiencia fue determinante para mí. En un aspecto indescifrable en ese momento, cambió en mi interior el sentido que hasta ese momento había tenido mi ejercicio profesional ¿Por qué hablar de otras/os cuando es tan urgente hablar desde “nosotras”? me afectó mucho sentirme parte, desde la observación y la vivencia, de un grupo de mujeres cuyos cuerpos ya no les pertenecían, emplazadas en un escenario basado en relaciones de poder y sometimiento, tan evidente, pero a la vez tan normalizado que no generaba

resistencia explícita entre las que compartíamos la sala común de ese hospital. Me sentí violentada e impotente.

Por mucho tiempo quise escribir al respecto, rescatar este y otros relatos que desaparecen en el silencio. Presento entonces, un trabajo muy personal pero también político; mi intención es y ha sido, dialogar con mujeres que han debido transitar por silencios naturalizados en momentos donde la urgencia era comunicar, explicar, contar, ser miradas a los ojos y escuchadas. Busco develar que este silencio no es natural, sino que forma parte de un sistema que lo avala y permite, de relaciones basadas en la normalización de prácticas violentas que trasgreden los límites corporales usualmente permitidos.

Mi posición no es ajena, hablo en primera persona a lo largo de mi exposición, presentándome como parte de una conversación con mujeres que en el caso de esta investigación, están viviendo el tratamiento de un cáncer cérvicouterino y que al igual que las mujeres de mi experiencia hospitalaria, guardaron silencio mientras sus cuerpos fueron manipulados y vulnerados en pulcros escenarios médico-patriarcales. Esta investigación es el resultado de enriquecedores diálogos con mujeres desbordantes de historias vigiladas y silenciadas, donde la enfermedad y todos sus tormentos fueron espacios fértiles para reflexionar y dar sentido a temas tan íntimos y significativos como son la experiencia del amor, la sexualidad y la maternidad.

Mi más profundo agradecimiento a las mujeres que participaron de las entrevistas y compartieron su intimidad. A ellas y a todas las mujeres silenciadas, dedico este trabajo.

2. PRESENTACIÓN

Esta investigación está basada en la subjetividad de las mujeres afectadas de cáncer cérvicouterino atendidas en hospitales públicos. El propósito fue re-construir significados, sentidos y experiencias a partir de diálogos íntimos y relativamente libres con mujeres afectadas por esta enfermedad, cuyos resultados fueron narraciones personales que entregaron una visión única y particular de la enfermedad, emergiendo a su vez una narración colectiva, fruto de los encuentros que pueden identificarse entre las vivencias individuales de las mujeres. Las visiones y relatos comunes de la enfermedad esbozaron un escenario adverso, conformado por prácticas institucionales, dentro y fuera del protocolo explícito, que no sólo desconocen la subjetividad de las mujeres respecto de la vivencia a la cual se ven confrontadas, sino que tienden a la anulación de su presencia como sujeto.

La investigación entonces, transita y dialoga con la dimensión subjetiva de la experiencia del cáncer cérvicouterino, y a la vez permite visualizar la existencia de una estructura que se construye y consolida a partir de prácticas individuales y relacionales que probablemente no sólo son propias de la atención de esta enfermedad particular, sino que corresponden a prácticas generalizadas del sistema de salud. Se trata de prácticas que facilitan la “reparación de la máquina corporal” convirtiendo al cuerpo en un objeto manipulable, que es posible cortar, cercenar, quemar con radiación y escarbar una y otra vez sin mayores explicaciones: en la mayoría de los casos sólo se les indica a las mujeres que deben someterse para sanar e incluso para seguir viviendo.

El hecho de que todas las afectadas sean mujeres, es también una variable que profundiza el sometimiento y anulación de sus voluntades, amparado por una estructura patriarcal de pensamiento y acción que se develó en el relato de las mujeres como parte de sus historias personales, pero también como parte de su experiencia en el sistema hospitalario. Aparecieron en las narraciones biográficas, que incluyeron el desarrollo y tratamiento de sus enfermedades, aspectos de una construcción estereotipada de lo femenino que las configuró como seres pasivos, sin poder de decisión, principalmente vinculadas a lo doméstico (y por lo tanto en desmedro en un escenario público, como puede ser el hospital) y dependientes de lo masculino. Todas estas características aportaron a construir relaciones

de poder que situaron a las mujeres en una posición de inferioridad. Lo masculino, por su parte, fue asociado al conocimiento, al poder de decisión, a la supremacía. En el circuito hospitalario, la mujer se presentó en todos los casos revisados, como la paciente o como una subalterna (matrona, administrativa) y el hombre como el médico, aquel que tiene el conocimiento para sanar.

Otro aspecto significativo asociado a la constitución de lo femenino, se refiere al hecho de que el cáncer en cuestión está ubicado en el útero, único órgano de la mujer que no tiene correspondencia en el cuerpo masculino. Parte de los resultados de esta investigación apuntan a reflexionar en torno a los significados que tiene la pérdida o daño de este órgano, como también la manipulación aparentemente neutral de la zona génito-anal, visualizando que las mujeres sometidas a estos procedimientos, realizaron reflexiones y cuestionamientos en diversos ámbitos de su noción de “femineidad”, que fueron desde directamente sentirse “menos mujeres” a interrogantes más sutiles acerca del rol tradicionalmente asociado a lo femenino.

Los tránsitos terapéuticos narrados en este estudio acontecen en un hospital público, contexto que condiciona un tipo de atención particular. Existe una triste relación en el sistema de salud de nuestro país, que indica que a mayor dinero cancelado por una atención médica, mejor será su calidad y esta condición genera crudas diferencias entre la atención pública y la privada. Por ejemplo, a diferencia de las clínicas privadas, los hospitales públicos son también espacios de educación y experimentación enfocados a formar a los futuros profesionales médicos, por lo que la atención a los pacientes, de forma recurrente, es realizada por un médico acompañado por un grupo de estudiantes, quienes aprenden de los distintos casos, convirtiendo a los sujetos enfermos en objetos de estudio. En el mundo privado, los sujetos enfermos son “clientes” y su trato se formaliza en torno a este principio de relación, por lo que la relación médico-paciente, es también una relación de mercado, atravesada y mediatizada por el dinero. Sin duda, la biomedicina opera en ambos espacios como el discurso de autoridad pero, el detalle del vínculo tiene diferencias profundas, que por su complejidad, no fueron abordadas en este estudio. Las narrativas que se presentarán

corresponden a mujeres que no han accedido a la atención privada por falta de recursos y no por una opción por el sistema público.

Son muchos los aspectos que inciden y afectan el desarrollo de la enfermedad, como múltiples también son las posibles lecturas que pueden darse a este doloroso tránsito. En este contexto y desde el convencimiento que sufrir cáncer cérvicouterino tiene implicancias que trascienden ampliamente la herida física, el trabajo que presento tiene como expectativa constituir un aporte para la comprensión de ésta y otras enfermedades, entendiendo que la enfermedad acontece en “sujetos encarnadas/os”, donde no es posible disociar las dimensiones psico-socio-somáticas ya que todo acontece al unísono en la experiencia. Cualquier fragmentación es ilusoria y va en perjuicio de la recuperación total de las mujeres afectadas por la enfermedad.

3. ANTECEDENTES

El cáncer cérvicouterino (CaCu), es un proceso lento y progresivo que afecta al epitelio escamoso del cuello del útero, generando transformaciones en la estructura y en la fisiología de este tejido. Este tipo de cáncer se origina a partir del contagio del virus de transmisión sexual papiloma humano (VPH) el cual provoca malformaciones en las células epiteliales, quedando de manifiesto al cambiar la organización, forma y tamaño de la mucosa. Las lesiones originadas por el VPH en el cuello uterino, han sido clasificadas como “Neoplasias Intra Epiteliales”, dentro de las cuales se identifican: NIE I o también conocidas como lesiones de bajo grado (LBG); las lesiones de alto grado (LAG) o NIE II y NIE III, se conocen como lesiones precursoras del CaCu (CaCu), se agrega a ellas el cáncer in situ (CIS), lesión que no traspasa la lamina basal del epitelio; al traspasarla recibe el nombre de cáncer invasor. (Minsal, 2011)

En Chile, el CaCu es prioridad para el Estado. Desde 1987 existe el “Programa Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer Cérvicouterino” con el objetivo de reducir la mortalidad y la incidencia de este tipo de cáncer. Este programa se ha focalizado principalmente en mejorar los tiempos de detección y en agilizar los procesos de diagnóstico y tratamiento. En 1997, el cáncer cérvicouterino se definió como “Prioridad Programática”, por lo que su tratamiento quirúrgico fue incorporado al Programa de Oportunidad de la Atención de FONASA y a partir del año 2001 se obtiene el financiamiento para el tratamiento con Quimio-Radioterapia para el sector público. (Minsal, 2011)

El Programa ha presentado importantes logros concretos en la reducción de la mortalidad y la cobertura: al comparar la tasa observada de mortalidad entre los años 1987 y 2008 en mujeres entre 25 y 64 años, grupo objetivo del Programa Nacional de Cáncer Cérvicouterino, se observa un descenso de un 57,3%. La mortalidad en mujeres menores de 25 años es ocasional y el ascenso se produce a partir de los 45 años, aumentando progresivamente. El 48,4% de las muertes se produce en mujeres entre 35 y 64 años (Minsal, 2010), se observa un aumento de cobertura de PAP en mujeres beneficiarias (25 a

64 años) de 26% a 66% entre los años 1990 y 2006, cada vez el cáncer es detectado en una etapa más temprana, por ejemplo, entre el año 2004 y el 2009 y el porcentaje de cánceres que se detectaban en estadio IV (el más avanzado) se han reducido a la mitad. (Minsal 2011)

Sin embargo, los logros mencionados no son suficientes. Hay aspectos de la enfermedad que ni siquiera son considerados al momento de evaluar los avances en su “combate”. En el año 2006 la revista Chilena de Obstetricia y Ginecología publicó varios estudios que buscan dar cuenta de estas falencias (Cerdeña, et als.; Donoso, et als.; Montes et als.; Urrutia, et als.). Uno de ellos en particular, evaluaba la Calidad de Vida en mujeres con cáncer cérvicouterino y se afirmaba que ésta se ve alterada en todas sus dimensiones, principalmente en la dimensión sexual. Se trata de un estudio bibliográfico, que postula la importancia de considerar la *Calidad de Vida* como un parámetro útil de evaluación, para brindar de esta manera una intervención oportuna, centrada en la necesidad que ellas presentan (Montes et al. 2006). Considerando que este estudio define Calidad de Vida como: “una noción humana subjetiva que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, y social, así como con el sentido que le atribuye a su vida” (Ibíd.: 130).

Según el estudio, esta enfermedad y su tratamiento tienen claras consecuencias en las dimensiones sexual, psicológica, social y física. Respecto de la sexualidad, se afirma lo siguiente: las alteraciones sexuales referidas por pacientes sometidas a radioterapia en los primeros dos años posteriores al tratamiento, incluyeron: ausencia o falta de libido (85%), falta de lubricación vaginal (35%), dispareunia (55%), disconformidad con la vida sexual (30%) y pareja con libido disminuido (40%). La estrechez vaginal dificulta la penetración por lo que un 30% de las pacientes tienen gran dificultad de completar el coito, mientras que para un 45% éste fue imposible. (Ibíd.: 131).

Como parte de la dimensión psicológica se destaca que el CaCu es el cáncer que reporta mayores índices de depresión, comparado con otros cánceres como el de mamas o endometrio. En la dimensión social se analizan las consecuencias que tiene la relación que

se presenta entre el CaCu y la promiscuidad sexual en las mujeres afectadas, concluyendo que esta relación aparente, muchas veces genera un estigma que provoca aislamiento por vergüenza, rabia, negación y depresión (Ibíd.). Por otra parte, dentro de la dimensión social, se plantea que la completa reinserción de las mujeres a su rutina habitual, suele ocurrir luego de dos años, no por los efectos de la enfermedad en sí, sino debido a los efectos secundarios del tratamiento recibido. Por último, la dimensión física se presenta como la más valorada por la medicina actual, indicando también que a mayor número de tratamientos y procedimientos, mayor será la probabilidad de quedar con efectos secundarios, principalmente gastrointestinales y genitourinarios, secuelas que tienen un umbral de duración que va entre los dos a cinco años, pero que incluso pueden extenderse hasta por veinte años.

En la Guía Clínica del Cáncer Cérvicouterino elaborada por el Ministerio de Salud el año 2010, en tanto manual instructivo que especifica los pasos a seguir frente a la detección y curación de esta enfermedad, aspectos como “la vida familiar, amorosa y social” o “el sentido que la mujer genera en torno a su enfermedad”, son mencionados de manera tangencial, casi anecdótica. Al referirse, por ejemplo, a los recursos humanos que intervienen en el proceso, indican que el equipo mínimo debiese estar conformado por “un ginecólogo-oncólogo o ginecólogo colposcopista y una matrona capacitada” (Minsal, 2010: 7) Nótese la distinción de género de los profesionales involucrados. Luego, el equipo “complementario” puede estar conformado por: tecnólogo médico especialista en citología, radiólogos, anestesistas, psicólogos, kinesiólogos, asistentes sociales. Es decir, el apoyo emocional o psicosocial tiene un aspecto tan complementario como un tecnólogo médico, sin restar importancia a la labor de este último, pero destacando que el abordaje adecuado del “tránsito emocional y psicosocial” que viven estas mujeres, principalmente por la crudeza de los procedimientos, es ciertamente más importante que la manipulación técnica de una máquina en un examen determinado.

Luego, en la página 19, se enuncia la existencia de “Educación, orientación y apoyo psicológico individual”. Y eso sería todo, no hay ninguna especificación al respecto. Dentro de las 62 páginas en las que se elabora un detallado protocolo de acción, no se presenta

ningún procedimiento, indicación o recomendación, que aluda al estado subjetivo de la mujer afectada por la enfermedad. Ella sin duda es, ante todo, un cuerpo con cáncer. Su existencia, en tanto sujeto que sufre, es tangencial y hasta cierto punto, invisible.

Otro aspecto relevante acerca de vivir un cáncer, tiene que ver con las asociaciones vinculadas a esta enfermedad. Ya en el año 1977 Susan Sontag ponía de manifiesto el peso punitivo, estigmatizante y condenatorio de la palabra “cáncer”, cuya sola mención desata asociaciones ineludibles con la muerte, no sólo en el espacio del cuerpo enfermo, sino que además como metáfora en otros ámbitos del imaginario, una metáfora que constituye un “insulto supremo al orden natural” (Sontag, 1977: 70). Comparar un hecho o una determinada situación política con el cáncer, por ejemplo, equivale a afirmar que el hecho o situación son irremediables e incondicionalmente viles (Ibíd.). A pesar de que ya han pasado más de 30 años desde la publicación del texto de Sontag, quien en aquel entonces vaticinaba que “el cáncer como metáfora caerá en desuso (...)mucho antes que los problemas que tan persuasivamente supo reflejar”(Ibíd.: 85), y a pesar de los múltiples avances tecnológicos que han incidido en mejorar las expectativas de la enfermedad, la densidad simbólica que aún tiene el cáncer es ineludible, la sombra de la muerte está presente en cada diagnóstico de cáncer, materializándose en preguntas, reflexiones e incluso amenazas. El cáncer sigue considerándose como una experiencia “prototípicamente negativa” (Johnston, 1995).

En situaciones negativas de la vida, cuando se generan cambios drásticos y dolorosos, los humanos tendemos a rehacer nuestro modelo de realidad, en función de adaptar y ordenar los nuevos eventos que rompen el cotidiano de manera nociva. La configuración de sentido es un aspecto significativo en la vivencia del cáncer, hay una necesidad de entregar sentido a la experiencia vivida, al quiebre. Preguntas como: ¿Por qué estos eventos ocurren? ¿Por qué a mí? ¿Para qué? ¿Seré capaz de sobrellevar esta experiencia? Y otras similares se manifiestan en estas circunstancias, junto a interpretaciones y valoraciones de la enfermedad y su devenir (Johnson, 1995). Existen evidencias de la importancia que tiene la rearticulación de sentido en situación de cáncer, no sólo para quien está siendo afectado por la enfermedad, sino que también para los terapeutas que guían la recuperación, motivo por

el cual, desde hace décadas se viene reforzando la idea de que “los profesionales de la salud necesitan conocer cuáles son los significados que las mujeres le adscriben a su enfermedad, para identificar las estrategias que elaboran para sobrellevarla y asegurarse que reciban el apoyo necesario en orden de promover su recuperación física y psicológica” (Luker et al.,1996: 1194). Sin embargo, como es posible apreciar en los documentos que definen el accionar de los profesionales de la salud frente a un diagnóstico de cáncer, no es un tema que se ha incorporado como prioridad dentro de la institución médica chilena.

Al parecer es la carne vaciada de sujeto el nicho del quehacer médico, a pesar de la importancia evidente que tiene la emergencia del “cuerpo vivido y presente”, del “sujeto encarnado” al momento de confrontar eficazmente la enfermedad.

3.1 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y SANACIÓN

Como parte de los antecedentes, se ha considerado un apartado especial destinado a los procedimientos de diagnóstico y tratamientos del cáncer, dado que parte importante del impacto que tiene sufrir esta enfermedad, está dado por el tránsito terapéutico, que en ciertos casos, trasciende incluso a la marca que tiene la enfermedad en sí. Se describen a continuación, aquellos procedimientos que han sido mencionados por las pacientes y que de alguna manera tuvieron repercusiones en su proceso de significación de la enfermedad. No se busca abarcar el detalle técnico de los procedimientos ni tampoco describir su fundamentación científica en detalle, por lo que a continuación se realiza una descripción general, que tiene por objetivo orientar la posterior lectura de los casos abordados por el trabajo de investigación.

Un primero momento dentro de la fase diagnóstica es el *Papanicolaou*, que consiste en cortar un pequeño trozo del cuello del útero con la finalidad de analizar si éste tiene alguna alteración. Este procedimiento se lleva a cabo en consultorios o consultas particulares, ya sea por un/a médico o matrona. No necesita anestesia. En el caso de las mujeres que se atendieron en primera instancia en una consulta privada, lo que se realiza a continuación del Papanicolaou, o si el doctor tratante considera que a simple vista la mujer se encuentra

en una situación complicada, es una *colposcopia*, que es una forma especial de examinar el cuello uterino. Se utiliza luz y un microscopio de baja potencia para hacer que el cuello uterino aparezca mucho más grande. En caso de encontrar áreas anormales en el cuello uterino se puede tomar una biopsia de ser requerido.

Si se descubre alguna alteración y la decisión (voluntaria o por necesidad) de la mujer es atenderse en el servicio público, es derivada al hospital que corresponde a su domicilio. En el hospital se les asigna una hora para ser evaluadas por un comité. Este comité está compuesto por expertos en la materia, que en su conjunto diagnosticarán la enfermedad, entregándole una etimología específica, como también un tratamiento a seguir. Tres de las entrevistadas afirmaron haber sido examinadas directamente por el comité (conformado por alrededor de 10 profesionales) y la cuarta identificó esta instancia sólo como consultiva.

La *conización cervical* puede ser el siguiente paso; es un procedimiento tanto de diagnóstico como de tratamiento, en el caso de situaciones de cáncer que estén recién comenzando. La *conización* es un procedimiento quirúrgico que se realiza en el hospital que consiste en cortar trozos de cuello uterino, ya sea bajo sedación intravenosa o anestesia general.

No para todas se utilizan los mismos procedimientos, éstos dependerán de la gravedad y tipo de lesión cancerosa que presente la mujer. Otros procedimientos por los que suelen pasar las mujeres en el proceso de diagnóstico son la *cistoscopia*, que consiste en la introducción de una sonda con una cámara a través de la uretra; procedimiento similar es la *rectoscopia*, donde la sonda se introduce por el ano, llegando incluso al ciego. Ambos procedimientos suelen realizarse sin anestesia.

Una vez finalizado el diagnóstico, prosigue la aplicación de procedimientos enfocados al tratamiento del CaCu. Estos procedimientos son, principalmente: *histerectomía*, *radioterapia*, *quimioterapia* y *braquiterapia*. La histerectomía puede ser: *parcial* (o supracervical), en el cual se extirpa sólo la parte superior del útero. El cuello uterino se deja en su lugar; *total* en la cual se extirpa todo el útero y el cuello uterino o *Radical*, donde se extirpa el útero, el tejido en ambos lados del cuello uterino y la parte superior de la vagina.

Puede realizarse uno o todos los procedimientos, dependiendo del caso. También puede haber una alteración en el orden; la histerectomía puede realizarse antes o después de la radiación.

Cabe destacar que “la histerectomía es la alternativa de elección en una mujer que ha completado su paridad y tiene el diagnóstico histológico de AIS (Adenocarcinoma In Situ). De acuerdo al caso clínico la histerectomía puede ser abdominal o vaginal. ***Tratamientos conservadores (escisionales) son aceptables en mujeres con interés en fertilidad***”(Minsal, 2011: 25). Afirmación que remite a la valoración de las mujeres a partir de su rol reproductivo, adscribiendo un rol funcional al órgano en cuestión sin considerar los daños colaterales que tiene en cualquier mujer la extirpación del útero, tenga ella o no interés en tener hijos.

La *quimioterapia* se realiza de manera conjunta con la *radioterapia*. Como parte del proceso de radiación, se realiza una sesión focalizada, llamada *braquiterapia*, que consiste en la colocación precisa de las fuentes de radiación directamente en el lugar del tumor durante una jornada. Mientras dura el procedimiento, las mujeres deben estar inmóviles; el dispositivo de radiación se ha introducido por sus vaginas, las que luego son cosidas por todo el tiempo que dura la sesión.

Para dimensionar el impacto que tienen estos procedimientos, revisaremos el instructivo del Minsal, en un apartado que consigna el “consentimiento informado” que las mujeres deberían firmar una vez comunicado el diagnóstico. Se afirma lo siguiente respecto de la quimioterapia y la radioterapia (Minsal, 2010:60):

- La quimioterapia son medicamentos endovenosos u orales, anticancerosos, que tratan de controlar o curar mi enfermedad. Puede provocar efectos secundarios desagradables frecuentes y transitorios como: caída del cabello o vómitos y náuseas, otros efectos menos frecuentes como úlceras bucales, anemia, infección, sangramiento, incluso ocasionalmente efectos graves como esterilidad y *hasta la muerte*.

- La radioterapia, consiste en la aplicación de radiación que trata de disminuir, total o parcialmente el tumor. Puede provocar efectos secundarios desagradables frecuentes y transitorios como: mareos, lesión local de la piel y mucosas, alteración del gusto, náuseas, vómitos y diarrea. Otros efectos menos frecuentes como úlceras bucales, anemia, molestias para orinar, y pérdida de la sensibilidad superficial.

Ninguna de las entrevistadas consignó como parte del protocolo la firma de este consentimiento informado, como tampoco estaban al tanto de todas las secuelas asociadas.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Indagar en las experiencias y significados del cáncer cérvicouterino y su incidencia en la comprensión de lo femenino, en mujeres atendidas en hospitales públicos de la ciudad de Santiago de Chile.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- A. Explorar en las explicaciones y significados de las mujeres afectadas acerca de su enfermedad.

- B. Describir las experiencias terapéuticas de las mujeres.

- C. Indagar en la comprensión de lo femenino a partir de la vivencia del cáncer cérvicouterino.

5. MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL.

5.1 La enfermedad como suceso interpretativo: Aproximaciones desde la antropología médica centrada en el significado.

La antropología médica centrada en el significado, originada hace ya más de 40 años, ha establecido interesantes fundamentos que han permitido el desarrollo de múltiples investigaciones, que dentro y fuera de la tradición biomédica, se han aproximado a la enfermedad como experiencia significativa, permitiéndonos incorporar en su análisis y comprensión, variables tales como la producción de símbolos, el contexto y las relaciones que surgen, se fortalecen o debilitan en torno a ella.

La biomedicina, contexto en el que desarrolla este estudio, ha puesto su foco en la fisiología humana o más específicamente, en la fisiopatología. Los aspectos subjetivos de las patologías, tienen un rol secundario en el exitoso desarrollo de esta disciplina. Frente a esta tradición empirista, desde la antropología se propuso desarrollar un modelo de lenguaje médico alternativo, capaz de interpretar la enfermedad desde los significados que ésta tiene para los propios actores. A partir de este enfoque, la enfermedad no sólo se considera como un proceso fisiopatológico, ni sus síntomas como una manifestación directa de una disfunción, sino más bien, como un *conjunto de significados* (Good, 1994).

Estableciendo un co-relato al acercamiento biológico, la lectura interpretativa propone entender la enfermedad como un cúmulo de experiencias vinculadas entre sí, que son vividas e interpretadas por un/a individuo/a y su entorno directo. Estas experiencias relacionadas, pueden ser articuladas y enunciadas a partir de una *red semántica* basada en los *significados implícitos y explícitos*, como también en la *interacción social* (Ibíd.). Las dolencias, el sufrimiento personal y familiar, el sentimiento de desamparo, la enfermedad en sí, etc. se comprenden como una serie de sucesos interrelacionados que tienen interpretaciones particulares para cada una/o de los actores involucrados (enfermas/os, médicas/os, familia, amigos/os, comunidad, etc.), y que se enmarcan en un diálogo intrínseco y permanente con el contexto socio-cultural en el que ocurren.

Se ha propuesto y desarrollado desde esta tradición, la configuración de “*redes semánticas de la enfermedad*”, cuyo proceso de construcción involucra decantar y cristalizar los relatos que surgen en esta experiencia, con el fin de explorar el territorio de la enfermedad en su contexto socio-cultural-local y a la vez, su desarrollo e implicancias en la vida cotidiana. La elaboración de redes semánticas asociadas a la investigación interpretativa, pone de manifiesto profundas asociaciones que se han naturalizado al interior de una cultura, es decir, relaciones simbólicas que por su persistencia son percibidas por los miembros de una comunidad como parte de la naturaleza. No existe una forma unívoca de elaborar redes semánticas, por lo que dentro de la literatura antropológica es posible encontrar múltiples expresiones y formatos (Ibíd.); sin embargo, todas tienen en común la posibilidad de indagar en las íntimas asociaciones existentes entre la enfermedad, su terapéutica y el sistema cultural del cual forman parte.

Desde esta tradición, no es posible entender la etiología, sintomatología, curso de la enfermedad y tratamientos, como si se tratara de acontecimientos aislados del contexto cultural en el cual se desarrollan. La cultura *aporta un puente simbólico entre los significados intersubjetivos y el cuerpo humano* (Kleinman, 1983). Cualquier enfermedad humana “refleja y provoca formas de experiencia y de relaciones sociales, que la constituyen como “*síndrome de significado y experiencia*” (Good, 1994:112). Considerar la experiencia y las relaciones sociales como parte constitutiva de la enfermedad, implica que la relación entre las interpretaciones identificadas a partir de las redes de significados o alguna metodología afín, no pueden ser consideradas sólo en términos semánticos: el análisis no se completa sin la presentación subjetiva de la experiencia, junto con la consideración del contexto político, social, económico, ético y estético en el cual se configuran los significados identificados. Parte de estos estudios se han desarrollado al interior del sistema biomédico, siendo éste definido como un “*sistema cultural*” y por lo tanto, como un campo específico de indagación antropológica (Ibíd.:108).

Complejos sucesos humanos se “objetivan” bajo el rótulo de “enfermedad”, permitiendo a su vez objetivar el desarrollo de prácticas y conocimientos asociados a su diagnóstico y

terapéutica. Desde la tradición centrada en el significado, se afirma que la “*enfermedad no es una entidad, sino que un modelo explicativo* que se sitúa en la *cultura médica especializada*” (Ibid.:109). En términos metodológicos, los Modelos Explicativos se han entendido como nociones acerca de la enfermedad y su tratamiento, y proponen un camino que permite presentar las explicaciones de la enfermedad provenientes de los pacientes, profesionales, familiares y otros actores involucrados. Los Modelos Explicativos se enmarcan en una orientación centrada en el significado, que supone el reconocimiento y estimación de la perspectiva del paciente de manera simétrica a la perspectiva médica. Su adecuado desarrollo y comprensión puede ser clave al momento de resolver problemas que aparecen en la comunicación clínica. La interpretación de la enfermedad, nos devela también la *historia del discurso* que modela la explicación, la que sin duda constata y devela a su vez historias de la constitución de la cultura y el poder local (Kleinman, 1983).

En el caso de esta investigación, abordo el Modelo Explicativo y las redes semánticas que surgen desde el relato de las mujeres entrevistadas, ya sea de manera explícita o indirectamente. En cualquiera de los casos, la perspectiva de las mujeres presenta un enfoque particular, distinto al biomédico, que abre un espacio de comprensión de la enfermedad aún inexplorado.

La pregunta por el significado del cáncer, se ha cristalizado históricamente a través de metáforas que incluso trascienden los límites somáticos. El cáncer encarna el mal; desde su configuración histórica más temprana, ha dado cuerpo a metáforas altamente punitivas y vergonzosas, siendo utilizada como figura en narrativas históricas, sociales y literarias, en tanto sinónimo de muerte, pudrición y culpa, entre otros (Sontag, 1977). Quien padece cáncer es vulnerable a esta alegoría, como si una suerte de halo fúnebre lo cubriera desde el momento del diagnóstico, una condena a muerte precoz que aporta de manera perjudicial a los procesos de significación y reconstitución de sentido. La presencia de esta metáfora es visible y es considerada al momento de analizar las narrativas en busca de significados y sentido de la enfermedad.

La presentación y representación de una enfermedad como el cáncer en la vida de un sujeto, no sólo implica una ruptura en los hábitos y prácticas corporales, sino que ocurre también en la noción de realidad que el individuo ha construido a partir de su contexto sociocultural y su historia personal: una idea de realidad generalmente coherente e integrada que le permite confrontarse al mundo desde una posición particular. Al fracturarse la noción de realidad, en lugar del orden se manifiesta la desintegración, la falta de control y la aleatoriedad. Es en este contexto donde irrumpen narrativas de la propia historia que se articulan a través del sentido; “por qué” y “para qué” son preguntas que aparecen en momentos de cambio, que desplazan la visión que se ha tenido del mundo hasta ese momento. La reiteración en la búsqueda de sentido en enfermos con cáncer ha sido ampliamente documentada (Johnston, 1995; Luxardo, 2009), estableciendo que el cáncer se presenta como una situación prototípicamente negativa, asociada a la carga simbólica ya presentada.

La investigadora argentina Natalia Luxardo, a partir de una extensa investigación basada en relatos de vida de personas en situación de cáncer, presenta de qué manera el cáncer es comprendido simbólicamente y etiológicamente por las personas afectadas, sugiriendo también la aparición de una nueva perspectiva del tiempo que surge a raíz de la vivencia de esta enfermedad. Desde lo simbólico, las narrativas asociadas al cáncer lo vinculan con lo amenazante y acechante, con un carácter azaroso y a veces incontrolable. Como ya mencionábamos, el cáncer aparece también como una amenaza directa a los valores de la sociedad occidental contemporánea ya que pone en jaque su pretendida intención de control a través de las bio-tecnologías y el conocimiento científico. Las vivencias del cáncer son propensas a ser descritas y metaforizadas por los afectados y otros cercanos en términos del mal, del demonio (ámbito sagrado) y la guerra. Es una enfermedad que conlleva connotaciones en sí, con el sólo hecho de ser nombrada (Luxardo, 2008).

La etiología del cáncer analizada desde la perspectiva de los pacientes, se aleja de las explicaciones emanadas de la biomedicina, instalando en su lugar narrativas que apuntan principalmente a cuestionamientos existenciales del paciente (Ibíd.). La explicación del cáncer, se sustenta en un autoanálisis que puede tener ejes diversos, tales como los deseos,

malestares sociales e individuales, responsabilidad, aleatoriedad. La reconstitución del sentido en sujetos con cáncer, apela básicamente a elementos extra-orgánicos, su comprensión y perspectiva se sustentan en una aproximación a la enfermedad desde el significado.

Finalmente, como ya se ha enunciado, Luxardo analiza la temporalidad asociada a esta enfermedad. Un primer alcance se refiere a la rapidez asociada a los desenlaces fatales (muerte, deterioro, expansión de la enfermedad), velocidad que incluso se contrapone a los datos emanados de la biomedicina, que la describen en muchos casos con el comportamiento de una enfermedad crónica. Esta percepción del tiempo asociado al avance de la enfermedad, repercute en la percepción y valoración del tiempo personal: *“La evaluación de la propia vida sobre la base del tiempo, ahora finito, lleva recurrentemente a una interpelación de la existencia pasada y, especialmente, a la capacidad para haber gozado, la plenitud de una vida íntimamente conectada al hecho de haber sido -o no- feliz”* (Ibíd.:106). La cadencia del tiempo y sus implicancias adquiere otra espesura, densidad que se manifiesta en situaciones claves de la evolución de la enfermedad.

Para finalizar este apartado, enfocado a presentar la enfermedad desde una perspectiva interpretativa, me parece útil presentar dimensiones de la enfermedad que en sus inicios, orientaron los focos de la antropología médica y que pueden resultar de aclaratorias al momento de analizar los textos. En inglés puede describirse esta distinción en el lenguaje (cosa que en español es compleja) a partir de las designaciones: *disease*, *sickness*, e *illness*. Una primera distinción es descrita en los años 70' del siglo pasado, por Fabrega, (Alland, 1970) médico con formación antropológica, quien básicamente realiza una diferenciación entre *disease* e *illness*, cuyos principios, a pesar de haber sido re-interpretados, tiene vigencia aún. Disease se describe como un concepto que da cuenta de los aspectos biofísicos de la enfermedad, en tanto alteraciones del funcionamiento normal (según el contexto cultural en que se describa esta disfunción) del cuerpo humano. El concepto de illness, por su parte, designaría aspectos con un componente subjetivo mayor, donde lo que operaría para definir la enfermedad serían aspectos psicológicos y sociales. Sickness, en tanto concepto diferenciador, se incorpora en la década del 80' como parte del desarrollo

teórico de la antropología médica y designa una categoría que se refiere específicamente al sentido social que se le entrega a la enfermedad, incluyendo prácticas y rituales asociados.

Estas categorizaciones resultan clarificadoras en este estudio, donde el foco principal estará dado por la noción de la enfermedad en tanto fenómeno subjetivo (*illness*). El concepto de padecimiento es un vocablo hispano que es de gran utilidad al momento de abordar aspectos subjetivos. Este concepto aparece mencionado en algunos textos elaborados desde la antropología médica (Menéndez, 2003), asociado a un acercamiento capaz de abordar el fenómeno desde una perspectiva más integral, que posiciona al sujeto en un primer plano. En el análisis está presente también la configuración del cáncer al útero en tanto fenómeno de carácter social (*sickness*), en la medida que se explicitan prácticas y estructuras que enmarcan y direccionan la comprensión y tratamiento de esta enfermedad principalmente al abordar la visión médica occidental y el espacio hospitalario.

5.2. Encarnación de la enfermedad: aproximación desde la antropología del cuerpo.

La vivencia de corporizar el cáncer, es una reflexión que nos permite acceder a un sentido particular de la enfermedad. El cáncer en tanto enfermedad y terapéutica, remite a una experiencia corporalmente significativa, el sujeto puede percibir, por ejemplo, basado en una explicación médica, que es su propio cuerpo el que inicia procesos altamente autodestructivos, como la metástasis y los tumores. Situarse en el mundo en tanto cuerpo con diagnóstico de cáncer, nutre el proceso reflexivo primario de prácticas y percepciones. Luego, los invasivos procedimientos terapéuticos, tanto diagnósticos como curativos, fracturan la noción de límites respecto de lo normalizado: el cuerpo se confronta a prácticas invasivas validadas positivamente, que incluyen el cercenamiento y las quemaduras.

A pesar de que la antropología médica centrada en el significado incorpora al cuerpo como aspecto clave en el análisis de la experiencia, he decidido darle un espacio independiente a consideraciones de una corriente antropológica que se identifica directamente con el cuerpo como territorio de estudio. El elemento más o menos unificador de estas teorías, es trascender el sentido interpretativo del lenguaje y los textos, buscando alcanzar la base

experiencial de la enfermedad; ya no se buscará percibir la enfermedad sólo como un círculo dominante, un texto o una narrativa de padecimiento, sino como una “experiencia humana intersubjetiva” (Good, 1977).

El cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí misma (Le Breton, 1990). Las representaciones sociales del cuerpo lo sitúan en una posición particular dentro del sistema simbólico, permitiendo al sujeto otorgar sentido a su carnalidad. Las concepciones del cuerpo están estrechamente vinculadas a las visiones de mundo que el ser humano ha desarrollado a través de la historia ya que cada sociedad le otorga un sentido y un valor particular que articula un saber respecto de él: sus constituyentes, sus prácticas, sus correspondencias, su normatividad, etc. (Le Breton, 1990).

La concepción de “embodiment” emerge en la literatura anglosajona como una manera de describir la distinción que existe entre el cuerpo (body) entendido como el territorio biológico y material y el “hacerse cuerpo” (embodiment)², concepción que entiende el cuerpo como un “territorio existencial de la cultura”, el dominio de la experiencia, la posición desde la cual percibimos el mundo, el principio generador y unificador de todas las prácticas. El “hacerse cuerpo” acontece en una dimensión pre-objetiva de la existencia humana, que no opera desde lo sensible ni lo racional. Es en esta “encorporización” donde es posible situar la raíz de la percepción humana que aún no distingue entre el sujeto y el objeto, dado que los objetos son un producto secundario del pensamiento reflexivo. Se relaciona también a la práctica, descrita en tanto “habitus” por Pierre Bourdieu, entendida como aquella estructura primaria invisible a los ojos del sujeto, a partir de la cual se ajustan objetivamente otras prácticas y estructuras. Thomas Csordas propone el concepto de embodiment como un camino metodológico capaz de acceder a la experiencia corporal en tanto espacio privilegiado de la cultura, develando un modo concreto de presencia y compromiso en el mundo (Csordas, 1990).

² Esta palabra no tiene una traducción única en el español, por lo que en muchos textos de habla hispana se conserva la voz inglesa.

Desde la antropología del cuerpo, se ha planteado que la medicina occidental vive en la actualidad una crisis, que radica en la concepción que ésta tiene del cuerpo. Esta tradición médica despersonaliza la enfermedad y el ser humano es alcanzado de rebote por una alteración que sólo concierne al organismo: *la medicina dejó de lado al sujeto y a su historia, su medio social, su relación con el deseo, con la angustia, con la muerte, para considerar solamente el mecanismo corporal* (Le Breton, 1990:179).

En este contexto, la medicina tiende con frecuencia a curar una enfermedad, pero no a un enfermo, en tanto ser sensible que tiene una trayectoria particular. El olvido u omisión acerca de que el ser humano es un ser de relaciones y símbolos, priva a la medicina de un aspecto fundamental de los procesos terapéuticos: la eficacia simbólica. Por eficacia simbólica se entiende un proceso antropológico que se establece entre el curador y el enfermo, donde se busca establecer un vínculo entre el mal (enfermedad) y el sujeto: se trata de un camino donde el conocimiento de la enfermedad no proviene de un aprendizaje aislado, sino de una experiencia vívida de la enfermedad. Este recurso es utilizado por distintas tradiciones terapéuticas populares, donde el “conocimiento” se acerca a un “conocer” compartido por el terapeuta y el enfermo, más que en un saber universitario validado por una academia (Le Breton, 1990).

Existen interesantes aproximaciones al nivel de porosidad que tiene el cuerpo respecto del símbolo. Un interesante ejemplo es la “idea de muerte sugerida por la colectividad” registrada etnográficamente a principios del siglo XX en culturas originarias de Australia (Mauss, 1971). Este fenómeno refiere a la muerte acaecida luego de la violación de un tabú y su consecuente condena, sin mediar ningún acto físico que la provoque. La persona interioriza la idea de que la muerte lo está persiguiendo y luego de un par de días, muere. El poder de la palabra colectiva y la acción del símbolo se hacen evidentes en este ejemplo (Le Breton, 1990), y al ser considerados sólo en términos anecdóticos o residuales, disciplinas como la medicina, podrían estar desperdiciando recursos que sin duda potenciarían los resultados obtenidos a partir de la prestigiosa eficacia farmacológica. Por otra parte, la distancia social y cultural que muchas veces separa al médico (hombre importante, poseedor de un conocimiento misterioso que raramente comparte) del enfermo, (sujeto que

no posee ningún saber sobre sí mismo y que ignora las significaciones que lo atraviesan y que está destinado a no comprenderlas), hace difícil el establecimiento de cualquier vínculo simbólico enfocado a potenciar la terapéutica (Ibíd.).

Nancy Scheper-Hughes y Margaret M. Lock (1987) han sintetizado los estudios del cuerpo definiendo tres dimensiones de análisis: cuerpo individual, cuerpo social y cuerpo político. Estas conceptualizaciones representan no sólo unidades de análisis distintas, sino que también acercamientos teóricos y metodológicos diferentes a la existencia corporal. La dimensión individual es el acercamiento desde una perspectiva fenomenológica y da cuenta de la experiencia del cuerpo encarnado en tanto existencia capaz de distinguirse de otros cuerpos individuales; los modos de existencia y de conciencia corporal son altamente variables, como también el tipo de relaciones posibles de establecer y la repercusión de estas relaciones en el cuerpo. La dimensión social se refiere a los usos representacionales del cuerpo como símbolo natural a través del cual es posible pensar acerca de la naturaleza, la sociedad y la cultura. Las prácticas sociales entonces, pueden ser consideradas como representaciones inconscientes de la experiencia del sí mismo en el cuerpo; o de manera contraria, es posible suponer la experiencia del cuerpo como representación de la sociedad. Finalmente la dimensión política, se refiere a la regulación, subsistencia y control de los cuerpos, en ámbitos humanos como la reproducción y sexualidad, el trabajo, el tiempo libre y la enfermedad, entre otros (Scheper-Hughes, Lock, 1987).

El cuerpo de las mujeres con cáncer cérvicouterino emerge en toda las dimensiones señaladas. Es un cuerpo individual que padece y se confronta al sufrimiento que se encarna a partir de esta experiencia, como también a los modelos que construye el dominio de la biomedicina. El cuerpo que ha construido la biomedicina, en tanto cuerpo individual, se sustenta en el pensamiento materialista cartesiano que opera a partir de dualidades como espíritu/materia, cuerpo/mente, real/irreal. El sustento de la medicina occidental moderna se nutre de una concepción mecanicista del cuerpo y sus funciones, que genera una realidad en la cual es posible sanar “la máquina” corporal sin considerar el sujeto que la corporiza. A pesar de los avances generados dentro y fuera de la medicina en vías de incorporar una perspectiva integrada de la enfermedad, las prácticas médicas siguen siendo

despersonalizadas, dejando de lado al sujeto y su historia. El cuerpo enfermo se presenta dissociado del sujeto enfermo, el objetivo es conocer con detalle esta “máquina” y aplicar técnicas objetivas enfocadas a devolverle la salud. Los estudios antropológicos y médicos enfocados a entender al ser que padece y su experiencia de la enfermedad desde una perspectiva integrada usualmente se ven atrapados por la perspectiva cartesiana: no existen o son muy precarios los conceptos que buscan articular la mente, el cuerpo y la sociedad como parte de un mismo fenómeno (Ibíd.). Los conceptos que aparecen, tales como “sicosomático” o “somatosocial”, por ejemplo, no logran abarcar las complejidades de la realidad que pretenden describir: no son capaces de describir a cabalidad los millares de modos en que habla la mente a través del cuerpo ni la múltiples formas en las que la sociedad se inscribe en el “expectante lienzo que es la carne humana” (Ibíd.:10).

El cuerpo en situación de cáncer ingresa al sistema hospitalario limitado a la visión médica que lo sostiene. La mujer, en tanto sujeto que padece, no tiene espacio en los indicadores considerados para el seguimiento de su enfermedad. Al parecer el sujeto encarnado presenta una complejidad que no alcanza a ser abarcada por los servicios de salud, mucho menos por el sistema público que debe cumplir con estrictos indicadores que apuntan directamente al cuerpo desde la perspectiva mecanicista recién presentada,

Al abordar el cuerpo desde una perspectiva social, apelamos a los aspectos simbólicos que desde él se generan. En nuestra cultura, una de las principales metáforas se nutre y sostiene en la visión mecanicista, donde el cuerpo es alienado del sujeto y se constituye en una suerte de máquina funcional a los modos de producción capitalista, que junto con separar y jerarquizar funciones a partir de labores mentales y manuales, nutre y fortalece una ecuación simbólica que iguala el cuerpo humano a una máquina. En el contexto de esta alegoría contemporánea, el cuerpo de las mujeres es “una máquina” destinada a la reproducción, visión arraigada y sustentada en la tradición patriarcal que aún persiste, a pesar de los avances en la emancipación de las mujeres. Esta suerte de “cuerpo máquina-receptáculo” de la trascendencia social, tiene su foco en un órgano específico: el útero. Para esta investigación, las consideraciones simbólicas en torno a la matriz son un punto de

partida y sus implicancias serán analizadas en detalle en el próximo capítulo de este marco conceptual.

Los estudios enfocados a identificar y caracterizar la noción de cuerpo político, apuntan en gran medida a las relaciones de poder y control, siendo la cultura una fuente primordial de disciplinamiento, dado que es a partir de la incorporación en una cultura específica que se incorporan los códigos y claves sociales para la domesticación del cuerpo individual en conformidad a las necesidades del orden político y social. Las instituciones de salud han sido históricamente estudiadas como escenarios propicios para develar patrones de disciplinamiento, dada la propensión que allí existe a naturalizar prácticas de control del cuerpo y sus funciones. Al interior de los hospitales es posible identificar estructuras de poder institucionalizadas, que se cimentan en el conocimiento biomédico y se encarnan en las relaciones que se establecen entre el equipo médico y los sujetos que juegan el rol de pacientes en este contexto. La consideración de estas relaciones, desde la perspectiva de las mujeres enfermas, será clave para acercarnos a la comprensión de la vivencia al interior del sistema hospitalario.

4.3 La subordinación del cuerpo femenino en la medicina: una aproximación desde la antropología crítica.

La tradición crítica de la antropología médica, estudia de qué manera las fuerzas políticas y económicas más amplias se vinculan a cuestiones de salud. En la práctica médica, el sometimiento y control del cuerpo son de gran ayuda para el correcto ejercicio de los procedimientos; el filósofo y médico Gregory Pappas, describe en primera persona la naturalización del sometimiento a partir de las prácticas médicas cotidianas:

“Lo que yo como estudiante encontré más difícil acerca del trabajo clínico fue la asunción del control sobre el cuerpo del paciente durante el reconocimiento (...) las simples técnicas de auscultación, palpación, y percusión, no transmiten la intimidad del reconocimiento físico (...) el paciente se convierte en el dócil cuerpo para ser manipulado y explorado (citado en Good, 1994: 122).

La percepción que pueda tener un sujeto enfermo respecto de su estado, tiene un carácter secundario y en última instancia, las decisiones que se tomen acerca de los procedimientos, serán dirigidas por el médico basándose en el aparataje tecnológico asociado.

Este tipo de relaciones entre un médico y su paciente se dan en la biomedicina, ya que en otras medicinas el vínculo es diferente. La biomedicina o medicina alópata, occidental o científica, muchas veces se observa a sí misma como “la medicina”, no permitiendo dudas o cuestionamiento respecto de su teoría y sus prácticas. Sin embargo, es factible analizarla y entenderla como un artefacto humano, es decir, como un sistema sociocultural constituido por elementos distintivos que interactúan de manera tal que es posible realizar interconexiones entre éste y la moralidad, la estética, la religión, la política y las organizaciones sociales (Kleinman, 1983).

La visión hegemónica que la medicina occidental construye en relación a otras medicinas, se replica en su interior, desplegando jerarquías basadas en el poder entregado por el conocimiento científico. La hegemonía es un concepto ampliamente utilizado por la antropología médica con un enfoque crítico y hace referencia al *papel que tienen las formas culturales de dar sentido común a las relaciones sociales existentes, una parte de la realidad ordinaria natural (...) la hegemonía se afirma por si sola de un modo sutil, impregnando a través de la sociedad civil el sistema de valores, actitudes, creencias, etc (...) para que tenga éxito, la hegemonía debe operar de manera dual: como una “concepción general de la vida” para las masas y como un “programa académico”* (Good, 1994:116, 117).

Interesantes estudios realizados por antropólogos médicos críticos, principalmente en las décadas 70’ y 80’, describen la existencia de terminología técnica distorsionada o cargada de metáforas que infiltran el lenguaje médico. Están por ejemplo la construcción social de patologías médicas que aluden a problemas asociados a la condición de pobreza (diarreas, stress, neurosis, etc.), transformando la condición de problema político a preocupación médica, neutralizando e invisibilizando tensiones sociopolíticas de fondo (Good, 1994). Llegando a realizar afirmaciones tales como que *a veces los médicos, incluso*

conscientemente, “libran una batalla” contra el pobre, al actuar como agentes del Estado y de los intereses corporativos cargan al pobre con etiquetas científicas y placebos que sólo sirven para mistificar, o peor aún, para llevar a cabo experimentos médicos disfrazados con mentiras o silencio (Good, 1994, p. 121).

La aparente neutralidad de la teoría y práctica médica, se desdibujan al someterlos a un análisis social crítico. Afirmaciones de orden cultural, son travestidas como naturales, en desmedro de cierta clase o tipo de personas. Es el caso de la mujer, de su cuerpo y su salud, históricamente sujetos a control y regulación (Martínez, 2008; Fernández, 2004; Imaez, 2001).

Un primer cuestionamiento que cabe hacerse al respecto es, ¿Cuál ha sido el motivo intrínseco de este control? Un interesante acercamiento a la respuesta de esta pregunta, ha sido entregado por teorías feministas y de género, que han puesto en el centro del debate el rol reproductivo de las mujeres. A partir de este rol se ha caracterizado el origen de las desigualdades entre hombres y mujeres, siendo la maternidad, en tanto institución biológica, social y cultural, determinante al definir en distintas culturas el rol, status y prestigio que le cabe a la mujer en su interior (Lamas, 1986). La construcción simbólica de lo femenino que se desprende de esta constatación, asocia a la mujer al espacio doméstico, donde el ejercicio de la maternidad y sus prácticas asociadas, aparecen en un número importante de las culturas de las que se tiene registro etnográfico, como una prolongación “natural” de la “esencia” femenina (Lamas, 1986; Ortner, 1974).

Sherry Ortner (1974) plantea que la subordinación de la mujer en la cultura se podría explicar a partir de la relación simbólica privilegiada que existiría entre la mujer y la naturaleza. Las asociaciones simbólicas que vinculan a la mujer con la naturaleza, estarían fundamentadas en sus funciones reproductoras, cuyas implicancias harían aparecer a la mujer como “atrapada en la biología”. La realización de la mujer entonces, estaría dada por su capacidad de crear desde sí misma a través del proceso de gestación y parto. Esta determinación biológica acercaría a la mujer al espacio doméstico, donde se desarrollarían las principales actividades asociadas al ciclo biológico de la reproducción (crianza de los

hijos, preparación de alimentos, etc.). A partir de esta metáfora, resulta coherente afirmar que al igual que la cultura intenta controlar y trascender a la naturaleza, la relación entre hombres y mujeres también se defina a partir de parámetros de subordinación.

Las relaciones de género analizadas en tanto sistemas de poder basados en el conflicto social, consideran que la trascendencia de cualquier grupo humano debe considerar la existencia de mujeres en edad fértil que permita su reproducción. Para asegurarse una paternidad social, los hombres deberán asegurar el control del cuerpo femenino durante el tiempo que dure la gestación, el parto y la crianza del nuevo individuo, para legitimar de esta manera el control sobre la descendencia. Así, la mujer ya no es completamente dueña de su propio cuerpo, no sólo respecto del proceso reproductivo en sí, sino que también se hace necesario dirigir su trabajo, y evitar así su control respecto del espacio productivo, ya que dicho poder podría desencadenar en la demanda del ejercicio autónomo de su reproducción (De Barbieri, 1992).

A la luz de lo analizado, es coherente afirmar que el control y regulación médica de la función reproductora es clave para la preservación del sistema de sometimiento patriarcal. Las prácticas y nociones acerca del cuerpo femenino y su salud, se han cimentado en la naturalización de un lenguaje ideológico que utiliza imágenes y alegorías, validadas en muchos casos como científicas, que instalan y perpetúan una concepción menoscabada de las mujeres. Muy valioso es el trabajo realizado por Emily Martin (1987, 1991 a, b) en relación a develar cómo el lenguaje biológico-científico, aparentemente neutral y vinculado de forma directa con la naturaleza, ha construido una visión sesgada y estereotipada acerca del cuerpo femenino y de sus roles. Un interesante y develador ensayo, basado en una detallada revisión a textos científicos utilizados para la enseñanza de la biología, se refiere a cómo la ciencia, a partir del óvulo y el espermio, ha construido y naturalizado una estructura de roles de género claramente estereotipada, consignado a cada gameto características, e incluso “personalidades” que desvalorizan el proceso biológico femenino en función del masculino. El óvulo, grande y pasivo, es dependiente del “rescate” de un espermio para no “morir”, gameto que a su vez es caracterizado como pequeño, activo,

enérgico y “valiente”. Estas nociones que se filtran en un lenguaje pulcramente biológico, son un elemento más en la perpetuación de la desigualdad entre los géneros (Martin, 1991)

Los juicios de la medicina, basados en muchos casos en prejuicios, han poblado su historia. Nociones sesgadas acerca de los órganos reproductores femeninos constituyeron un conocimiento de base para el desarrollo de la medicina científica. Resulta pertinente entonces preguntarse ahora por los mecanismos que se han desarrollado, desde la cultura en general y en particular la medicina en tanto institución sociocultural. Desde los inicios más remotos de la medicina en Grecia, el cuerpo de la mujer ha sido concebido como un cuerpo incompleto, imperfecto, con características marcadamente inferiores a las del hombre. Teorías como la isomórfica, que afirmaban la existencia de un sexo único, el masculino, siendo la mujer una versión incompleta de éste y la teoría de las polaridades, que situaba a hombre y mujer en extremos opuestos, con el hombre asociado a lo positivo y la mujer a lo negativo, fueron visiones arraigadas y con poder en la cultura europea, que tuvieron vigencia hasta avanzado el siglo XVIII (Martínez, 2008); ya en el siglo XVII, con el advenimiento del método científico cartesiano, el lenguaje para referirse al cuerpo humano y en particular al cuerpo de las mujeres, tuvo variaciones que sin embargo, no constituyeron un avance en su valoración. Se llega a un consenso acerca del carácter “dimórfico” del cuerpo humano, reconociendo así la existencia de dos sexos, lo cual, sin embargo, no contribuye a superar la visión que hasta ese momento se tenía acerca de la inferioridad de las mujeres (Ibíd.).

Estas y otras nociones que menoscababan el cuerpo femenino estaban fuertemente arraigadas en el pensamiento social y alimentaron los avances en la medicina. Paralelamente, las mujeres fueron despojadas de la capacidad de ejercer los conocimientos y prácticas que tenían respecto de la salud de sus cuerpos. Las parteras, exclusivamente mujeres, ostentaron durante siglos una posición relativamente autónoma y de gran valoración por la comunidad. Su conocimiento era tan especializado, que cuando era necesario sacar un feto muerto o salvar a un bebé ante la inminente muerte de la madre, las parteras conocían cirujanas especializadas en estos procedimientos, reconocidas por toda la comunidad. Un oscuro, pasaje de la historia de la humanidad y en la medicina fue la

exclusión, paulatina y sistemática del conocimiento y saberes femeninos respecto de sus cuerpos, llegando a límites violentos con la “cacería de brujas llevada a cabo en los siglos XVI y XVII, en la cual cientos de miles de mujeres fueron asesinadas, muchas de ellas por ostentar conocimientos acerca de la naturaleza de sus cuerpos considerados en la época como peligrosos. (Federici, 2006; Anderson, 2007).

La teoría de la diferencia sexual, dio lugar a que la atención se centrara en el útero, órgano que ya había sido descrito desde los griegos con incidencias nocivas que se manifestaban en el carácter femenino, visión que se mantuvo y fue enriquecida por la ciencia médica hasta avanzado el siglo XX.

Desde sus inicios, la ciencia médica, incluyendo los avances pre-científicos decimonónicos, situaban al cuerpo de la mujer en el límite de la enfermedad y la salud. Su fisiología, por ejemplo, fue caracterizada como liminalmente patológica, siendo el útero la causa y efecto de esta condición, dado su “tejido conjuntivo celular, fibroso, vascular y nervioso de las paredes, mucosa en la cavidad, serosa en la superficie, éste estaba sujeto por su constitución orgánica, a una propensión a la enfermedad” (López, 2008: 164).

La visión del útero como un órgano que ha sido fuente de enfermedad, está profundamente arraigada en la cultura occidental. La raíz etimológica de la histeria es hyster, palabra griega que significa “útero”. En la Grecia clásica la histeria era considerada un desorden emocional atribuido sólo a las mujeres. Se afirmaba que el origen de esta dolencia eran los trastornos uterinos provocados principalmente por la insatisfacción sexual de las mujeres, que inducía a “desalojamiento del útero hacia el corazón o el cerebro en el cuerpo de la mujer” o estimulaba “la agitación del útero que enfurecía como animal cuando no concebía” (López, 2008: 170) y que al vagar por todo el cuerpo, “obstruye el paso del aire, impide la respiración y provoca angustias terribles y enfermedades de todo tipo. Esto dura hasta que el deseo conduce a la unión de dos sexos para que pueda recoger el fruto” (Platón, en Imaz, 2001: 104). El útero, como podemos ver, tenía el poder de producir toda clase de síntomas adversos en el cuerpo femenino, siendo la causa principal del aparente

carácter fluctuante, irritable e inestable con el que se identificaba e identifica aún en nuestros días, a las mujeres (López, 2008).

A pesar de que la medicina decimonónica del siglo XIX ya no considera a la histeria como una enfermedad propia de las mujeres y su etiología se trasladó al sistema neurológico, las disfunciones uterinas siguen siendo consideradas en su evaluación, incorporándose también otros órganos del sistema reproductivo femenino, como las disfunciones del ovario izquierdo y problemas en los genitales. Se habla en la época de mujeres con un “aura histérica” (Ibíd).

A fines del siglo XIX, la histeria fue considerada una enfermedad muy común, principalmente en mujeres de sectores acomodados. Coincidentemente, son estas mujeres quienes empiezan a tener un mayor acceso a la formación intelectual y mayores posibilidades en el desarrollo de sus potencialidades, procesos de crecimiento en su mayoría truncos, debido a las obligaciones familiares generadas por el matrimonio. Por otra parte, en esta época la medicina consigna la distinción entre coito y ovulación, separando por lo tanto el placer de la reproducción, conocimiento que en lugar de liberar la sexualidad femenina de la maternidad obligada, coincide con un recrudescimiento del control y el descrédito de las mujeres que viven una sexualidad más emancipada.

En la estructura familiar de la época, profundamente rígida y patriarcal, a las mujeres les cabe un rol estipulado no sólo desde lo social y cultural, sino también desde la incipiente ciencia médica, que ayuda a sentar las bases “biológicas” de este rol doméstico. Una de las causas más comunes de la histeria en las mujeres, estaban asociadas exceso de actividad sexual, graficado en el estereotipo de la “ninfómana”. Entre las sintomatologías más comunes estaba la masturbación compulsiva, episodios de llanto, vómitos y desmayos. Era común que los médicos de la época dieran como tratamiento a estas afecciones la cauterización del clítoris, histerectomías y ovariectomías. Luego de estas intervenciones podían tener nuevamente una vida “normal” junto a sus familias, evitando así excesos de apetito sexual que pudiesen perturbar al espacio doméstico (López, 2008; Morris, 1993). De esta manera, se potencia la construcción de características sexuales estereotipadas y

funcionales a una estructura familiar monógama, donde la capacidad sexual y reproductiva es controlada por la hegemonía masculina.

Para Foucault (1977) la “histerización del cuerpo femenino” se ha configurado como una de las formas de biopoder más determinantes asociadas al dispositivo de la sexualidad. Esta “histerización” o encarnación de la histeria, se ha llevado a cabo a partir de tres grandes procesos. El primero se refiere a la “saturación de sexualidad” que dominaría el cuerpo de la mujer, análisis que la descalifica y hace de ella un sujeto temible, no sólo para el resto sino también para ella misma. Surge desde este proceso la imagen estereotipada de la “mujer ninfómana”, altamente sexualizada, muy lejana al ideal de la mujer burguesa, doméstica y virtuosa.

Este cuerpo saturado de sexualidad, es patologizado e integrado a las ciencias médicas para su adecuada normalización y control. Finalmente, y en cierta medida a modo de decantación de este proceso de “histerización” se realiza una inserción orgánica al cuerpo social a través del espacio familiar, donde su función, en tanto cuerpo madre-esposa, es el resguardo del hogar y la responsabilidad biológico-moral de los niños “producidos” mientras durante todo el tiempo de la educación (Foucault, 1977).

Es en la imagen de la madre donde Foucault ve de manera más evidente a la “nerviosa mujer histérica”. La maternidad forzada, sustentada en la ideología del instinto maternal (Fernández, 2004) encubre violentas paradojas acerca de la sexualidad femenina. La concepción es fruto de una sexualidad negada e innombrable, la mujer-madre es un ser asexuado, naturalmente frígido: el acto sexual es contrario a la naturaleza femenina ¿En qué condiciones ocurre el acto sexual entonces? Generalmente se enmarca en un tipo de coerción y explotación sexual, donde la mujer es un objeto del poder y placer masculinos (Ibíd.). La imagen positiva de “la madre” es el paradigma de la mujer virtuosa, la que ha sido normativizada y se ajusta a los requerimientos de la estructura social patriarcal.

La ciencia médica ginecológica, tal como ya se ha señalado, desarrolló “efectivos” procedimientos enfocados a la normalización de las mujeres en el rol social y culturalmente

asignado para ellas (extirpación de alguno o varios órganos de su aparato reproductor). Paralelamente, guiada por el incipiente psicoanálisis, es desarrollada una contraparte “moral”, enfocada en modificar aspectos conductuales asociados a las desviaciones ya señaladas, contribuyendo a la cristalización de la “figura de la histérica como culto a la invalidez femenina” (Ibíd: 196). Los mecanismos de normalización asociados al psicoanálisis, describen a la mujer histérica como un ser incapaz de aceptar su femineidad y que trasgrede su “verdadera naturaleza” de madre y esposa. A partir de una compleja terapia de análisis retrospectivo, se busca sacar a la luz todo el “resentimiento y la rebeldía” que a las mujeres afectadas por la histeria, no les permite aceptar de buena manera el papel “saludable” para una mujer, es decir, maternal y pasivo (Ibíd.).

El rol activo que ha jugado de ciencia médica en la normalización y control de la femineidad históricamente construida es innegable y a pesar de que muchos de los preceptos que en sus inicios sustentaron la noción del cuerpo femenino médicamente construido ya están en desuso, aún persisten ciertas prácticas y nociones que avalan una visión patológica del cuerpo femenino, aún enraizada en el aparato reproductor. Los ciclos naturales de las mujeres (menarquía, menstruación, embarazo, parto, puerperio y menopausia) están supervisados y en gran medida, medicalizados por la medicina. El rol reproductor aún es visto como preponderante al abordar el cuerpo femenino, lo que se condice perfectamente con el valor que tiene el matrimonio y la maternidad como caminos para obtener la realización y el respeto para las mujeres, aún en nuestra época.

Como se ha podido apreciar a lo largo de este capítulo, el útero junto con ser considerado un órgano relevante del aparato reproductor femenino, es a su vez, fuente de profundas metáforas que inciden directamente en la construcción del “ser femenino. La relación simbólica que conecta lo uterino con lo patológico, tiene una contraparte, ya señalada como parte de la construcción de la figura de “la madre”, que asocia simbólicamente al útero con lo sagrado. A partir de registros etnográficos y arqueológicos, se han elaborado interpretaciones sacralizadas del útero como lugar privilegiado de la trascendencia, espacio que contiene el misterio del comienzo de la vida; vestigios de pinturas rupestres, esculturas y sitios ceremoniales, remiten a la existencia de cultos arcaicos centrados en la “Diosa –

madre”, que engendra la humanidad, el “útero cósmico” inicial, origen de toda la vida (Eisler, 1990).

La matriz aparece mencionada en gran parte de los ritos de iniciación documentados, representando el espacio crucial donde ocurre la muerte del sujeto iniciado y luego su renacimiento; se describe un regreso al “útero primordial” que da origen a la vida del universo, lugar donde ocurre una “muerte iniciática”, tránsito necesario para dejar atrás la niñez y renacer como un adulto. Este regreso al útero de la madre arquetípica, es representado de diversas formas en ceremonias de iniciación, tomando cuerpo en una caverna, una cabaña, un poste en el cual los hombres se cuelgan de cabeza entre otras. (Eliade, 1958). Cabe señalar que este regreso al útero de los ritos iniciáticos es generalmente masculino, el hombre es el sujeto y la femineidad el alter ego, el útero en tanto madre que contiene. El rol que le cabe al útero en contextos ceremoniales, aporta a la naturalización de la identidad femenina a partir de su acervo biológico, siendo la maternidad la encarnación de su trascendencia social.

El tratamiento y la comprensión del cáncer cérvicouterino, a la luz de presentado, no puede ser abordado de una manera neutral. El útero, tal como lo hemos señalado hasta aquí, contiene fuertes cargas simbólicas vigentes hasta nuestros días. Este órgano afecta significativamente la construcción de lo femenino, por lo cual, se abordará su incidencia, tanto desde la visión de la medicina que se trasluce a partir de los procedimientos aplicados en los cuerpos enfermos, como también en el contenido simbólico acerca de la propia femineidad, que se deslizará desde los relatos.

6. MARCO METODOLÓGICO.

6.1 Paradigma Cualitativo: Marco General de la Investigación

«La hipótesis central de la perspectiva etnosociológica es que las lógicas que rigen el conjunto de un mundo social o mesocosmos se dan igualmente en cada uno de los microcosmos que lo componen: observando con atención uno solo, o mejor varios de estos microcosmos, y por poco que se logre identificar las lógicas de acción, los mecanismos sociales, los procesos de reproducción y de transformación, se deberían poder captar al menos algunas de las lógicas sociales del mesocosmos mismo»

DANIEL BERTEAUX. Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica”,

El estudio propuesto se nutre y valida desde un enfoque cualitativo de investigación, que considera dentro de sus principios la posibilidad de analizar en tanto conocimiento científico, la subjetividad humana y las estructuras socioculturales asociadas a su producción. La propuesta investigativa busca abordar aspectos simbólicos y vivenciales, sustentados en una compleja red de significados que se manifiestan a través de la mediatización del sujeto que los contiene. Centrar la atención en el sujeto, presume la existencia de estructuras mayores, entendiendo que la construcción de símbolos y significantes, aunque pasan necesariamente por un ejercicio mental en el cual sólo está involucrado el individuo, toman cuerpo y se institucionalizan a partir de la interacción de dos o más sujetos. Este fenómeno de construcción social, es generado y perpetuado entre otros mecanismos, a través del lenguaje, apareciendo éste como un elemento articulador y constitutivo de la realidad social.

Existen diferencias entre los principios organizadores utilizados por los distintos grupos, incluso al interior de una misma sociedad. Es en el relato (en nuestro caso, el relato que se manifiesta a través de la narrativa) donde se manifiestan y toman forma dichos principios. Es entonces, a través del relato, que podemos acceder a las estructuras implícitas que

trascienden a la enunciación, la estructura simbólica donde se producen los elementos que nutren y configuran la narrativa (*Martinic, 1992*).

El tipo de estudio que se propone es de carácter exploratorio; dado que con esta propuesta se inicia un proceso investigativo específico que pretende ser complementado y profundizado en indagaciones posteriores, a partir de los resultados arrojados por éste.

6.2 Métodos y Técnicas de Investigación.

Se ha escogido el método biográfico, como modelo metodológico para acceder a la comprensión del sentido y significado que adquiere el cáncer cérvico uterino en las mujeres que lo padecen.

La elección de este método se fundamenta en las posibilidades que presenta para introducirme en el mundo de los valores, de las representaciones y subjetividades que no sólo forman parte del acervo individual de estas mujeres, sino que también dan un marco general para comprender esta vivencia, en tanto padecimiento que de alguna manera apela a significaciones, estereotipos y valoraciones que compartimos las mujeres que formamos parte de una cultura específica. No buscaré centrarme en los datos, sino en los significados, considerando como premisa que “*en cada persona está la cultura y cada persona está en su cultura.*”(Mallimaci F., Giménez Béliveau V, 2006).

En el contexto del método biográfico, se utilizará el relato de vida, cuya intención es reflexionar acerca de lo sociocultural, teniendo como punto de partida un relato personal. Se enfatiza la subjetividad y la experiencia individual, por lo que las personas escogidas no necesariamente tienen que ser relevantes por alguna condición particular, basta que formen parte de un contexto sociocultural especificado para la investigación.

En estos relatos de vida realizaré una aproximación temática a la enfermedad, buscando comprender no sólo esta experiencia específica, sino también las múltiples redes de relaciones en las que, construidas desde lo cotidiano, las mujeres han internalizado

sentidos, valores y significados del género femenino y que de alguna manera entran en tensión al afectarse un órgano que culturalmente inscribe y caracteriza lo femenino.

Lo interesante de los relatos de vida, no es la veracidad de los hechos que se narran, sino que la persona que habla, crea y valora su propia historicidad. Con la posibilidad del relato de vida, la persona – sea de cualquier grupo o clase social - se apropia y adueña de lo que vive en una relación de igualdad con el investigador. (Mallimaci F., Giménez Béliveau V, 2006).

En este caso, los relatos de vida se focalizaron en las trayectorias al interior del sistema hospitalario, como sucesos que sólo pueden ser entendidos al contextualizarlos en una narrativa biográfica mayor. La emergencia de la praxis individual y social, no necesariamente implica abarcar la totalidad de las existencias, pero si entender las relaciones sociosimbólicas que se expresan en la totalidad de la existencia (Bertaux, 1980). Es importante señalar que esta “totalidad” no es tal, sino que se presenta fragmentada y dividida por el juego de circunstancias, de fuerzas sociales incontrolables, de acontecimientos colectivos que invaden la vida sin que se pueda hacer nada al respecto (guerra o paz, desarrollo o crisis) (Ibíd.)

Se busca acceder a la narración de vivencias que en la actualidad toman un sentido particular, teniendo en este caso el contexto de la enfermedad, bajo el supuesto que toda persona tiene mecanismos para seleccionar u omitir recuerdos desde el presente, que le dan sentido y coherencia a su existencia. Es fundamental no olvidar, aunque parezca evidente, que estamos frente a sujetos que toman decisiones – más o menos condicionadas- que afectan sus trayectorias.

Hablaremos entonces de un relato de vida, para referirnos a una narración elaborada en primera persona, que busca rescatar experiencias individuales de quien habla y que tienen como eje narrativo la vivencia de la enfermedad que todas sufren al momento de la entrevista. En este contexto, los énfasis de la narración los da la sujeto hablante, no es relevante si dice absolutamente todo, ni si respeta el orden cronológico, sino los hechos

surgen del recuerdo y la lógica de cómo éstos se conectan entre sí (Mallimaci F., Giménez Béliveau V, 2006).

Por último, es importante explicitar el hecho de que la entrevista fue coproducida, es decir, tuvo dos autoras: se necesitó de una entrevistada y una entrevistadora para que el texto final sea el que es. Fue indispensable el vínculo de confianza y hasta cierto punto de complicidad, para lograr construir un relato significativo.

6.3 Universo de Investigación y muestra

El universo de investigación corresponde a mujeres diagnosticadas por cáncer cérvicouterino en nuestro país, entre los años 2007 y 2009, con un promedio de 1200 casos anuales (Nazzal et als, 2006). El foco estuvo puesto en mujeres en edad fértil diagnosticadas de cáncer cérvico uterino y que al momento de la entrevista se encontrarán en tratamiento en hospitales públicos. En términos operativos, la investigación se realizó en dos hospitales públicos, Félix Bulnes y San Juan de Dios, contando con la colaboración de las matronas jefas, quienes me permitieron acceder a las fichas de las mujeres que estaban siendo atendidas al momento de llevar a cabo mi investigación. El contacto con el hospital fue fundamental, dado que es allí donde encuentra la información directa de las mujeres afectadas por la enfermedad y en tratamiento al momento de la investigación.

La delimitación asociada a la potencial fertilidad tiene como supuesto que uno de los ejes de la construcción de la feminidad está dado por la maternidad, por lo tanto se espera que la condición de “mujer fértil” pueda considerarse como una situación particularmente sensible para el desarrollo de esta enfermedad y sus incidencias en el imaginario de las afectadas respecto de su feminidad.

En los centros hospitalarios, obtuve una lista compuesta por 18 mujeres (en edad fértil), que durante los años 2009 y 2011 se atendieron en los hospitales Felix Bulnes y San Juan de Dios. De estas 18 mujeres, 4 se habían cambiado de hospital al momento de iniciar el

estudio, por lo que sus datos estaban incompletos; en el siguiente cuadro se identifican las 14 mujeres restantes, cuyos nombres fueron modificados:

Nombre	Edad	Etapa	Nº Hijos	Histerectomía³
Joselyn	29	CaCu IA1 IA2	3	No
Carla	31	CaCu IIB	2	Si (Werthein)
María	36	CaCu IB2 IIB	2	No
Pollete	37	CaCu IIB	3	No
Edelmira	42	CaCu IIB	4	No
Marianela	42	CaCu IIB	1	No
Viviana	42	CaCu IB2	2	No
Celinda	43	CaCu IIB	2	No
Mirenchu	43	CaCu IIIB	1	Si
Olivia	43	CaCu IB1	4	Si
Silvana	43	CaCu IB2	2	Si
Cecilia	44	CaCu IB2	1	Si
Lisette	37	CaCu IIB	4	Si
Cristina	32	CaCu IIB	3	Si

Una cantidad importante de los contactos estaban desactualizados (7 mujeres de la lista no pudieron ser contactadas debido a que sus números telefónicos estaban malos), una de las mujeres había muerto, otra de ellas se había trasladado de Santiago y dos trabajaban todo el día, por lo que finalmente la muestra estuvo constituida por 4 mujeres, dos de las cuales fueron realizadas el año 2009 en el Hospital Félix Bulnes y las siguientes en el año 2011 en el Hospital San Juan de Dios. Las edades de las mujeres encuestadas variaron entre 31 y 44 años.

El proceso de entrevistas se realizó en un período de dos años (2009-2011), en los cuales las mujeres fueron contactadas entre 2 y 4 oportunidades, donde paralelamente a la

³ Este dato se refiere al momento de ser consultada la ficha. Muchas de estas mujeres no se les había realizado una histerectomía aún, pero se les realizaría al finalizar el proceso.

entrevista se generaron diálogos coloquiales de conocimiento e interacción mutua. Para contactar a las mujeres, se obtuvo el consentimiento por parte de los dos hospitales escogidos para revisar las fichas de las mujeres en edad fértil, que estaban siendo atendidas por CaCu.

Finalmente las mujeres entrevistadas fueron Mirechu de 44 años, Carla de 32, Cristina de 32 y Lissete 37 (Nombres ficticios). Todas ellas fueron contactadas telefónicamente y luego se concertaron citas individuales con cada una de ellas. Mirechu y Carla fueron entrevistadas en la cafetería del Hospital Félix Bulnes, Cristina en una cafetería de Talagante y Lissete en su casa. La descripción más detallada de cada una de ellas, se entregará en la presentación de resultados.

La cantidad de sesiones fue variable y dependió del interés y disponibilidad de las mujeres entrevistadas. A modo de resumen se presenta el siguiente cuadro:

Mujer entrevistada	Número de sesiones
Mirechu	5
Cristina	1
Carla	2
Lissete	3

A todas las mujeres se les explicó el motivo de la entrevista y se les indicó que la información recabada resguardaría sus identidades. Todas estuvieron muy prestas a entregar sus relatos e incluso no consideraron relevante el tema de confidencialidad, ya que en sus motivaciones para participar de la entrevista, estuvo la de poder ayudar a otras mujeres en una situación similar a la de ellas, objetivo que a ninguna se le expuso como parte de los logros de la investigación.

La recepción por parte de las mujeres fue muy positiva, compartieron de manera entusiasta sus experiencias, manifestando incluso que las sesiones de entrevista les habían servido para hablar de situaciones relacionadas a la enfermedad, que no habían tenido la

oportunidad de conversar con nadie. En este sentido, todas destacaron la necesidad de un apoyo psicológico durante el proceso (sólo una de ellas tuvo apoyo de esta índole) o de una instancia que les permitiera compartir sus experiencias y sentirse contenidas.

7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Tal como señalé en el apartado referente a la muestra, desarrollé la investigación a partir de cuatro entrevistas a mujeres que estaban viviendo un tratamiento contra el cáncer cérvicouterino al momento de ser contactadas. Estos encuentros dieron como resultado cuatro relatos particulares acerca de cómo se vive y qué significa sufrir cáncer cérvicouterino. En un primer análisis, los resultados me parecieron imposibles de ser sintetizados en una estructura común, sin embargo, a partir de reiteradas lecturas, logré visualizar los espacios comunes que me habilitaron para articular un guión compartido entre las narraciones, cuya lectura global me entregó una nueva comprensión de las experiencias, enriqueciendo las conclusiones finales.

Presento los resultados con un apartado independiente para cada relato, donde identifico y analizo las temáticas, interpretaciones y experiencias centrales en cada caso por separado, con el afán de no perder la densidad de cada vivencia única e irrepetible. Esta presentación, basada en un proceso de registro, interpretación y análisis, contiene modelos explicativos acerca de la enfermedad y del proceso en general, como también estructuras de significados que sostienen las narraciones, inscribiéndolas en las historias de vida de manera coherente. He materializado los modelos explicativos y las estructuras de significado a partir de redes semánticas y de interacción que procuran apegarse y ser consistentes con la mirada particular de cada mujer.

El guión de cada presentación se articula en función de temas generales que se reiteran en todas las narraciones y que logran congregarse, según mi criterio, los aspectos más significativos de la experiencia, concordantes a su vez con los objetivos. Estos temas son:

- Explicaciones y significados de la enfermedad.
- Experiencias terapéuticas significativas.
- Articulación de lo femenino en torno a la enfermedad.

Como *explicaciones y significados de la enfermedad*, señalaré todos aquellos momentos del relato que se refieran al origen, desarrollo y resolución del cáncer, asociados a reflexiones internas o a discursos externos dominantes que han permeado e influenciado la visión de las mujeres respecto del devenir de su enfermedad.

En el apartado que se refiere a las *experiencias terapéuticas significativas*, sólo me abocaré a los procedimientos de diagnóstico y curativos que se asocian a una experiencia relevante dentro del tránsito terapéutico.

Finalmente, al abordar la *articulación de lo femenino en torno a la enfermedad*, estoy dando cuenta de “la sujeto mujer” que ha vivido y relata su situación de cáncer, en tanto ser humano asignado sexualmente a un rol físico, social y simbólico. La sexualidad, la maternidad y las funciones domésticas, son algunos de los temas que aparecen asociados a “ser mujer” que han sido perturbados o a lo menos incididos por el cáncer y los procedimientos terapéuticos asociados.

Los cuatro relatos individuales se han identificado de la siguiente manera:

- “Mirenchu: cáncer y desamor”
- “Carla: cáncer en un cuerpo desconocido”
- “Cristina: cáncer en un cuerpo acorazado”
- “Lisette: cáncer como encarnación de lo demoniaco”

Luego de la referencia individual, presento una lectura general que articula los cuatro relatos, logrando identificar prácticas culturales que se desarrollan en el espacio hospitalario y que son representadas por las mujeres en escenarios particulares, sustentadas en modelos dominantes que direccionan la forma en que ellas deben sentir y comportarse. Me refiero específicamente al modelo biomédico, que posiciona a las personas enfermas en un status de entrega y sometimiento respecto de la institución médica en su conjunto, como también al modelo tradicional de género, en el cual la mujer aparece vinculada directamente al rol reproductor y las prácticas asociadas a éste (crianza, cuidado de lo

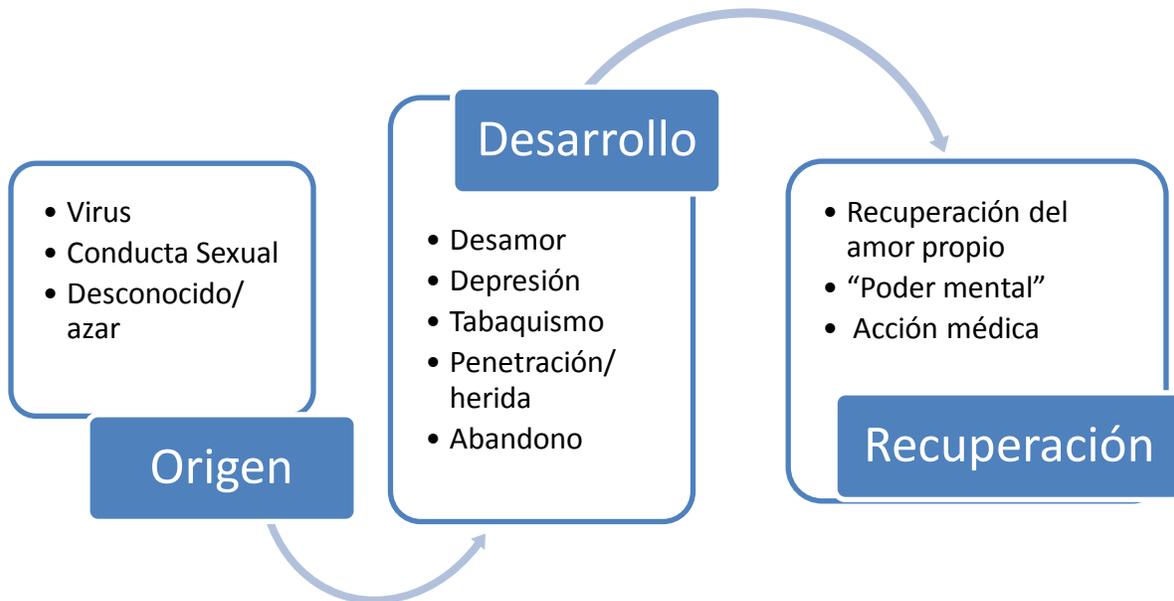
doméstico, sexualidad complaciente) como también a las asociaciones de lo femenino con un rol secundario e incluso nulo en el espacio público. En este último apartado, que establece un cruce entre los relatos, se develan procesos hegemónicos que son presentados por las entrevistadas como neutrales, es decir, prácticas violentas naturalizadas que se viven y relatan como normales.

7.1 MIRENCHU: CÁNCER Y DESAMOR.

La primera historia que se analiza es la de Mirenchu, mujer que al momento de la primera entrevista tenía 44 años (nos reunimos cuatro veces, en un período de un año y medio). Al momento de contactarnos, ella vivía con su hijo de 20 años y su madre, sin embargo se autodefinió como una mujer sola, que ha hecho su vida sin apoyo. Tenía un trabajo estable, del que estaba con licencia médica a causa de su enfermedad. Se demostraba como una persona muy segura de sí misma o por lo menos eso es lo que desea manifestar en su relato, deseosa de hablar y de ser escuchada. Ella entregó en la entrevista una versión muy clara respecto del sentido y significado de su enfermedad, desde los motivos y circunstancias que le dieron inicio hasta los logros obtenidos a partir del tratamiento.

Al momento de la entrevista ya había sido sometida al proceso de radiación, quimioterapia y braquiterapia y se encontraba a la espera de la realización de una histerectomía que daría por concluido su proceso terapéutico. Nuestra primera cita se realizó en la cafetería del hospital y la conversación duró alrededor de 4 horas, durante las que ella habló casi sin detenerse de su enfermedad y de su vida, construyendo un relato interpretativo del contexto y causalidades en las cuales se desarrolló el cáncer y el posterior proceso terapéutico. En el caso de Mirenchu, la enfermedad es un co-relato de su historia sexo-afectiva. Para ella, la aparición del cáncer fue la manifestación tangible de su fracaso emocional, de la imposibilidad de vivir un “buen amor”, de penas, engaños, traiciones y frustraciones. Hay una relación abierta entre la corporalidad y la red de significados tejida en torno a ella: el cuerpo se evidencia como espacio tangible de la memoria, marcado y permeado por la historia vivida.

7.1.1 EXPLICACIONES Y SIGNIFICADOS DE LA ENFERMEDAD



El origen de la enfermedad se presenta incierto, Mirencu no sabe precisar ni el tiempo, ni la situación en la cual se instala en su cuerpo el papiloma. De lo que sí tiene certeza, a partir de la información entregada por los médicos que la han tratado, por la información que ella ha recabado a través de Internet y por su propia convicción, es que la enfermedad tiene un origen sexual, externo, azaroso e incierto, del cual en cierta medida reniega, apelando a que “no se lo merecía”. Se manifiesta la relación conflictiva que Mirencu tiene respecto de su conducta sexual, ya que la sola mención del “merecimiento” apela binomios morales tales como “merecido/no merecido, debido/indebido, mujer buena/mujer mala, mujer sujeto/mujer objeto” cuya mención se trasluce en distintos momentos del relato, refiriéndose a ella misma o a otras mujeres:

“El papiloma humano es un virus contagioso, nada más, me lo pegué, independiente de la conducta sexual que tú tengas, me tocó y lamentablemente, indistintamente de la conducta sexual que he tenido y que además creo que no me lo merecía, me tocó no más”

La enfermedad se ha instalado en el cuerpo de Mirechu. A pesar de no tener claridad respecto del tiempo que ella lleva viviendo con esta enfermedad relata con certeza el momento en que empieza a manifestarse y de las condiciones que permiten su manifestación. Ella indica que la expresión de la enfermedad ocurre a partir de un acto sexual, en el cual el tumor, hasta el momento potencial, “se rompe” y sangra, debido a la penetración. El contexto también aparece claro para ella:

“se me ocurre a mí que él rompió el tumor o lo pasó a llevar, y que era eso lo que hacía sangrar (...) yo creo que fue al final, se juntaron muchos factores, primero con depresión, la pena de amor que eso baja las defensas tremendamente, soy fumadora, o sea, hay varios factores que influyen, indistintamente donde sea el cáncer”

Respecto de la enfermedad, Mirechu tiene una clara visión de la apariencia y características específicas, los procesos que permitieron su florecimiento y desarrollo, como también los procesos terapéuticos que permitieron superarla (al momento de la entrevista ella se encuentra sin cáncer). Respecto del tumor, describe lo siguiente:

“(El tumor) tenía un lindo color verde musgo...el cáncer no es otra cosa que un pedazo de ti que se murió antes que tú ¿sí o no?”

Los mecanismos asociados al desarrollo de la enfermedad, son de carácter interno, en este punto se develan aspectos claves de su estructura de interpretación:

*“...el inconsciente, él es el que manda, él es el que la lleva, y que detrás de ese inconsciente esta nuestra alma, nuestro espíritu, nuestra energía, que es lo que manda todo, entonces, concientizando esa parte, ya después esto es pan comido, cachai, lo de la parte física fue en forma paralela, por eso fue tan agresivo el tema del cáncer, porque yo empecé con **pena de amor**, (...) **si fue producto, consecuencia de la relación amorosa...fue todo un proceso que se dio de forma paralela, en lo afectivo, en lo emocional, en lo laboral, adverso, adverso, lo de salud...**”⁴*

En el relato existe coherencia e incluso linealidad causal entre el escenario y hechos que desencadenan la enfermedad y la forma en que se produce la sanación: la radiación es

⁴ Todas los destacados en las citas, han sido realizados por la autora

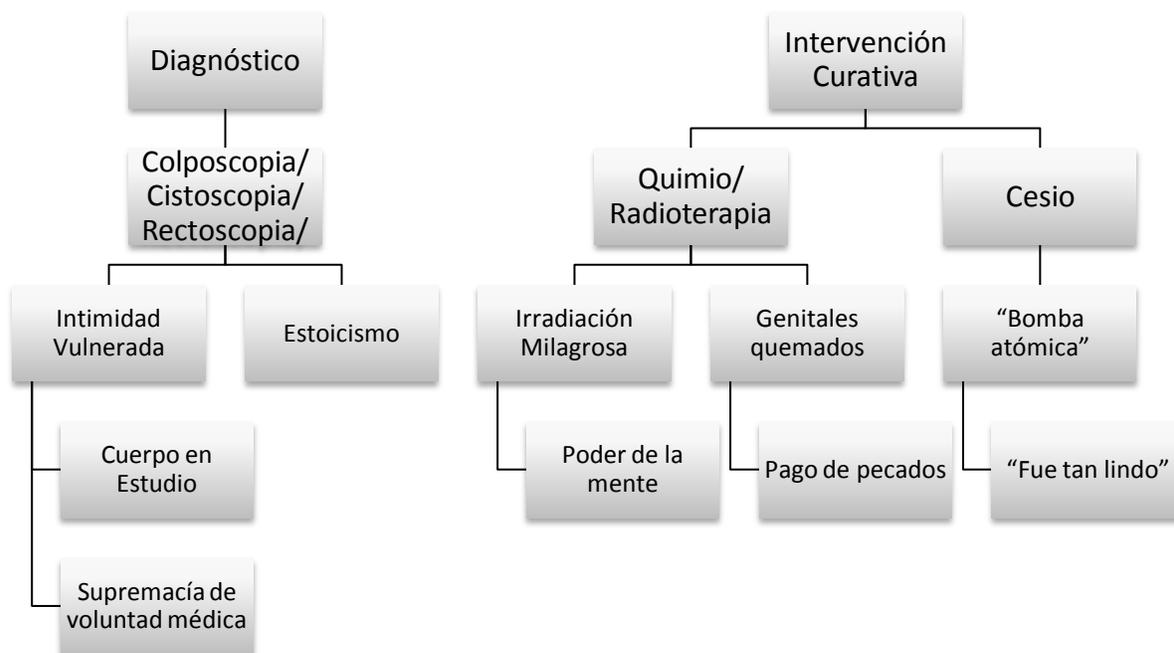
visualizada por ella internamente, como una suerte de “llama sagrada” direccionada con el pensamiento, que es capaz de extirpar no sólo el cáncer, sino también todo aquello que lo produjo. En el relato que se presenta a continuación, vuelve a remitirnos a su estructura de significación y a la forma en que ella comprende su proceso de sanación.

“con mi mamá tenemos ciertas creencias (...) somos más metafísicas (respecto de la enfermedad) decirte que estaba bajo la máquina destruyendo no solamente con la irradiación sino con mi mente, cachai, y haciendo ejercicios de auto ayuda, “yo soy sana, yo soy fuerte, yo soy feliz, yo soy lo máximo, yo soy súper sana, yo soy lo máximo, estoy super bien”.

Otro aspecto que Mirechu presenta como relevante en el proceso de sanación, es la recuperación del amor propio, perdido al vincularse emocionalmente de forma nociva, no sólo con el sujeto que según ella “rompe su tumor” sino con los hombres en general.

“me creo la media mina, te juro por dios, otra mina en mis calzones, con todo el tema de la enfermedad, mi experiencia de vida, la pareja me dejó, cachai, todo, todo...y yo estoy pará, yo hice las cosas sola, salí adelante...soy la media mina, me creo la media mina”

7.1.2 EXPERIENCIAS TERAPÉUTICAS SIGNIFICATIVAS



El relato de Mirencu, dentro de los cuatro relatos, es el que describe de manera más detallada y descarnada los procedimientos de diagnóstico e intervenciones curativas, dejando de manifiesto la violencia implicada en cada uno, trasgresiones de la corporalidad que no tuvieron ningún tipo de contención paralela al tratamiento.

Un momento importante dentro del diagnóstico es el paso por el “Comité”, que consiste en un grupo de médicos especializados que entregan opiniones respecto de la enfermedad y su avance y de los procedimientos a seguir para lograr su mejoría. Hay relatos distintos respecto de si en el comité la mujer es “examinada” o sólo se analiza su ficha clínica. En el caso de Mirencu, ella es examinada por todos los doctores (todos hombres) que se encuentran presentes. Se puede ver la confianza y entrega que ella siente respecto del cuerpo médico, apelando incluso a un sentimiento de pertenencia; ella habla de “mi comité”:

“(los comités) Son como los box de las matronas. En los comités oncológicos por lo menos siempre hay 6 médicos, y cada uno mete la mano, te toca...van evaluando, no hay otra forma, además que igual hubo un escáner (...) si es mi comité que me tiene que trajinar y me tienen que trajinar 10 médicos, no importa, pero son los médicos que están encargados de ver mi problema”

Los umbrales del dolor y la superación estoica de éste, aparecen como un camino denso en significación, con un sentido manifiesto, direccionado a “purificar la putrefacción del cuerpo” no sólo en el ámbito biofísico, sino también en aspectos simbólicos, asociados a la significación de la vivencia en la historia que se impregna y trasciende la corporalidad.

*“Y empecé el proceso de evaluaciones, de toqueteo, de trajín, que eso es lo que creo que más sufrí (...) imagínate cuando está todo inflamado adentro, cuando la tontera te está sangrando, **cuando estás drenando muerte** (...)pero sí, sangraba mucho con el trajín, **yo estaba en la silla y se metía Lucho, se metía Juan, se metía Pedro, se metía Diego y con la chata llena de sangre abajo, eso es así, yo sentía la sangre como corría por las nalgas.**”*

Ella se presenta a sí misma como una sujeto capaz de poner límites, entendiendo y manifestando en qué momento los procedimientos van más allá de lo apropiado para “su

sanación” y se presentan como una situación que trasgrede sus límites de vulnerabilidad. El caso de los estudiantes en práctica que aprenden sus procedimientos en hospitales públicos es una situación normal y recurrente; lo que no necesariamente es recurrente es la reacción de los “pacientes” ante esta situación. En general aceptan en silencio y sin reclamos la presencia de los estudiantes, establecido como parte del protocolo a seguir:

*“(…)el examen es desagradable, pero que si toma 5 o 10 minutos, a que él venga y de una clase mientras te esté viendo la tontera, a lo mejor se va a demorar 15 o 20 minutos, entonces va a prolongar lo desagradable, lo molesto y no po’: “¿Es necesario que ellos estén acá?” “son mis alumnos” **“me importa un pucho, los quiero afuera”.**”*

El proceso terapéutico en general, es descrito como una situación de gran tensión corporal, agresiva, de sufrimiento. Un momento particular, asociado a la vulneración por el dolor, llegando incluso a la laceración, es generado por la radioterapia:

“La radioterapia son 5 minutos, con esos 5 minutos se te quema todo, te irradian por los 4 costados (...) fue horroroso. En el momento en el que tú salís de la quimio, estai con la irradiación, el mismo tratamiento provoca las diarreas, cachai y estai con diarrea cada 5 minutos, tratando de bajar el incendio (...) era espantoso, espantoso, onda que ya no me servía papel, ni toallita, nada, nada, era sólo agua y hasta el agua me dolía, dos semanas. (...)”

Momento también asociado a la sanación, en tanto suceso físico y metafísico (según sus palabras):

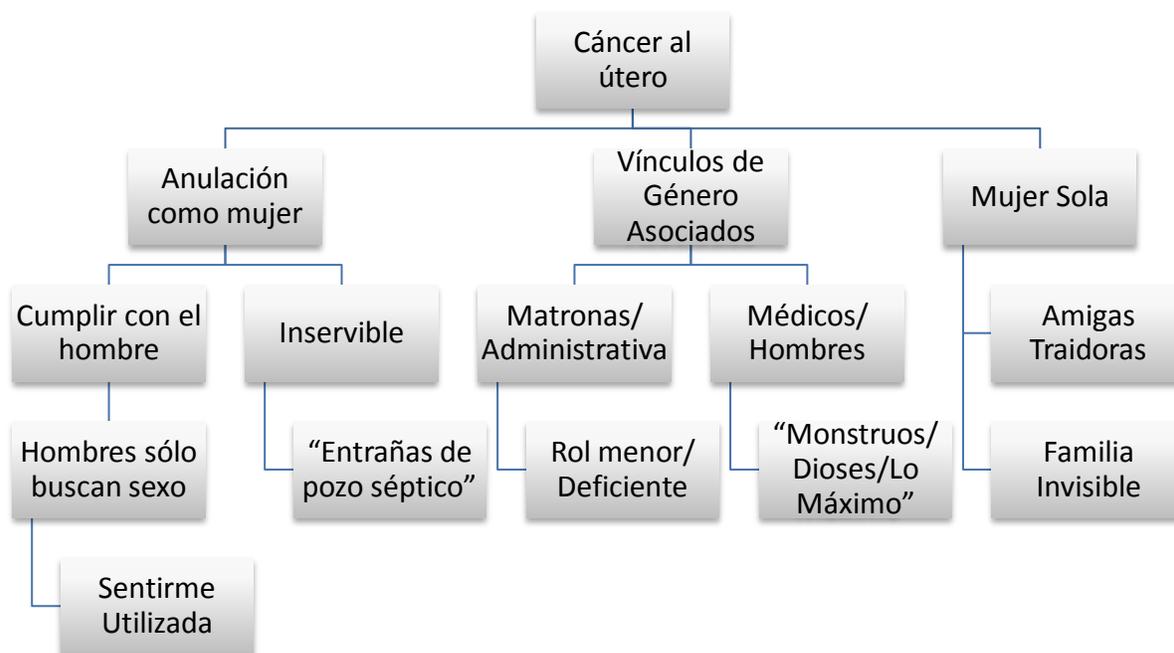
*“tú ves, los rayos, la energía que te está atacando, cachai, con la que te están bombardeando, yo con la mejor disposición bajo la máquina: **“quémate maricón, desaparece maricón, tú no eres de mi cuerpo”** todo el tiempo, los minutos que eran de estar bajo la máquina, aparte de que te estuviera bombardeando con esta energía yo estaba con mi mente: **“desaparece, desaparece”** y lo veía, como que desaparecía y quedaba como **una telita de cebolla**, me mentalizaba totalmente y como te digo, uno ve esa luz, esa energía, no se da cuenta hasta qué punto es poderosa, es agresiva”*

A modo de cierre del procedimiento radiactivo para eliminar el cáncer, se le realiza una Braquiterapia con Cesio, que consiste en una radiación directa, focalizada. Llama la atención que el adjetivo para describir el procedimiento es “bonito”, un adjetivo bastante

particular, si consideramos las disruptivas prácticas médicas que ocurren en el cuerpo que recibe este tratamiento:

“fue tan bonito cuando me hicieron el Cesio (...) es un dispositivo que con la irradiación que tú tienes que tener dos días inmóvil en la cama, los labios (vaginales) se cosen, con una sonda al ladito, para que tú elimines la orina”

7.1.3 ARTICULACIÓN DE LO FEMENINO EN TORNO A LA ENFERMEDAD



El relato interpretativo de Mirenchu acerca de su enfermedad, me permitió transitar por aspectos significativos, no sólo de la situación vivida puntualmente a causa del cáncer, sino también por el mundo simbólico que provocó, acompañó y contribuyó al desenlace de esta situación vital, identificando tramas que se tejen en torno a esta mujer como sujeto – objeto sexuado y asignado culturalmente a ciertas asociaciones de género. La construcción simbólica de la enfermedad y los elementos de contexto asociados, entregaron una completa lectura del cáncer cérvicouterino como una enfermedad que ataca directamente lo femenino, develando sus carencias y sufrimientos.

El cáncer trasciende la corporalidad, y construye a partir de su existencia un cuerpo simbólico que afecta y define a la sujeto que lo padece: “*qué es el cáncer sino una parte de nosotros que muere*” es una afirmación que no sólo nos remite a lo que ocurre a nivel de la carne, sino que se refiere a otros aspectos de su vida: la pena, el abandono, la traición, se encarnan en un tumor “*color verde musgo*” “*putrefacto*”. En el relato no existe un límite entre la realidad carnal y la realidad simbólica, el cuerpo es poroso y permite que los acontecimientos generados por los vínculos amorosos tengan una expresión prácticamente simultánea en el cuerpo de la mujer que nos relata su historia, el daño, la herida, el dolor, es físico, emocional y simbólico, nos devela los sentidos y valores que se estructuran en torno a las relaciones de género binominales (femenino – masculino).

“La mujer sola” se constituye en función de la carencia de un masculino/pareja; en este caso, por ejemplo, la mujer del relato vive junto a su madre y su hijo, por lo que, en estricto rigor, no está sola. Lo masculino entonces se constituye como sujeto esencial y necesario para constituir un femenino completo, no carente.

“Es que soy una mujer sola (...) porque yo soy el jardinero, yo soy la que pinta...mujer sola, tú sabís, la que tiene que hacerlas todas (...) siempre estuve sola, yo todas mis cosas las hago sola, mis quimio, mis radiaciones, todo sola, yo soy lo más autosuficiente y lo más independiente que te podai imaginar”

El párrafo anteriormente transcrito destaca aspectos positivos de esta condición de soledad, ya que la asocia a la autosuficiencia y la independencia, sin embargo, el aspecto de carencia de esta condición, puede visualizarse de mejor manera en las siguientes afirmaciones que apelan al ámbito sexual, pero que hablan directamente de “ser mujer”:

*“(...) proceso de la enfermedad y de la enfermedad en sí que a ti **te anula como mujer**, con el cáncer abajo es totalmente inservible tu cuento y **te sentís menos mujer que cualquier otra mujer** (id), aún cuando yo estoy sola y he pasado prácticamente mi vida sola, **me sentí menos mujer** (id), por el tema de la sexualidad, porque es importante”*

La manifestación de la enfermedad entonces, da fuerza a las asociaciones existentes respecto de “ser mujer”, lo femenino como una condición esencial que se construye en el

acto sexual, que es capaz de exaltarla o anularla. Las afirmaciones “ahora no puedo ser mujer”, “anulada como mujer”, “menos mujer que cualquier otra” remiten directamente no sólo al ejercicio del acto sexual, sino que también a la condición inmanente y circunstancial del ser femenino, que existe y se constituye en función de un masculino; la búsqueda del “masculino complementario” no sólo apunta al establecimiento de una relación, sino que da señales de la necesidad de reafirmación en tanto sujeto, en contraposición a una visión que la objetualiza. La sexualidad es un ámbito paradójal donde la femineidad se carnaliza constituyendo un sujeto, en tanto existe un masculino que lo valore como tal, pero a la vez establece un frágil límite con la fuente primordial de la objetualización femenina:

“ (...) a los hombres les importa una raja, tener la mansa mina que tienen al lado, cachai, me refiero a valores, y tenís una inmundicia de mujer, el hombre a ojos cerrados siempre se queda con la media mina, se queda con las pechugas”

En otro ámbito, en el relato se muestra una conflictiva relación con aspectos físicos asociados al “ser mujer”, la menstruación se describe como algo “sucio” “antihigiénico”, “incómodo”. La sangre menstrual se define como “mugre”. No presenta problemas médicos asociados a la menstruación, sino que sólo la identifica como algo perturbador y en cierta medida ajeno a su bienestar. El útero es visto como un órgano problemático, que desea extirpar. Salvo la menstruación, no se presentan otros aspectos que podrían alterarse en su vida a partir de la pérdida de su matriz:

*“(...) yo le pedí a los médicos, **sáqueme el útero**, sáqueme toda la cuestión, no quiero volver a saber de apósitos, de toallas, de nada, aparte que mi tema con la regla siempre ha sido molesto, me desagradaba, (“¿Tuviste problemas con la menstruación?”) No, es que es desagradable andar con la cuestión, con toallas, con la mugre abajo, que transpirái, a mi me molesta, nunca me gustó, tenía una regla super normal, 3 días, 2 días y era apenas un poquito, cachai, pero a mí me molestaba por un tema de higiene, porque me gusta andar fresca, limpiecita, y en lo posible casi toda la vida me he depilado, ahora ya no tengo necesidad(...)*

Siguiendo el análisis y presentación del relato que menciona y articula la construcción de lo femenino, en función de una comprensión amplia y contextualizada de la enfermedad, las relaciones de género también se establecen a partir de lo masculino como eje de articulación e identificación, presentando tensiones, paradojas y desacreditaciones respecto

de lo femenino, ya no como autoconstrucción, sino como la descripción de la relación con otras mujeres. En el ámbito médico, específicamente, existe un respeto y positiva valoración del cuerpo masculino que lo compone, teniendo una valoración menor e incluso negativa de las mujeres que forman parte del circuito de atención:

“(...) los médicos son unos monstruos, unos dioses, son lo máximo, lo máximo, lo máximo (...) pero por los médicos yo me saco el sombrero, yo adoro a los médicos, al doctor Román Rioseco yo lo adoro” (nombre ficticio del doctor)

La presentación de una estructura con hegemonía masculina, no sólo nos remite a este relato puntual, sino que nos da cuenta de la forma en que se organizan las instituciones de salud, donde los médicos, en su mayoría hombres, tienen un rol de autoridad y sapiencia, son ellos quienes determinan, quienes establecen los parámetros y procedimientos de los procesos de sanación. En este contexto, las mujeres tienen un rol secundario, asistencial, sujeto a las orientaciones y normativas establecidas por el cuerpo médico – masculino.

Los vínculos afectivos que presenta, van incluso más allá de la confianza y admiración por el cuerpo médico masculino. Se desliza en el relato una historia paralela que habla de emociones sexuadas respecto de hombres médicos que intervienen en parte del proceso;

“...una como mujer, yo no sé si te lo habrá dicho alguna otra de las señoras entrevistadas, o será porque a lo mejor yo soy muy joven, no lo sé, una como mujer, cuando el médico es joven y es guapo, tú no lo miras como médico, lo miras como hombre y eso a ti te provoca una serie de, de sensaciones y te complica, vergüenza, pudor, cosas que tú sientes ante un hombre, no ante un médico, y eso te complica mucho más, porque, a ver, si el nivel de stress es tremendo, de que a ti te estén trajinando, de que estás con dolor, de que estás con molestia con todo... te da vergüenza como mujer, es inherente a ti, es que somos mujeres y la femineidad, la sensibilidad, el pudor ese es inherente a la mujer.”

En una cita posterior no grabada, Mirechu describe con detalles el nacimiento y desarrollo de un enamoramiento hacia uno de sus médicos, respecto del que ella presenta expectativas que finalmente se ven frustradas, ya que él nunca manifiesta interés hacia ella más allá de lo profesional.

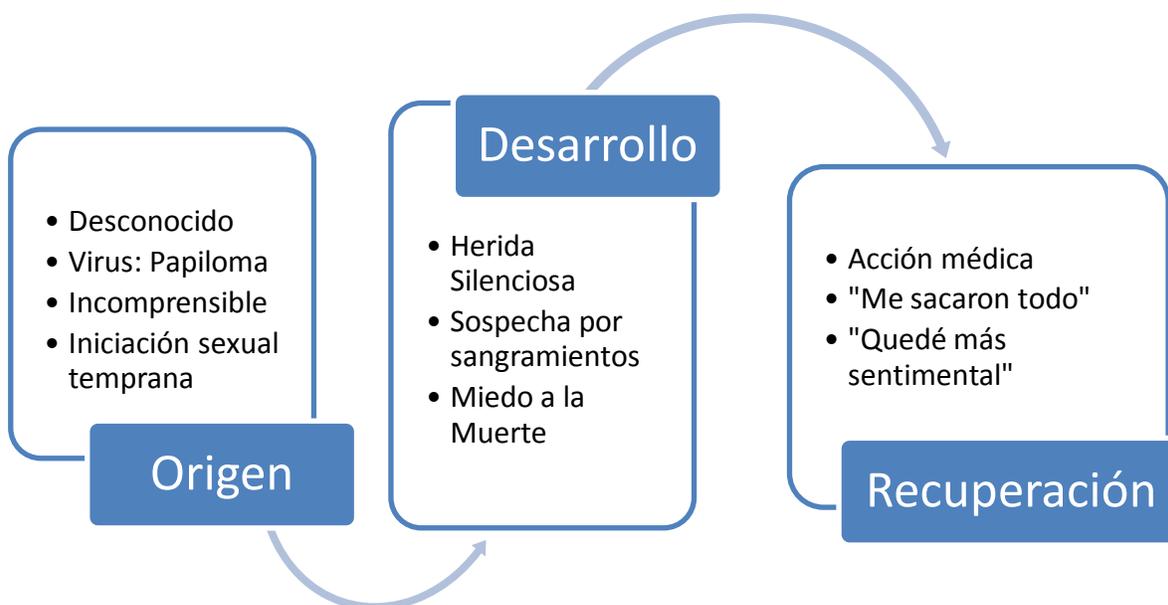
La situación de cáncer en el caso de Mirechu, se presenta como un espacio privilegiado de reflexión respecto de aspectos significativos de su vivencia, su construcción en tanto mujer y la forma e implicancias de sus relaciones de género. Ella elabora un relato detallado en el cual busca expresar de manera consiente lo que ha ocurrido con su cuerpo, sus emociones y relaciones durante este proceso; sin embargo, a pesar de que todas las mujeres a quienes se les solicitó la entrevista estuvieron de acuerdo en realizarla, no todos los relatos presentan la misma riqueza de imágenes y significados.

7.2 CÁNCER COMO EVENTO FORTUITO EN UN CUERPO DESCONOCIDO.

La siguiente entrevistada es Carla. Mujer de 32 años, casada y dueña de casa. Se casó a los 14 años y desde ese tiempo se ha dedicado a realizar tareas domésticas, consagrándose, tal como ella lo señala, a cuidar de su marido y de sus dos hijas. Carla es una mujer que se ve bastante tímida y que no se explaya en sus relatos, y aunque no evade ninguna pregunta, las respuestas nunca buscan profundizar; ella cumple, pero no se involucra.

La imagen del “cuerpo desconocido” emerge de un relato que describe el tránsito de una mujer a quien no le está permitido (por límites que no alcanzamos a visualizar a partir del relato) habitar en tanto sujeto consciente el cuerpo enfermo que es contingencia al momento de la entrevista. En la descripción de las distintas etapas y momentos de la enfermedad, su diagnóstico y terapéutica, se presenta en una posición de desconocimiento, entrega y pasividad en relación a su cuerpo. No se siente capacitada para tomar decisiones, ni siquiera para conocer lo que está pasando con su cuerpo. El conocimiento y el accionar en relación de su cuerpo recaen en un “otro externo”, el médico en el caso del tratamiento de la enfermedad.

7.2.1 EXPLICACIONES Y SIGNIFICADOS DE LA ENFERMEDAD



En el relato, Carla indica que ella sospechaba que algo no andaba bien porque sangraba levemente en sus relaciones sexuales, sin embargo los exámenes no salían alterados. En este sentido, la autoridad médica fue más fuerte que sus sospechas:

“Sí, yo le dije al doctor que cuando tenía relaciones a veces en una posición, eh...me salía un poquito de sangre, y supuestamente esa era la herida que yo tenía, ahí estaba, y él me dijo: “no, es normal, no, porque aquí, puede tener inflamado”...eso me decía el doctor que me veía allá en el consultorio...una confía en ellos, porque ellos son los que saben (...) y así con el tiempo después supe que tenía eso”.

En relación al origen y desarrollo de la enfermedad, Carla se refiere al contagio del virus, pero no da una explicación, ni personal ni externa respecto al motivo o contexto en el cual se contagió con el papiloma. Su relato en torno a la explicación es un tanto confuso, no tiene claridad al respecto, aunque presenta algunas posibilidades:

“No sé, yo sé que algunos se han pegado porque la pareja es infiel, no sé, pero no, no creo (...) la explicación que también (el médico) me dio es cuando una tenía relaciones muy chica, también estaba más

propensa, y yo tenía como 14 años, ya po, también pensé, eso pensé, entonces, es más interno, o sea, puede ser por ahí, que se haya producido eso”

El desarrollo de la enfermedad, antes de ser detectada, es imperceptible para Carla:

“Dicen que es super silenciosa la enfermedad, no se siente nada, si lo extraño fue que yo tenía la herida como expuesta, por eso sangraba, pero no era un sangramiento total, unas manchas solamente”

Ella no tiene una visión clara respecto de su enfermedad, afirma que no es capaz de entender ni retener nombres, no conoce el avance, pero aparentemente no considera necesario saber más allá, porque posee una clara percepción de que existe una autoridad médica que “sí sabe”, que “sí conoce” en contraposición a ella que es incapaz. Su cuerpo ya no le pertenece, es entregado:

“ni yo misma me doy cuenta de lo que me pasó realmente (...)Yo le pregunté al médico de qué venía este cáncer, me dijo que era un cáncer, como se llama, ay el nombre, no me acuerdo, o sea común, que abarcaba mucho, podía venir de cualquier cosa, como que no tenía una explicación, por el virus... (“papiloma”) Eso, papiloma humano, abarcaba mucho para explicarme, me dijo, en realidad no me explicó mucho las cosas el doctor”.

La histerectomía radical marca un momento en el cual la aparente inconsciencia que hasta ese momento había acompañado su vivencia del proceso, se sacude. Una vez en casa, la experiencia empieza a decantar, abriendo paso a reflexiones de carácter existencial, generadas por la posibilidad de morir:

“(...) sabes cuándo me vino todo, después de la operación, sí, ahí como que recién reaccioné, porque no sé, ahí pensé, pucha, me pude morir o no sé o en la misma operación, no me pude despedir de mis hijas, cosas así (...) cuando tiene una enfermedad, ya uno cambia el pensamiento, osea, uno no está pa’ siempre, en cualquier momento se puede ir”

Durante el período de recuperación post – operatoria, no sólo es capaz de pensarse a sí misma y visualizar las implicancias que tuvo su experiencia límite que incluso abrió la posibilidad de la muerte, sino que aparecen emociones desconocidas, una sensibilidad que

describe como “extraña”, que es capaz de generar una reflexividad emotiva respecto de lo vivido:

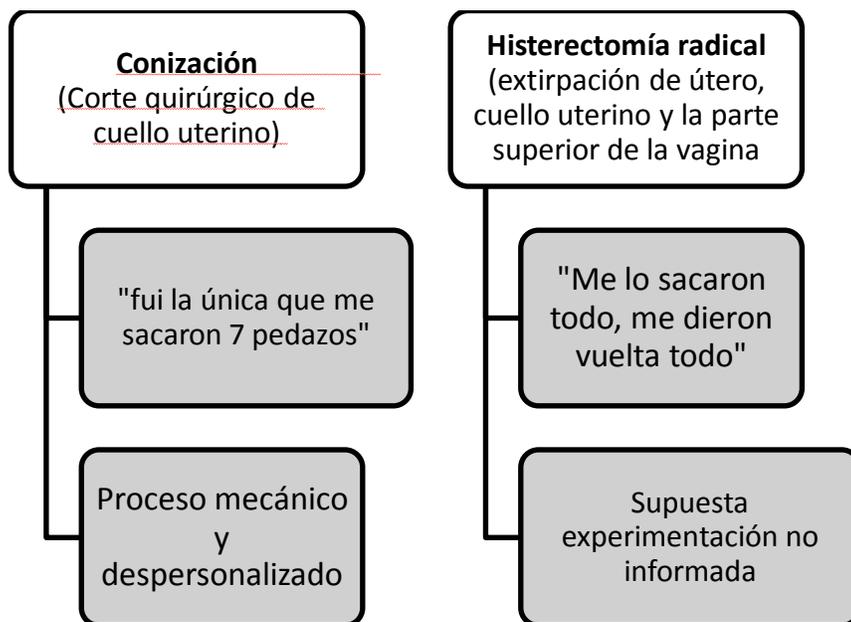
*“(...) porque a mí me sacaron hasta por, como se llama esa parte donde uno junta el pipí, (“la vejiga”) por todos lados, **me dieron vuelta todo**, buscándome ganglios, **buscándome todo, todo**, así fue, entonces **por eso yo quedé muy delicada**, entonces yo sentía que me movía para allá y ¡oh!, como que todo, como que todo se iba para ese lado, una cosa así”.*

La situación operatoria en la cual le “movieron todo” y la dejaron “muy delicada”, tiene la capacidad de establecer un co-relato entre su vivencia corporal y el ámbito emocional, esta “conmoción” carnal repercutió de forma consciente en sus emociones:

*“(...) quedé muy sentimental, yo, muy llorona, después de la operación, muy llorona, como que todo: ¡ah!...todo me da pena (...) no sé porque me pasó eso, no explico por qué, no, no sé, a lo mejor me llegan más las cosas ahora, no, puede ser la operación...me empezó después que ya me recuperé de la operación, **pero me gusta (...)**”*

El reconocerse “sensible” se acepta como algo positivo. El cuerpo tiene presencia y se manifiesta en tanto sujeto, la mujer es capaz de trascender la objetivación y reconocerse como sujeto sensible, capaz de expresar sus emociones, capaz de llorar.

7.2.2 EXPERIENCIAS TERAPÉUTICAS SIGNIFICATIVAS.



Como parte del proceso de diagnóstico por el que ella pasó, le realizaron una “conización”, proceso que consiste en extraer una muestra de tejido anormal del cuello uterino con el fin de realizar una biopsia. En algunos casos, cuando la lesión es menor, la conización puede incluso extirpar todo el tejido dañado. El relato de Carla es bastante crudo en tanto describe un contexto despersonalizado donde el procedimiento es colectivo (efectuado a varias mujeres a la vez), y devela un comportamiento médico que no considera las afecciones personales que están comprometidas en este procedimiento, al no entregar información clara e individualizada a cada mujer participante del examen:

“(…) pero fui la única que me sacaron 7 pedazos, porque las otras eran todas un frasquito, y mi nombre estaba en todos esos frascos, (“¿Y no preguntaste porque 7 y no 1?”) No, porque de ahí el doctor se fue, hizo eso y nos quedamos todas vistiéndonos ahí, todas las que estábamos”.

Carla no pasa ni por radioterapia ni quimioterapia: a ella se le realiza directamente una operación denominada Werthein Meigs o histerectomía radical.

La confianza absoluta en la determinación de los médicos respecto de su cuerpo, su salud y devenir, puede leerse claramente en las siguientes afirmaciones:

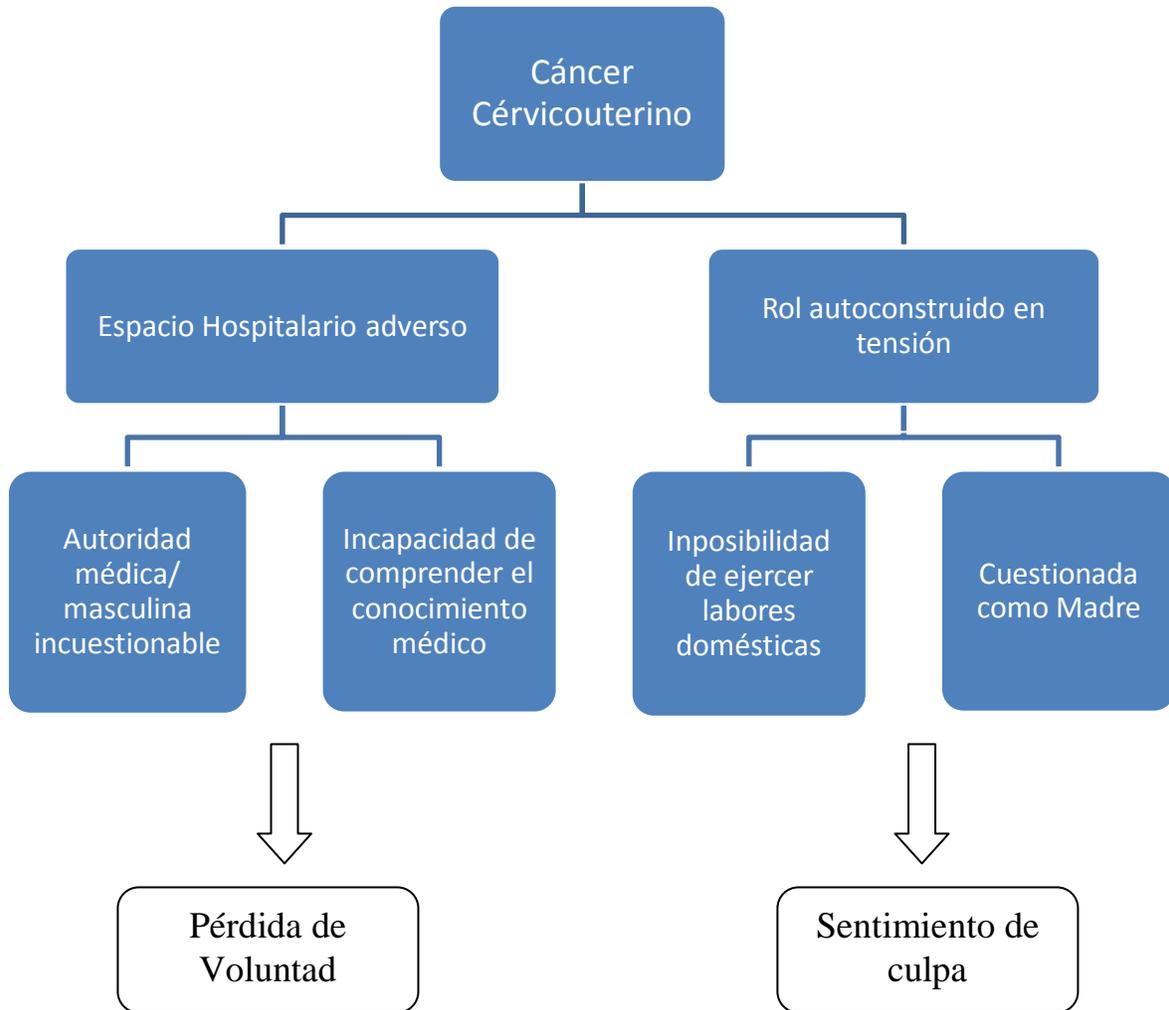
*“ el doctor fue bien franco, fue bien directo, mira chiquilla tú tenís cáncer, me dijo, ya descartamos ya...esto es cáncer de frentón, así que **hay que operar no más, no queda otra posibilidad**, entonces en esa junta todos los doctores me aconsejaron que me operaran...eran como 9 doctores (...) entonces ahí después me dijo, **vai a estar mal, te vai a morir**, entonces cuando a uno le dicen algo así, obvio que no lo pensé ni dos veces”*

A pesar de que ella acepta en silencio, con un explícito convencimiento de la autoridad de los doctores, hay una insistencia por parte del cuerpo médico de argumentar y reforzar a partir de sentencias y amenazas la necesidad imperiosa de obediencia respecto de sus indicaciones: “*hay que operar no más, no queda otra posibilidad*” “*vai a estar mal, te vai a morir*” son afirmaciones categóricas y amenazantes, que impregnan de urgencia y necesidad la entrega del cuerpo, sin ningún dejo de autodeterminación. En este punto es relevante recordar que nuestro campo de estudio es el relato de la mujer, por lo que en última instancia la urgencia manifestada responde a la forma en que Carla comprende, significa e incorpora el discurso médico; ella siente, da forma y refuerza en el relato su ineptitud para comprender y participar de su proceso terapéutico, da cuenta claramente del deseo del otro (médico) sin entender ni menos manifestar el propio

Respecto de la intervención quirúrgica, indica no tener mayores antecedentes, y se muestra ciegamente confiada en el criterio y procedimientos aplicados por los médicos. Afirma incluso que le comunicaron acerca de un experimento que habrían realizado con ella durante la operación. No tengo elementos para aseverar esta afirmación, es muy probable que sólo fuese un mal entendido, ya que una acción de este tipo requiere de un riguroso protocolo de consentimiento informado, pero no deja de llamar mi atención observar cómo el cuerpo de esta mujer está expuesto y vulnerable, sin ningún tipo de cuestionamiento:

*“(...)me hicieron una cosa extraña, estaban haciendo como un experimento, que me inyectaban un líquido, como que buscaban el foco donde estaba el cáncer, y si había en otros lados, era un líquido así como morado (“¿Dónde te lo inyectaban?”) **No tengo idea**, porque eso me lo inyectaron cuando fui a pabellón, (“¿Y cómo supiste?”) Porque el doctor me dijo, me comunicó, **después todos se reían**, porque el pipí que hacía era de ese color (ríe)”*

7.2.3 ARTICULACIÓN DE LO FEMENINO EN TORNO A LA ENFERMEDAD



La articulación de género que esboza Carla a partir de su relato, entrega un marco a partir del cual es posible entender las prácticas desarrolladas por ella en el espacio hospitalario y la forma en que ella entrega sentido y comprensión a la vivencia de su enfermedad.

La construcción que desarrolla la entrevistada de sí misma en tanto sujeto asignado como “mujer”, es en muchos aspectos paradójal, en la medida que delata visiones contrapuestas que cohabitan. Carla se describe prácticamente como una inválida, ya que explica que ella

no trabaja fuera de la casa debido a que tiene un severo problema en sus ojos y los médicos le han indicado que no puede hacer mayores esfuerzos, porque su retina puede desprenderse.

“por uno u otro motivo no he podido trabajar (...) mi vista está muy mala, no puedo trabajar en algo con mucho esfuerzo (...) Me gustaría trabajar, pero a la vez pero como que estoy insegura, como que yo digo, no me va a resultar (...) el año pasado iba a gimnasia todo, dejé todo eso, por el tema de la vista, porque no puedo hacer fuerza, porque se me puede desprender la retina, por la mucha miopía que tengo, entonces eso me limita a un trabajo”

La mujer inválida del espacio público se transforma en el interior de su espacio íntimo, aquí las cosas no funcionan sin su presencia, ella se encarga de todas las labores domésticas, incluyendo la limpieza y preparación de alimentos, actividades que requieren actividad física, muchas veces intensa.

“Yo soy un poco como el pilar de la casa, pa’ todo, porque tengo que preocuparme de todo”

Aparece nuevamente la imagen del cuerpo ajeno, invisible, silenciado, una sujeto cuyo relato no es capaz de visualizar las paradojas que se manifiestan de manera evidente, presentándose a sí misma como dos personas distintas, disociadas y contrapuestas, enmarcadas en un rol de género que se ha estructurado de tal forma que no da posibilidad de presentarlo de otra manera: la mujer fuera de su casa puede incluso perder sus ojos.

Nos plantea la clásica diferenciación de espacio público/ espacio doméstico, con la mujer habitando el espacio íntimo de forma restringida, es decir, impedida de transitar con propiedad otros espacios. Contiene también elementos tradicionales, ampliamente estudiados, de subordinación, donde el sometimiento se realiza, en este caso, no sólo respecto de lo masculino (el marido) sino también respecto de sus hijas. No es posible visualizar dónde se encuentra el espacio de la autodeterminación, el espacio del deseo, el espacio propio. Este cuerpo desconocido también aparece en el relato del hogar, su existencia se define en función de otras existencias, no aparece, a lo menos de manera explícita, un auto-reconocimiento, un habitar consciente y determinante.

La presencia de cáncer en su cuerpo evidencia y devela las expectativas del rol que se encarnan en esta mujer. La invalidez pública se demuestra en su tránsito hospitalario, en el cual se siente completamente fuera de lugar, sin posibilidad de incidir en el destino de su cuerpo, entregándose a la voluntad y manipulación médica de forma irrestricta. Por otra parte, su espacio de determinación, la casa, se ve afectado por su imposibilidad de realizar de manera correcta el rol esperado:

“llegué a la casa y estaba todo patas pa’ arriba, mi hija reclamaba porque tenía que hacer las cosas, que tenía que ir al colegio, mi marido trabajaba de noche en ese tiempo, que tenía que llegar en el día y atenderme, estaba desesperada, lo único que quería era levantarme y volver con la rutina que tenía, entonces ahí di cuenta que sin mí no iban a hacer nada”

Esta imposibilidad se traduce también en un sentimiento de abandono e incompreensión por parte de su familia nuclear:

“yo pensaba que, no sé, me...a veces sentía como que no les hacía mucha falta, cosas, tonteras que una piensa de repente (...) “ah, la mamá se operó, la mamá está ahí” está bien, como que no hubo ninguna conversación, algo más profundo, como que no, como que me sentía utilizada”

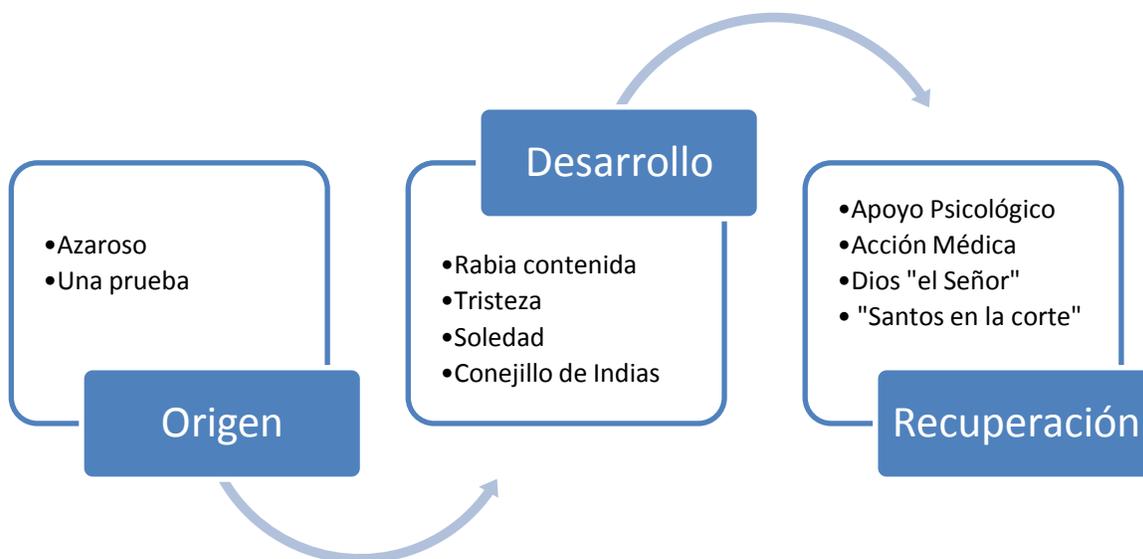
Tenemos una vez más el relato de la mujer cuyo cuerpo no le pertenece, que no posee autodeterminación respecto de su devenir, que desconoce sus capacidades, sus potencialidades, incapaz de exigir contención en los momentos que su cuerpo entra en crisis. Cuya corporalidad tiene sentido sólo al momento de realizar una función, en relación a los demás y no respecto de sí misma.

7.3 CÁNCER EN UN CUERPO ACORAZADO

Cristina es el nombre de la mujer que relata la próxima historia. Ella tiene 32 años y vive “de allegada” (según sus palabras) en casa de sus padres, junto a sus tres hijos de 15, 14 y 3 años. Sus dos primeros hijos son de una pareja que nunca se quiso comprometer con ella y la más pequeña fue el resultado de una relación con un hombre casado. Actualmente tiene una pareja, quien no es padre de ninguno de los niños, pero sí la apoya mucho en la crianza,

sobretudo de la más pequeña. Se ha desempeñado en distintos oficios, como temporera, reponedora de una gran tienda, asesora del hogar; actualmente se encuentra cesante, producto en parte de su enfermedad.

7.3.1 EXPLICACIONES Y SIGNIFICADOS DE LA ENFERMEDAD



Cristina no tiene una explicación clara respecto del origen de su enfermedad, plantea la posibilidad de que ésta sea una suerte de “prueba”, pero no es una justificación que la convence del todo. Menciona también la probabilidad de que su contagio haya sido azaroso, pero esta tampoco se presenta como una explicación definitiva:

“No sé, yo creo que a lo mejor para ponerme a prueba, para ver si uno es capaz de soportar algo tan fuerte como lo es la enfermedad (...)Quizás la enfermedad se estaba sorteando con el dedito y cachipún”

Cristina recibe la noticia con mucha rabia y tristeza. Estos sentimientos se profundizan al avanzar su enfermedad, pero son asumidos con firmeza, una emoción que más adelante describe como “caparazón” y que da cuenta de una fortaleza superficial que encubre el sufrimiento interno:

“Me dijeron: hay una posibilidad de que puedas tener cáncer, me dio mucha rabia (...) Y desde ahí fue como más triste, para uno igual es fuerte que te digan que tienes cáncer, pero como descubrí que en ningún momento me dijeron que me iba a morir, entonces lo asumí no más.”

Por otra parte, ella manifiesta sentir una completa incompreensión de su círculo relacional inmediato, constituido por su madre, padre e hijos mayores.

“Mi familia no le tomó mucha importancia, lo vieron como una enfermedad y ya (...)Me duele el hecho de mis hijos que no tomen conciencia, o el hecho de que mi mamá prefiera a mis hermanas cuando uno está enferma”

La pareja que tiene actualmente se percibe como un apoyo, pero que sin embargo no constituye una contención en el proceso general, dado que ella afirma que a pesar de su presencia, se siente sola.

“la sicóloga me dijo que me sentía sola aunque estuviese con una pareja pero no era lo mismo. Le encontré la razón”

En este escenario de soledad aparece la “caparazón”: una coraza que resguarda su ser interior, pero que cada cierto tiempo se rompe y “explota”. La imagen del cuerpo acorazado, remite a la situación de una mujer enferma, que vive este proceso con emociones contenidas que no encuentran caminos adecuados para su expresión:

*“yo soy de las que acumulo cuando empiezan a hablar, yo callo, callo hasta cuando yo exploto y dejo la embarrá (...)yo lloro de noche cuando nadie me ve, a lo mejor me escuchan pero no me ven (...)Yo creo que me hice más fuerte, como que me hice un **caparazón** para que no me ataquen.”*

Cristina percibe y relata de manera insistente la hostilidad de su entorno afectivo inmediato, la enfermedad es el escenario en el cual irrumpen de manera manifiesta y evidente las configuraciones y tensiones de los lazos afectivos. Es en la enfermedad cuando la cotidianidad ya no puede encubrir las heridas personales y relacionales, porque la “caparazón se rompe” cuando el cuerpo se debilita y no puede simular “estar bien”, aunque el lenguaje trate de manifestarlo:

“uno se siente mal sobre todo cuando uno tenía que ir a la quimio y después a radiación, pero cuando me preguntaban: “¿cómo estoy?” “bien””

Cristina es la única entrevistada que da cuenta de un apoyo psicológico durante el tratamiento, derivado del hospital público donde se atiende. Evalúa positivamente este hecho; el cuerpo contenido agradece la posibilidad de sostenerse, de hablar, de dar palabras a su dolencia, de ser escuchada, de sentirse partícipe de un vínculo solidario de afectividad:

“(la sicóloga) me dijo que no guardara, que dijera lo que tenía que decir, cuesta pero es mejor y de hecho, las cosas que ella me decía sí funcionaron (...) ella me dijo que mi vida ha sido muy triste”

Aunque aparentemente en su relato indica que todo le parece correcto acerca del trato médico, en un momento del relato bromea con “sentirse conejillo de indias”, dando cuenta de una situación en que su cuerpo aparece como objetivado en función del estudio médico, sin embargo ríe de esta situación y destaca la buena atención médica. Manifiesta una fe absoluta en las indicaciones entregadas por el cuerpo médico, a pesar de que los Papanicolaou realizados con anterioridad no detectan a tiempo su enfermedad y que cuando le realizan la histerectomía, descubre que años antes, en una operación realizada por miomas, le habían sacado un ovario y no le avisaron nada. Estos hechos no perturban su confianza y entrega su cuerpo sin reservas a los médicos.

*“todos los doctores la miran a uno y la revisan y comentan, como **un conejito de indias** (...) si a uno los doctores le dicen no se va a morir, no se va morir”*

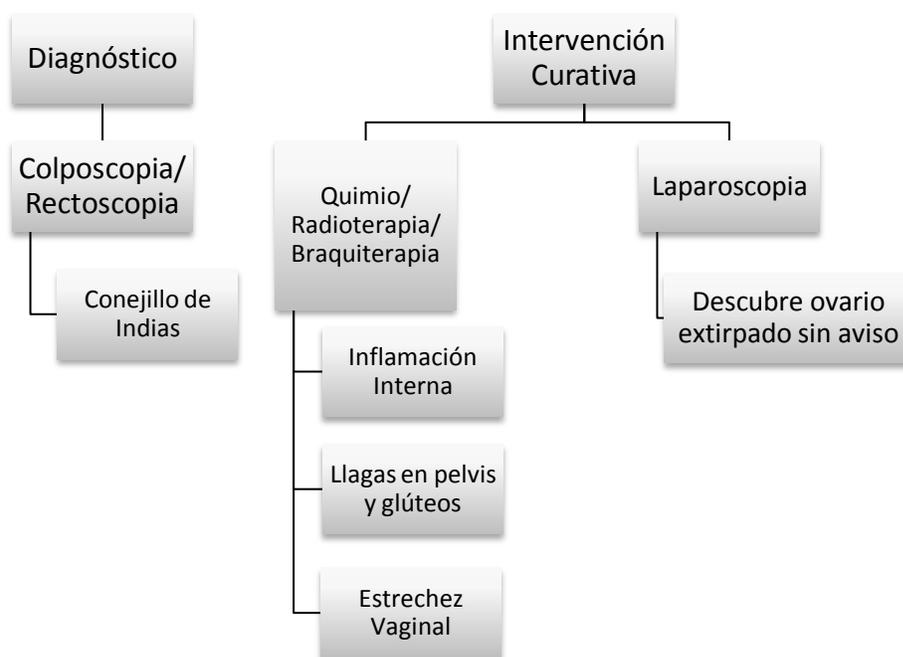
La palabra médica opera como verdad, es ella la que tiene el poder de indicar el devenir de los cuerpos, su vida o su muerte. Este poder es conferido también a Dios “El Señor” entidad masculina con carácter divino, cuya voluntad y palabra posee la “verdad final” respecto del destino de los cuerpos: la sujeto entonces es un ser pasivo frente a este tipo de situaciones vitales, ella sólo debe confiar y esperar:

*“yo tengo mi religión y si yo creo en el de allá arriba, sea para bien o mal, **Él va a decidir**”.*

En el caso de Cristina, su cosmovisión religiosa tiene otras riquezas, que son también acogidas y puestas en lenguaje al momento de dar cuenta de su proceso de recuperación de la enfermedad:

*“yo también tengo santos en la corte y que también **tengo un escudo que me protege** que son mi hermana y mi abuela, ellas son como las dos protectoras y un tío le dije yo que se murió hace 4 años “*

7.3.2 EXPERIENCIAS TERAPÉUTICAS SIGNIFICATIVAS.



En esta escena emocional Cristina realiza su tránsito terapéutico. Su relato de la experiencia se detiene sólo en lo descriptivo, sin apelar en profundidad a las significaciones que cada situación puede tener para ella. Sin embargo, los enunciados por si solos ya develan lo crudo de la experiencia y lo afectada que ella se encuentra.

*“Ponen un péndulo para abrir la vagina y con un microscopio que tienen ellos van mirando y **van sacando pedacitos de capa**, era un solo doctor, eso se hace **tanto vaginal como anal** (...) primero uno entra sola porque la revisan todos los doctores y la miran a uno y la revisan y comentan, **como un conejito de indias** y después a uno la hacen vestirse y puede entrar la persona que la acompaña”*

Como ya se mencionó, se refiere a sí misma como conejillo de indias; esto ocurre en dos oportunidades del relato, una es en el contexto de la cita anterior y la otra en la operación ya mencionada, en la cual le extirpan un ovario sin avisarle; se entera de este hecho cuando le realizan una laparoscopia, operación que forma parte del proceso curativo y que consiste en subirle los ovarios para evitar que se quemem con la radioterapia.

*“Y ahí descubrí que tenía un puro ovario, **que cuando me operaron (antes) me habían sacado un ovario sin avisarme**”*

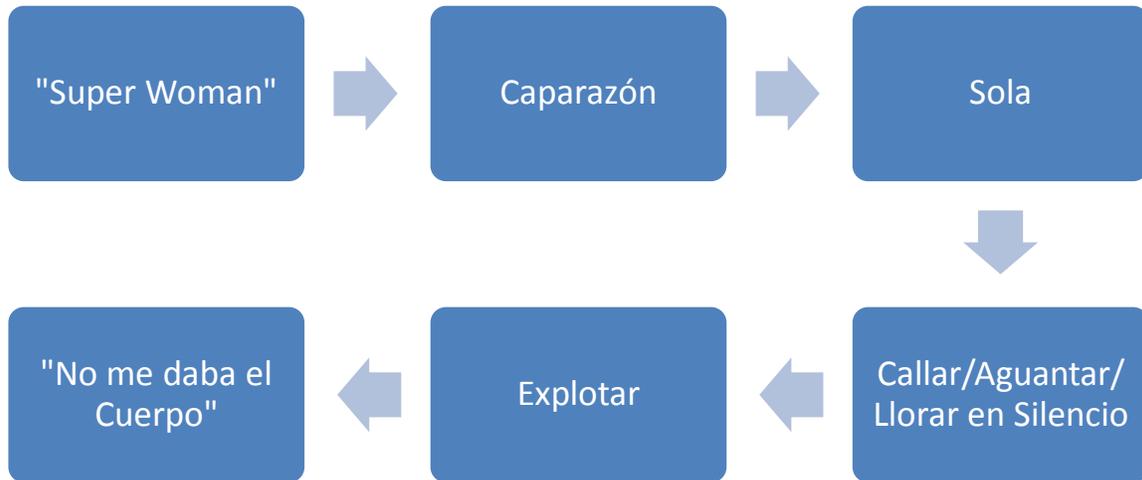
Luego, con la radioterapia y la quimioterapia, sufre quemaduras internas y externas e inflamación interna. Esta situación le provoca problemas en el desarrollo sano de su sexualidad.

*“Con las radiaciones **tuve quemaduras** en la parte de la pelvis y la parte del trasero, más arriba del ano, como donde empieza la cola, ahí **se me hicieron llagas feas** (...) **Sufrí, pero no era infección urinaria, era como que se me inflamaba todo por adentro** (...) como la vagina estaba más cerrada costó, fue algo como doloroso, de hecho sangré un poquito”*

Cómo ya se mencionó, después de cada radioterapia era visitada por una psicóloga; destaca de esta experiencia la posibilidad de conversar y ser escuchada, de “ser mirada” al conversar, de ser considerada en tanto sujeto que desea y necesita atención. Se presenta como el único espacio en el cual ella puede expresar y compartir lo que está viviendo.

*(¿Sentiste apoyo?) Sí, de hecho, ella, todas las quimios, me fue a ver ahí conversábamos un ratito de cómo estaba, cómo iba evolucionando, pero sí sirve, **que a uno lo escuchan, era como que yo conversaba y ella me ponía atención y me miraba cuando le conversaba.**”*

7.3.3 ARTICULACIÓN DE LO FEMENINO EN TORNO A LA ENFERMEDAD



*“siempre la súper woman, Rocky era una alpargata al lado mío (¿Te sentiste débil en algún momento?) Sí, sí... (¿Y a quién acudiste?) A nadie (...) Pero cuando ya **mi cuerpo no pudo más**, estaba acostada no más, **no me daba el cuerpo**”*

Cristina se describe a sí misma, en el escenario de la enfermedad, como una “super mujer”, capaz de sobrellevar una dura enfermedad en un terreno emocional adverso. En este sentido, lo femenino aparece desgarrado, atravesado por emociones desfavorables que develan una fragilidad interna que no está en condiciones de aceptar. Hay una dicotomía en el relato, a pesar de que su voz y sus gestos son muy suaves, amables, sus palabras develan la furia que aparece contenida en su cuerpo; su cuerpo resiste, pero también hay momentos en que ya no da más. Hay mucho resentimiento y necesidad de expresarlo. El relato insiste reiteradamente en el desamparo, la incomprensión, presentando de forma intercalada la dualidad entre la mujer fuerte, enrabada y la débil victimizada.

Es el relato de una mujer que se siente “sola”, a pesar de estar junto a sus padres, sus hijos y su pareja. Cristina presenta la articulación de una feminidad que fue construida desde “lo abyecto”: madre soltera, amante de un hombre casado, incapaz de salir de la casa de sus padres. Una historia llena de culpas y dolor, que van configurando y dando sentido a lo que

para ella ha sido “ser mujer”, planteado como una condición asumida a partir de un suceso abrupto, violento:

*“(…) después de que yo quedé embarazada mi mamá me trató mal, a los 16. Hasta los 16 me sentí niña, pero todo eso se cortó de sopetón, no hubo adolescencia pasé de ser niña a mujer, **había que ser mujer por las buenas o por las malas**” (Texto destacado por autora)*

En la actualidad, Cristina se encuentra en una relación con un hombre 10 años mayor que ella, separado y que ha reconocido a su hija menor legalmente. Ella ve en él una contención que agradece; descansa en otro que “por primera vez” realiza gestos de apoyo. Se insinúa la necesidad de reconocerse en un “otro masculino” para evadir la soledad y sostenerse. Sin embargo, aún se presenta como excepcional, ya que su sentimiento generalizado es de soledad.

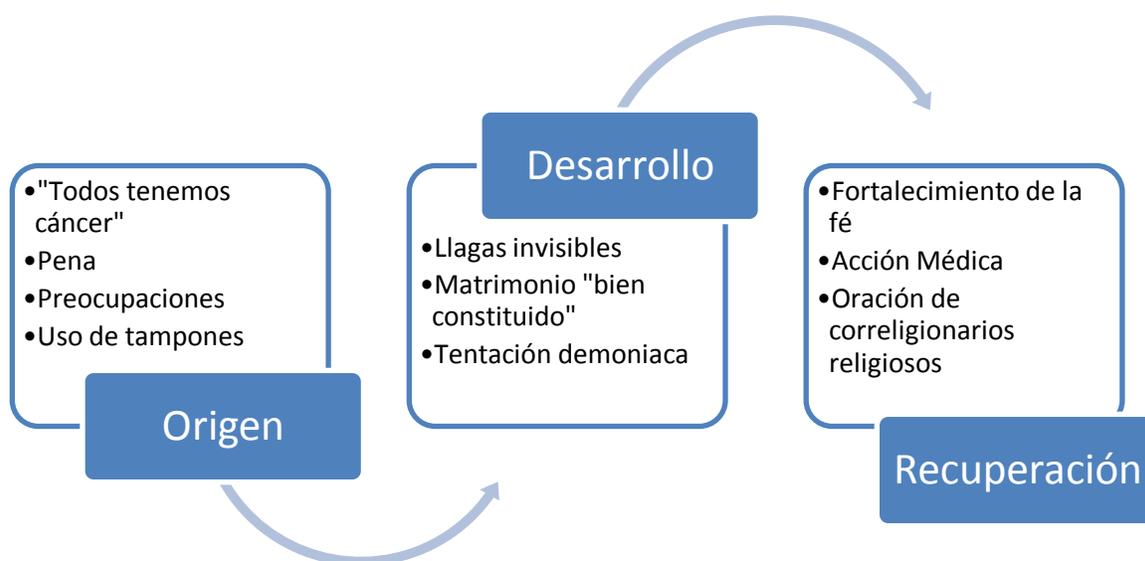
7.4 EL CANCER COMO LA ENCARNACIÓN DE LO DEMONIACO.

El último de los relatos corresponde a Lissete. Al momento de la entrevista ella tiene 37 años y es madre de 5 hijas. La entrevista se realiza en su casa, ubicada en un condominio de clase media en Peñaflor. Lissete comparte la casa con su marido y 4 de sus 5 hijas (la mayor se ha ido de la casa). Fue madre a los 16 años y sus dos hijas mayores de 18 y 22 años, las tuvo antes de casarse, con hombres que en ese momento estaban casados con otras mujeres. En reiterados momentos me pide no hablar del pasado, donde no sólo se ubican sus relaciones con hombres casados, sino que también menciona la experiencia de una relación muy violenta, en la cual era golpeada por su pareja. Para ella eso es parte de una historia que desea olvidar, por lo tanto, las referencias a su niñez y juventud son escasas y sólo descriptivas.

Trabajó en un laboratorio farmacéutico donde conoció a su actual marido; este trabajo lo dejó para dedicarse a sus hijas menores, una de 9 años y gemelas de 7 años, las tres hijas de su marido.

El eje principal de su relato es su filiación religiosa (adventista) la cual describe con esmerado detalle y reiterado énfasis, desplegando toda su estructura de significados y explicaciones en torno a los mandatos religiosos. La pertenencia a este grupo religioso data de aproximadamente 2 años, tiempo en el cual, según sus palabras, su vida habría cambiado positivamente, armonizándose su hogar y sus relaciones.

7.4.1 EXPLICACIONES Y SIGNIFICADOS DE LA ENFERMEDAD



*“el enemigo siempre no está tranquilo de ver un matrimonio tranquilo, porque el diablo siempre ataca a los matrimonios, a las familias; (...) entonces todo eso estaba súper bien hasta que un día me sentí mal, fui al médico y me dijeron: “sabes que tiene esto” y todos los exámenes me arrojaron cáncer y fue, chuta, por qué, pero **no son pruebas que te manda el señor, son pruebas que las permite porque es el diablo el que las mete ahí”***

La explicación cardinal de Lissete acerca de su enfermedad es de carácter trascendental, va más allá de su cuerpo y de las condiciones físicas que pudieron dar curso al cáncer. Según sus palabras, el cáncer habría sido intencionado por un ente concreto que tiene consistencia y genera una encarnación determinada en el mundo físico; cuando Lissete habla del “diablo” o del “enemigo”, ella le da presencia y carnalidad, le asigna un espacio

determinado frente al cual su propio cuerpo es permeable. Lo mismo ocurre con su opuesto, “dios/señor”, ente tangible con quien ella dialoga, que le presenta intenciones a través de la biblia, los pastores o fruto de su propia reflexión y que tiene una participación activa en la conducta y las relaciones interpersonales presentadas por la entrevistada.

El cáncer, para Lissete, no sólo representa, sino que “es” una intromisión del “diablo” en su vida, en el espacio concreto al cual ella desea pertenecer: un matrimonio que forma parte integral de la iglesia. El cáncer se manifiesta como una fuerza intencionada que busca confrontar “poderíos” y ganar terreno. En otro sentido, la encarnación del enemigo, le presenta físicamente aquello de lo cual no desea hablar: ella fue parte, a través de sus acciones, del espacio dirigido por el enemigo (una familia de origen mal constituida, su relación con hombres casados, la experiencia vivida con un hombre golpeador). Su nueva vida, enmarcada en la filiación religiosa, busca borrar el pasado, su propia historia. Sin embargo, esta historia vuelve encarnada en un cáncer.

Junto a la explicación marco de la enfermedad, se incorporan también otras explicaciones, que no necesariamente se integran de forma coherente al modelo anterior, ni presentan es sí mismas una explicación consistente. Se trata de explicaciones que transitan entre lo personal e intuitivo y argumentaciones entregadas por entes o instituciones externas, principalmente por la biomedicina. Respecto de su postura más intuitiva, declara lo siguiente:

*“El cáncer es como, a ver, son células que se van como comiendo a la piel por dentro como que se van incubando (...) **todos tenemos cáncer, que todos llevamos cáncer dentro del cuerpo** (...) El cáncer es lo mismo yo encuentro que todas las enfermedades, las tienes **porque tú te las buscas**, son porque uno no se cuida, no tiene la precaución de cuidarse”.*

Lissete afirma que todas/os tenemos cáncer, sin embargo, una/o puede permitir o no su aparición, dejando de cuidarse o viviendo emociones nocivas. La culpa se filtra en sus frases, “*tú te buscas la enfermedad*” es un enunciado condenatorio respecto de sí misma, que se asienta en una historia de vida compleja de la cual no desea hablar, no desea materializar. A pesar de que su actitud es de una supuesta apertura y confianza durante la

entrevista y es capaz de narrar situaciones muy íntimas, hay una “Lisete” que no es ella, que se vuelve invisible y no constituye parte de lo que ella es actualmente.

La incidencia de las emociones en la aparición del cáncer, es también un punto que Lisete considera como parte de sus explicaciones y se asocia específicamente a la pena y la angustia que han acompañado su vida. Este punto es avalado principalmente por fuentes de información populares, como son internet, la televisión y otras personas que experimentaron la enfermedad. El contexto permite, pero la enfermedad es anterior ya que “todas/os tenemos cáncer”.

*“y esto del cáncer me cuesta, es que no entiendo, por qué fuera de los exámenes, que nunca me los hice después de que nacieron las gemelas será , a lo mejor porque el virus lo tenía y también **será porque el cáncer se produce por mucha pena, por mucha angustia**”*

El contagio del papiloma humano no es una explicación que la convenza, ya que en la historia que ella desea contar, su sexualidad ha sido “sana” y le cuesta creer que su ejercicio le pueda haber causado la enfermedad. Al parecer no hay conciencia del relato que se filtra, aún sin ella desearlo, acerca de experiencias sexuales tempranas “culposas” (respecto de la visión que ella tiene de la sexualidad actualmente) ni de la violencia psicosexual de la cual ella fue víctima. Hay una narración compleja, incompleta, que no permite un relato integrador de su historia, a lo menos en un contexto como esta entrevista.

*“(…) de hecho el cáncer cervicouterino se produce por el virus del papiloma humano que es una ETS y **me ha costado entender cómo yo pude contagiarme o desarrollar este cáncer** (...) De todas maneras mi vida sexual ha sido saludable, antes de casarme y después de casarme con mayor razón”*

Los posibles orígenes que ella presenta, pueden ser opuestos y excluyentes: el cáncer como algo externo (virus/contagio) o como algo interno (“*porque dicen que todos tenemos cáncer, que todos llevamos cáncer dentro del cuerpo*”). La entrevistada no tiene una visión concluyente al respecto, pero aparentemente para ella tiene mayor coherencia, la idea del cáncer como un fenómeno de carácter interno, dado que no lo pone en duda como en el caso del virus, explicación que definitivamente no le genera convencimiento.

Al preguntar respecto de por qué la enfermedad había atacado a su útero, ella responde porque éste habría sido su “parte más débil”; esta debilidad habría sido causada por el uso de tampones, acción que le habría causado llagas silenciosas, y que se habrían demorado más de 20 años en manifestarse:

“Yo cuando joven usaba mucho el Tampax y en algún momento que me fui a poner un tratamiento el Dr. me dijo: “sabes tú que tienes como unas protuberancias en el útero que tienes que vértelas y que estas se deben al uso excesivo del tampax”, no eran como protuberancias, eran como llagas”

La explicación religiosa agencia en sí la mayor complejidad y consistencia. Es la única que no tiene intersticios de fuga, al menos en el relato desarrollado en las entrevistas. La explicación dicotómica religiosa tiene la capacidad de ordenar el relato de vida y de la enfermedad, entregando sentido y estructura a su conducta. Es una argumentación que puede resolver y explicar cualquier conflicto preexistente o futuro. Lo que ocurre en su cuerpo no le corresponde a ella entender ni resolver, ella es el terreno de un ataque que no se le hace en tanto individuo, sino que el ataque es a la institución “matrimonio”, reducto nuclear de la acción del “Señor”. Hay una entrega de su historia a una estructura mayor, ella no tiene incidencia y sólo debe confiar y aceptar una voluntad externa, la “voluntad del Señor”; la rigidez de la estructura de la religión a la que adscribe, le permite reposar en esta falta de voluntad y comprensión respecto de los hechos que han marcado su vida y que no le interesa repasar por su crudeza y sufrimiento. Se siente bajo protección. Ella no sabe, otros saben. Ella sólo debe confiar:

*“yo le entregué mi enfermedad al Señor, cuando me dijeron que yo tenía cáncer, que **Él** haga su voluntad y él hizo su voluntad”.*

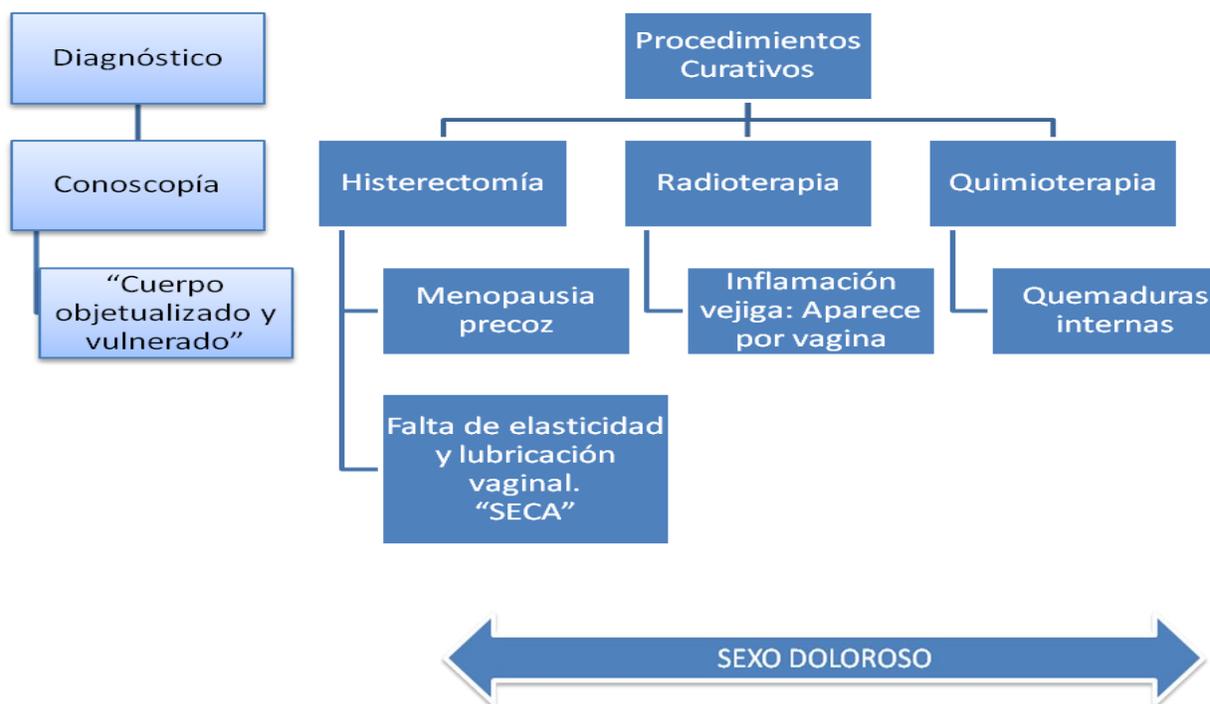
A pesar de su filiación estricta a la religión en tanto estructura semántica y vivencial, el relato da cuenta también de un fuerte vínculo con la biomedicina.

“cuando a mi me dijeron que tenía cáncer yo lo primero que pregunté fue si yo iba a morir y partiendo de ahí cuando el médico me dijo “no, tú no te mueres” yo dije bien, entonces hagamos todo lo que tenemos que hacer, siempre pensando en positivo.”

La frase “él (médico) me dice no, no te vas a morir” tiene la capacidad de generar tranquilidad en ella respecto del devenir de su enfermedad, ya que “él” tiene la capacidad de “decir la verdad”, por lo tanto, a pesar de expresar su convicción de que la sanación es un proceso generado a partir de la fe, se fuga en el relato su necesidad de complementar su accionar y visión respecto de la enfermedad con prácticas provenientes desde la ciencia médica.

Su posicionamiento respecto de su propio cuerpo no se modifica, la capacidad de incidir respecto de su realidad inmediata o su realidad trascendental es escasa o nula. La voluntad está situada en un punto externo a sí misma, en una entidad masculina (el Señor, el doctor) que por condición tienen acceso a la verdad y la voluntad.

7.4.2 EXPERIENCIAS TERAPÉUTICAS SIGNIFICATIVAS.



“(…) lo primero que le digo yo es me duele y ella (la doctora) siguió con el tema de seguir cortando (….)la auxiliar que estaba ahí me veía llorar a mí porque de verdad que me dolía mucho, ella me hacía cariño (…)

Llegó el doctor para ver cómo me estaba quedando pero que yo encontré como desubicado o anti insensible por decirlo, no sé, que te quedó lindo poco menos que, ni siquiera me preguntó cómo me sentía (...)
(textos destacados por la autora).

La escena presenta tres sujetos de sexo femenino, más un sujeto de sexo masculino que se inserta posteriormente a la interacción. La acción que se desarrolla tiene como centro de atención la ejecución de una conoscopía, procedimiento diagnóstico y/o curativo que consiste en el corte de parte del cuello del útero a una mujer con cáncer. Se trata de una intervención quirúrgica menor, que conlleva cuidados y procedimientos específicos. Para la mujer que ejecuta la acción, según la percepción, sentimiento y opinión de quien está siendo intervenida, este evento constituye una “prueba” a su conocimiento, en tanto, aparentemente, es una profesional que se encuentra en proceso de aprendizaje. El foco para ella entonces, es la intervención en sí misma, la perfección en el procedimiento. La mujer que habita en el cuerpo intervenido se hace invisible, el dolor o emociones que ella puede estar experimentando en ese momento son aspectos secundarios de un proceso de mayor importancia, que tiene que ver con el diagnóstico o reparación de un cuerpo enfermo, al igual como lo haría un mecánico experto con un vehículo.

Luego de los procedimientos diagnósticos, se le informa a Lissete que su útero será extirpado, ella indica que en ese momento su preocupación está centrada en los peligros de la operación en tanto intervención quirúrgica y no considera relevante plantear una preocupación particular por las implicancias que tendría la extirpación del útero, ya que sólo asociaba a éste, aparentemente, la posibilidad de tener más hijos. Indica que se le informa acerca de los cambios generalizados que se provocarían en su cuerpo una vez finalizado el procedimiento (menopausia precoz), pero que no considera relevante en ese momento profundizar en este punto.

“y ese fue a lo mejor mi error de no preguntar, me dijeron te vamos a operar te vamos a sacar el útero (...) es como que tarde o temprano vas a llegar a la menopausia, en diez años más, me dijo, vas a llegar igual, lo único es que se te va a adelantar, y yo ya OK, no pregunté nada”

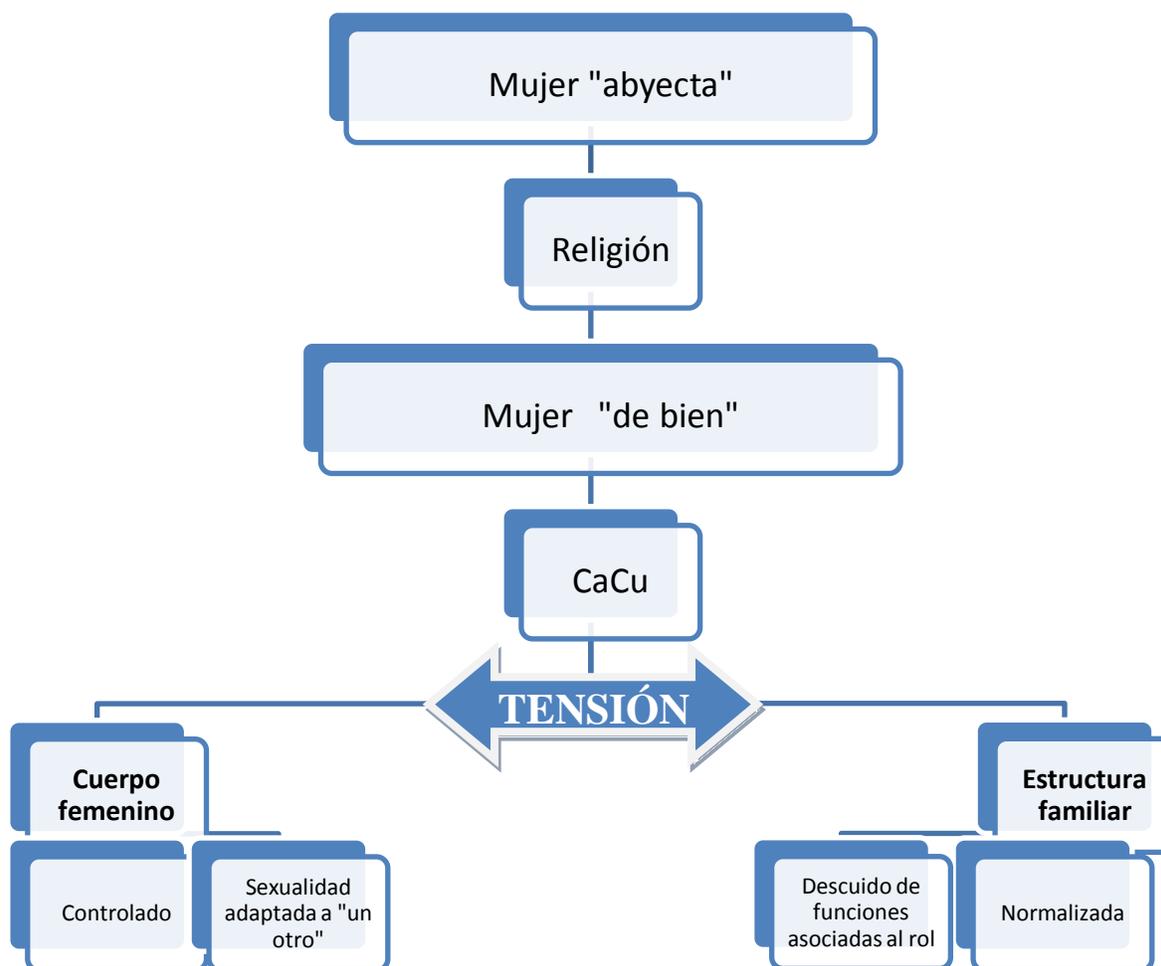
Su impresión general acerca de la histerectomía es positiva, ya que para ella sus ciclos menstruales constituían un problema y no estaba interesada tampoco en ser madre nuevamente. No le extirpan los ovarios, sin embargo, éstos quedan gravemente dañados después de la radiación. Tuvo complicaciones iniciales (bochornos, insomnio, sudoración extrema), pero todo esto se aplacó con el uso de hormonas. Sin embargo, sus complicaciones persisten aún en el ámbito sexual:

“la vagina ya no es elástica entonces la vagina se contrae, ya no es ese músculo elástico que tú tienes cuando tienes el útero, cuando tienes el cuello del útero, y eso yo lo he podido comprobar, las relaciones son con un poco más de cuidado, la lubricación ya no es la misma porque ya no te lubricas de forma espontánea, porque antes de que a mí me sacaran, antes de que se me echaran a perder los ovarios las secreciones de la vagina eran normales.”

Luego de la extirpación del útero, se le realizan a la entrevistada sesiones de radiación, quimioterapia y finalmente, braquiterapia. Todo este procedimiento se lleva a cabo con fines “preventivos”. La radiación es descrita como el momento más agresivo del proceso, los efectos en el cuerpo de Lissete son visibles y severos. No se manifiesta ningún tipo de duda respecto de la necesidad de realizar el procedimiento, no hay preguntas, no hay cuestionamientos al respecto. La entrevistada acepta transitar por esta experiencia sin explicaciones ni apoyos especiales, a pesar de que sus transformaciones físicas la inquietan y generan sufrimiento:

“luego hacer la radiación que fue más para prevención, más que para sanar, porque ya con el útero me habían sacado todo el cáncer (...) se me inflamó mucho la vejiga y yo me veía así un globo, un globo que aparecía por la vagina y yo me lo tocaba y eso me dolía (...) todavía me duele yo siento aquí y me duele por dentro, hay una parte de aquí que no tengo sensibilidad todavía y que es normal”.

7.4.3 ARTICULACIÓN DE LO FEMENINO EN TORNO A LA ENFERMEDAD



La articulación de lo femenino se ancla en el relato religioso al que ya me he referido. Esta narrativa opera como una voz hegemónica, capaz de subsumir el relato personal, fagocitarlo y prácticamente hacerlo desaparecer. El marco religioso tiene la gracia de encubrir la historia “vergonzosa”, la vida de la “mujer abyecta” que contamina su ser a través de una conducta poco sana y hasta cierto punto, prohibida. Ser una “mujer nueva” conlleva una rigidez estructural manifiesta, con roles, obligaciones y necesidades pre-establecidas.

El “deber ser” se impone, hay estructuras claras y severas que se respetan ante todo. La figura del “Señor” se vuelve central, aparece como una entidad dialogante y demandante: “El Señor dice, el Señor obliga, las cosas se hacen según los designios del Señor, etc.” La vida “sin el Señor” es la vida abyecta, pervertida, denigrante.

He inferido desde su relato, una serie de opuestos asociados al binomio principal Dios/Diablo y que tienen directa relación con la construcción de “lo femenino”. Me remitiré, específicamente a dos campos concretos que operan a partir de oposiciones y que considero bastante ilustrativas respecto de esta configuración: el cuerpo (puro/impuro) y la estructura familiar (cerrada/abierta).

Respecto del cuerpo, éste se presenta como una “creación divina”, perfecta y “santificada”, por lo que su contaminación es obra humana.

“(El cuerpo es) Sagrado porque dios lo creó y lo santificó (...) lo veo como Dios lo creó, Dios creó un cuerpo perfecto”

Hay especial atención acerca de los efectos de una sexualidad “abyecta” en este “cuerpo limpio”, donde el ejercicio de ésta fuera del matrimonio, se ve como un agravio contra este cuerpo sagrado, como también ciertas prácticas sexuales que describe como “aberrantes”.

*“A mis hijas les he inculcado desde siempre que tienen que esperar hasta el matrimonio porque dios lo dice y te pide que respetes el cuerpo, **no estoy con las relaciones extramatrimoniales** (...) hay límites, definitivamente sexo anal no, después de eso qué más, viene el compartirte con otra pareja”.*

Este ejercicio de una sexualidad “sana/pura” no se condice con lo que ella misma ha experimentado. La paradoja es evidente, pero no se reconoce como tal:

*“yo tenía 16 años (su embarazo) y él era un tipo casado (...) el segundo también era un casado, **yo no sé si culparlos a ellos o culparme yo** (...) yo viví con una persona que yo sufrí violencia intrafamiliar con él (...)ya lo último que me amenazó fue con matarme con una cortapluma, y **me costó mucho reaccionar**”*

Una alimentación incorrecta también tiene la capacidad de convertir el cuerpo sano en un cuerpo contaminado. El cuerpo es poroso a la corrupción:

“si tú comes mal, si tú comes pura comida chatarra, muchas grasas, eso significa que tú no quieres tu cuerpo”

La vivencia del cuerpo se plantea desde el control y la permanente observación. Esta práctica de control se extiende a la familia, el otro binomio analizado. Cuando habla de “familia” ella se refiere al núcleo relacional más íntimo, en su caso, esposa/o, padre/madre, hijas. Cuando este núcleo funciona de manera correcta, es un conjunto de premisas rígidas prediseñadas como también de roles y status fijados, que impiden la fuga de los comportamientos hacia patrones indebidos. A este “deber ser” familiar le he llamado “familia cerrada”, en oposición a la “familia abierta” (concepto originado por una frase expresada por la entrevistada), donde lo “demoníaco” aparece asociado al “descontrol” o falta de estructura. La conformación familiar deseable, asociada a “Dios”, se presenta como una “lucha”, que no se logra espontáneamente, sino que es necesario formar bajo estrictas normativas:

“Siempre he tenido que luchar con esto de la familia abierta, porque yo ya lo viví entonces yo siempre dije que cuando me case y tenga hijos y un esposo quiero que seamos nosotros, no los hijos por allá, el marido por acá. (...)que para mí era mantener la familia, como que mi papá fuera papá, que mi esposo fuera esposo, que se preocupara de mí, no preocuparme por las amistades, porque aquí no habían buenas amistades, entonces lo podían llevar por el trago para salir con mujeres, entonces yo siempre muy preocupada de todo.”

Para lograr una “familia cerrada” o bien estructurada, ella en tanto mujer/madre/esposa, ha debido desempeñar un rol fundamental de cuidado y control, no sólo de su propio comportamiento, sino también del resto, considerando que la “tentación del diablo” siempre estará acechando con el fin de romper con el ideal familiar y pervertir a cada uno de sus miembros:

“el diablo, quiere romper con ese matrimonio para que lo hijos sean unos drogadictos, las hijas sean unas prostitutas, para que vayan al alcohol y para que el mundo se pierda entonces”

La vivencia del cáncer ha fortalecido las expectativas de su rol en tanto mujer/esposa/madre. Sus principales preocupaciones giran en torno a recuperar la capacidad de ejercer sus funciones al interior del matrimonio y de la familia. Respecto de su vínculo maternal, su aprensión gira en torno a ejercer el cuidado de sus hijas de manera

“pro” (profesional), insinuando que sin su preocupación y control, sus hijas estarían “a la deriva”:

“yo sea como la mamá pro, me preocupo mucho de las chiquillas, ahora con el tema éste yo me despreocupé mucho y eso me angustiaba más porque las niñitas como que iban a la deriva al colegio”

Respecto de su rol como esposa y pareja sexual, su posición anula sus deseos y emociones y la sitúa sólo en las expectativas de su rol. Ella, según expresa, no siente deseos sexuales ya que asocia esta experiencia después de los procedimientos, a un suceso doloroso. A pesar de esta aparente aversión al ejercicio de la sexualidad, su preocupación no es respecto de este sentir, sino de los intereses del otro, que desde sus palabras, sería un otro “normal”.

*“a mí no (me afecta), pero me afecta por mi marido, porque él está **normal**, en todo caso él es súper comprensible, no me presiona, nada que decir, pero igual me complica él”.*

La articulación de lo femenino en torno a la enfermedad, se construye desde una “anormalidad”: no está capacitada para “ser mujer” según los preceptos enunciados por ella, no puede ser “normal”.

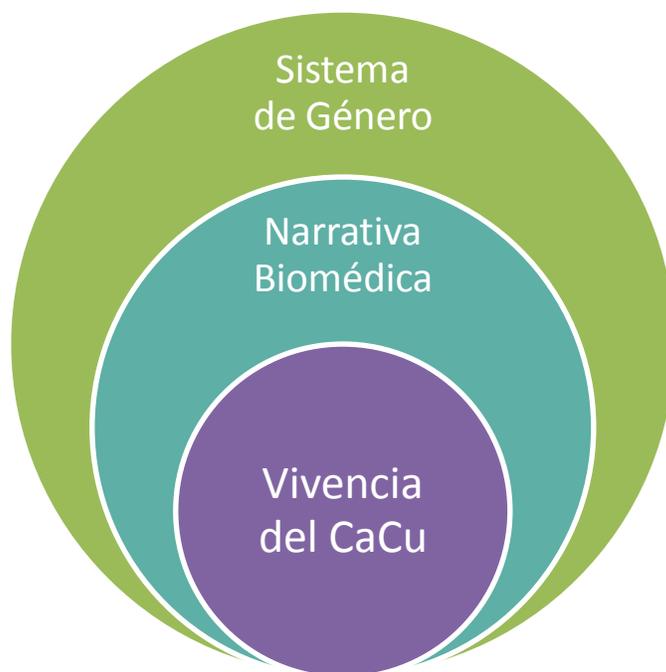
*“el Doctor mismo me dice ya no es elástica, ya no se adapta, porque **las vaginas se adaptan al pene**, entonces ya no se adapta cuesta más para que se adapte, pasa a llevar, no hay órganos ni nada”.*

El acomodo y la adaptación se presentan como hechos biológicos, intrínsecos. Su vagina se adapta o no al pene, la enfermedad ha causado daños en su condición más íntima, en su capacidad de “adaptación” respecto del “deber ser” que ella misma se ha impuesto. A pesar de que se siente “pasada a llevar” debe invisibilizarse, en función de cuidar una estructura mayor (matrimonio) que la trasciende pero a su vez la incorpora como pieza fundamental. Se reconoce mujer en contexto, no en sí misma.

7.5 EL ENCUENTRO: VIVENCIA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

Viví la lectura y el análisis de cada relato, como si me sumergiera en profundidades oscuras y hasta cierto punto inescrutable. Me sentí en momentos imposibilitada de llegar a encuentros que cruzaran las cuatro narrativas, sin ajustar los relatos o perder la riqueza única de cada subjetividad. Sin embargo, los cruces estaban ahí, evidentes, develando no sólo una experiencia compartida, sino también un conjunto de prácticas hospitalarias que se reiteran, con matices distintos pero con sentidos equivalentes. Al hablar de “encuentros”, estoy remitiendo a vivencias y significados que aparecen, de manera manifiesta o como filtración, en los cuatro relatos presentados.

Estos encuentros se enmarcan en dos grandes acervos de conocimientos, discursos, prácticas y tradiciones, que sostienen y en cierta medida explican las vivencias de estas mujeres con cáncer cérvicouterino: El sistema de género y las narrativas biomédicas.



I. Sistema de género

Tal como se ha planteado en el marco teórico, la complejidad que enmarca e influencia significativamente las identidades y relaciones entre los individuos a partir de las diferencias sexuales, es un telón de fondo necesario de considerar al momento de acercarnos a los relatos. Entender cómo las prácticas y discursos de las mujeres entrevistadas se articulan desde su condición de género, es fundamental para re-construir y comprender sus vivencias de la enfermedad. Los vínculos al interior del sistema hospitalario, la organización en los hogares y la significación de lo femenino que se articula a partir de la experiencia, son revisiones claves para articular esta comprensión.

Las relaciones de género que se dan en el contexto hospitalario, están afectadas por la construcción de roles estereotipados y el ejercicio de poder asociado a éstos: hombres en cargos de autoridad y mujeres en posición de subordinación. Usualmente los médicos tratantes, es decir, aquellos que están a cargo de definir y supervisar los procedimientos, son hombres. Las mujeres por lo general, ocupan cargos subalternos o administrativos, dependientes de la supervisión médico-masculina y con roles escasamente valorados en el relato de las mujeres, siendo incluso menospreciados y catalogados como “poco eficientes” o “secundarios”. En los casos revisados, el órgano consultivo (comité) que definirá el tratamiento a seguir, estuvo conformado sólo por hombres. Las mujeres que participan de estos espacios (matronas o enfermeras), cumplen roles de apoyo no determinantes y dependientes. Así mismo, son hombres los encargados de la radioterapia y la quimioterapia, como también los cirujanos. Se devela una supremacía masculina que sólo se sostiene en una tradición no explicitada, ya que no existe ningún tipo de impedimento específico para que mujeres puedan ostentar estos cargos de autoridad.

En la relación médico-paciente, la voz médica en todos los casos es masculina y tiene el poder de decidir acerca del devenir de la sujeto enferma, en todos los casos una mujer. Se desarrolla una relación marcada por la hegemonía del saber médico-masculino y el sometimiento de la sujeto enferma, relación de poder basada en el conocimiento específico de la biomedicina y que se manifiesta en prácticas concretas que se desarrollan en el cuerpo de la mujer.

Cuando se hace referencia a los hogares de las mujeres, se reconstituyen historias que describen roles claramente definidos en base a las diferencias sexuales, donde las mujeres han tenido responsabilidades preponderantes en el quehacer doméstico y la crianza de los niños, en presencia o ausencia de un padre u otro sujeto masculino y teniendo o no trabajos remunerados. Estos roles presentados no sólo constituyen una descripción neutral, sino que también aportan en la configuración de un escenario de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres al enfermarse. La capacidad de decisión respecto de las labores domésticas y de crianza no tienen un equivalente en el espacio público, por lo tanto, la concesión que ellas hacen con los médicos es una prolongación de lo que ellas describen respecto de sus maridos, sus familias, sus trabajos o sus amantes. Desde una lectura de género, las mujeres no poseen autonomía respecto de la gestión de sus cuerpos, aún antes de enfermarse. Por otra parte, la enfermedad también implica un desmedro en la actividad doméstica, por lo cual ellas manifiestan sentimientos de culpa y describen también la presión familiar, principalmente por parte de los hijos e hijas al no estar óptimas para el ejercicio doméstico.

La configuración de lo femenino es un elemento constitutivo fundamental del sistema de género y está descrito claramente en los relatos de las mujeres. En los apartados individuales, se pone de manifiesto cómo ellas se concebían a sí mismas en tanto seres determinados por las características de su género, haciendo referencia tanto al canon femenino del que se sienten parte, como a las dificultades de ajustarse a este prototipo.

La sexualidad es un espacio muy importante de esta configuración y se hace más significativo en la medida que la enfermedad y sus procedimientos generan un fuerte daño asociado su libre ejercicio. En todos los casos, sin importar que tan abiertas eran en sus narraciones o los grados de libertad y autonomía con los que definieron sus prácticas, los relatos siempre se centraron en la otredad masculina. Sus cuerpos y todos los estragos que en él acontecieron con el tránsito terapéutico, se reconocieron en función del placer, las necesidades o los deseos de aquel otro diferente. Lo femenino en este caso, se concibe como la alteridad que debe acomodarse y responder a las expectativas de otros, siendo la sexualidad una práctica des-apropiada, que no existe en sí, sino que en función de otro. “Ser

menos mujer” “sexo obligado” “pérdida de adaptación al pene” son algunas de las imágenes con que describen las mujeres la incapacidad de tener una vida sexual activa, a causa de los daños generados por la enfermedad y los procedimientos en la vagina, el cuello uterino y el útero. Este daño en la vida sexual no aparece como una pérdida para sí mismas sino como una pérdida del otro, por lo cual aquellas que están con una pareja estable, destacan la comprensión que han tenido con ellas y cómo se han esforzado por volver a una actividad normal y no abusar de esta paciencia. No se habla del placer personal, ni de alguna otra alusión acerca de sus cuerpos sexuados que no incorpore la satisfacción de otros. Por otra parte, el discurso médico que aparece en el relato de las mujeres, circunscribe la sexualidad a los órganos involucrados y su comportamiento físico (flexibilidad de la vagina, lubricación, etc.), dejando fuera todas los afectos y afectaciones involucradas en este ámbito.

Las expectativas del “rol femenino” también tienen un espacio preponderante en las narrativas. “Ser mujer” lleva implícito ciertas características específicas asociadas a su comportamiento. El cuidado de la familia es una actividad fundamental, que implica hacerse cargo de hijos e hijas, marido (cuando está presente) y otros familiares que puedan depender de ellas, como padre o madre ancianos u otros parientes que por algún motivo necesiten de cuidado. También resulta central su preponderancia en la gestión de lo doméstico, son el “pilar del hogar” como una de ellas se auto-designa, lo cual implica el orden e higiene como también la administración de los recursos. Sin embargo, la autonomía en la gestión de lo doméstico sólo es completa cuando no existe una figura masculina, ya que ésta se presenta como autoridad al momento de tomar decisiones fundamentales.

Dado que “lo femenino” tiene su espacio privilegiado en lo doméstico, cuando aparece el espacio público en el relato, las mujeres se presentan a sí mismas en términos disminuidos. Cuando existe un marido o alguna figura masculina similar, las mujeres ven su participación en el mundo laboral como un hecho circunstancial y que se desarrolla sólo como “una ayuda” al rol proveedor-masculino, dejando en claro también que la gestión del hogar es responsabilidad de ellas y cualquier participación de los hombres es vista a su vez, como “una ayuda”. La mujer que está sin pareja, destaca el enorme esfuerzo que ha

significado abastecer su hogar sola, reconociendo que el aporte masculino es el sostén fundamental de una estructura familiar idealmente normalizada.

Esta situación de menoscabo en escenarios fuera del hogar, se transforma en una condición de vulnerabilidad al momento de confrontarse a situaciones como las que debieron vivir en los hospitales, que tal como se afirma en un párrafo anterior, es una prolongación del tipo de vínculos que ellas históricamente desarrollaron e internalizaron como propios de la condición femenina.

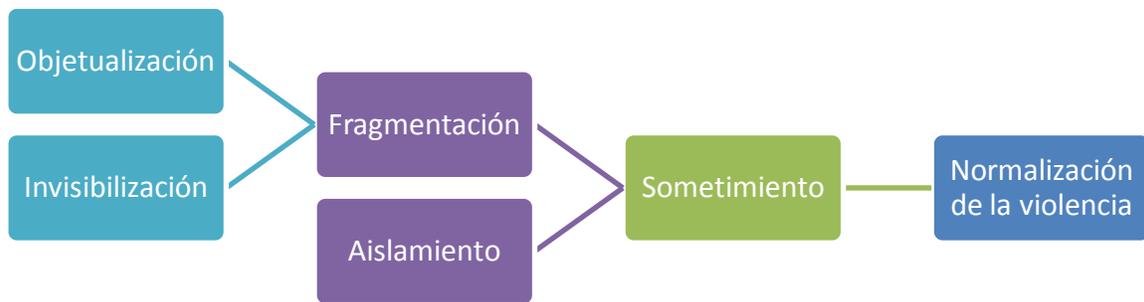
En sus historias aparecen abusos, abandonos y maltratos asociados y justificados por la condición de mujer. Hay un discurso común de dependencia y vulnerabilidad que atraviesa sus vidas, desde la autoridad parental al dominio y abuso marital. Historias distintas con lógicas similares, que asocian “lo femenino” al sufrimiento inherente que debe confrontarse con estoicismo y resignación, asumiendo que la vulnerabilidad es parte de una condición vital.

II. Narrativa Biomédica

Por narrativa biomédica estoy entendiendo las lógicas y cosmovisiones que sustentan del desarrollo de la ciencia médica, correspondientes a nociones particulares acerca del cuerpo, la salud y el conocimiento, en el supuesto que la medicina, tal como se presenta en el marco teórico, es una construcción cultural altamente especializada y efectiva.

A modo de ejercicio sintético, presentaré la experiencia terapéutica de las mujeres a partir de categorías enmarcadas en la narrativa biomédica, utilizando parámetros que se explicitarán en el desarrollo del ejercicio. Estas categorías no se alejan de lo anteriormente señalado en relación al sistema de género, sino que más bien se nutren y potencian en él.

VIVENCIA DEL CÁNCER CÉRVICOUTERINO EN UN HOSPITAL PÚBLICO



Cada uno de estas categorías remite a un cúmulo de acciones y significados individuales y/o relacionales, que se extraen desde los relatos. En su conjunto, nos develan aspectos simbólicos tanto de la enfermedad, como también del proceso a través del cual han debido transitar las mujeres.

En cierta medida se trata de un “camino”: la mujer, al ingresar al sistema hospitalario, es tratada de manera tal que su cuerpo se aborda en tanto carne: se “objetualiza” y ella como sujeto es “invisibilizada”. En este cuerpo “sin sujeto” el órgano enfermo se aborda como un pedazo averiado, se estudia, se analiza, se cercena, se quema, como una pieza descompuesta de alguna maquinaria.

Su circulación por la experiencia terapéutica es solitaria, hay un sentimiento de aislamiento compartido, no hay redes de apoyo, ni estructuras que las afirmen, son ellas sin sostén ni

contención. Estos procesos enunciados, que son experimentados desde el cuerpo y el sentido, dan como resultado una tierra fértil para el establecimiento de relaciones de sometimiento, que pueden identificarse en los vínculos que se crean entre las mujeres y los equipos médicos. Situaciones de violencia explícita y simbólica aparecen normalizadas en este contexto, formando prácticas cotidianas basadas en el discurso y conocimiento biomédico, lo que sostiene finalmente el proceso descrito.

II.1 Objetualización e invisibilización del cuerpo enfermo:

Al hablar de “objetualización” e “invisibilización” me estoy refiriendo a situaciones o modelos de acción individual o relacional en los cuales la sujeto desaparece, quedando su cuerpo reducido a los fenómenos biofísicos que en él acontecen. La objetualización e invisibilización del cuerpo enfermo, hablan de situaciones en las que no se consideran las opiniones, percepciones y sensibilidades de las mujeres enfermas, privilegiando indicadores cuantitativos acerca del estado de su cuerpo, obtenidos en algunos de los casos a través de procedimientos invasivos y violentos.

Esta falta de consideración es una acción presente en la institución médica y tiene bases teóricas y filosóficas en la visión unívoca del organismo humano en tanto complejo sistema fisiológico posible de conocer y manipular. Comencemos por revisar una situación ocurrida a una de las mujeres entrevistadas y que ya se ha mencionado en el análisis individual:

“yo sentí, a pesar de la anestesia, yo sentí mucho dolor... lo primero que le digo yo es me duele y ella (la doctora) siguió con el tema de seguir cortando (...) es más yo estaba con las piernas abiertas y él se apoyó en una de mis piernas y al apoyarse me produjo un calambre aquí en la pierna”.

Escojo este relato, porque en él se trasluce una desaparición absoluta de la sujeto en esta escena, no sólo se pasa por alto la percepción de dolor que la mujer manifiesta, considerándolo tal vez como una percepción errónea o distorsionada que no puede impedir que el procedimiento se lleve a cabo según lo estipulado, sino que además su cuerpo aparece como un objeto más de la escena, pudiendo incluso utilizarse de apoyo, al igual como se haría con un mueble. Cabe suponer que para el médico, el cuerpo de la mujer

enferma está anestesiado, por lo tanto ella no tendrá ningún tipo de sensación de la cintura hacia abajo, de ahí que el apoyarse sobre su cuerpo, no debería presentar incomodidad para ella. Sin embargo, aunque aceptáramos esta afirmación como cierta, no minimiza la acción de “objetualización del cuerpo enfermo”, en este caso, del cuerpo anestesiado.

El diálogo central en la última parte del procedimiento, se produce entre el “cuerpo médico”; el examen ha sido llevado a cabo exitosamente, la mujer-médico ha realizado un buen trabajo y es respaldada por el hombre-médico. La mujer-enferma reaparece en tanto sujeto, no para formar parte del diálogo, frente al cual no tiene pertinencia, sino para recibir indicaciones respecto de cómo cuidar su cuerpo herido por la intervención.

El siguiente caso muestra un evento que refleja un tipo de conducta, observada en reiteradas ocasiones en situación de hospitalización:

*“Mira, yo entré y era una sala, la sala estaba llena de doctores, todos sentados, (...) una se pone nerviosa, no sabe qué decir, y ahí **empezaron a conversar entre ellos**, ellos ya leyeron mi ficha y todo lo que me iban a hacer”*

Los hospitales públicos son generalmente asumidos por instituciones universitarias que realizan parte de la formación de sus alumnas/os en sus dependencias. Es común que las visitas a los pacientes se hagan en grupos conformados por doctores experimentados y por médicos aprendices, que van analizando cada uno de los casos observados. En estos casos, a los enfermos ni siquiera se les habla, salvo para realizar preguntas generales que apunten a dilucidar aspectos físicos de la enfermedad. El caso recién presentado, no se refiere a una visita hospitalaria, sino que da cuenta del comportamiento del comité encargado de decidir respecto del procedimiento que la mujer deberá seguir. Se invisibiliza a la sujeto en un contexto donde se está hablando de un suceso de importancia vital para ella: se reitera la noción de que la sujeto deja de ser tal para convertirse sólo en un cuerpo enfermo que es necesario reparar.

La objetualización del cuerpo se refleja también en formas insensibles de manipulación, en las que desaparece cualquier tipo de consideración especial por zonas del cuerpo con densidades simbólicas particulares, como por ejemplo, la vagina y el ano:

“ que él venga y de una clase mientras te esté viendo la tontera, a lo mejor se va a demorar 15 o 20 minutos, entonces va a prolongar lo desagradable, lo molesto y no po’: “¿Es necesario que ellos estén acá?” “son mis alumnos” “me importa un pucho, los quiero afuera””

La mujer del relato es capaz de romper la objetualización de su cuerpo, exige ser tratada como sujeto; sin embargo, en general este trato es aceptado y no recibe cuestionamiento. Las condiciones impuestas por los médicos tratantes son aceptadas, basadas en un principio de autoridad que será analizado más adelante.

“pero fui la única que me sacaron 7 pedazos, porque las otras eran todas un frasquito, y mi nombre estaba en todos esos frascos, (“¿Y no preguntaste porque 7 y no 1?”) No, porque de ahí el doctor se fue, hizo eso y nos quedamos todas vistiéndonos ahí, todas las que estábamos”.

Puedo imaginar a esas mujeres, todas en una misma sala, desnudas de la cintura para abajo, pasando por la experiencia de abrir sus piernas ante un desconocido quien introduce un bisturí por su vagina y le corta un pedazo del cuello de su útero. Y todo bajo un halo de normalidad y pulcritud: sujetos asumiendo roles previamente asignados, uniformados, silenciosos, higiénicos. Y luego del corte, el silencio, como si las mujeres no fueran más que un espectro carnal, un ser invisible que posee cuerpo, un cuerpo neutral vaciado de sentido. Nadie explica nada, se trata de un “procedimiento médico”, por lo tanto es incuestionable y no requiere explicación. No hay espacio para la intimidad, para la contención de la sujeto que sufre. Los médicos no hablan, las mujeres tampoco, ni siquiera para saber acerca de la intervención que han hecho en sus cuerpos, aún cuando le hayan sacado “7 pedazos en vez de 1”. El cuerpo enfermo es un objeto de estudio. El sujeto es sólo un vehículo, un aspecto residual del procedimiento.

II.2 Fragmentación

Pensar el cuerpo como si pensáramos una suma de piezas complejas que articuladas conforman una máquina perfecta, remite a la concepción dualista que separa al cuerpo de la mente. El cuerpo sería una suerte de “envoltorio” de la mente y en definitiva del ser, por lo que ambos, en la teoría y en la práctica, son abordados de manera completamente separada. Las raíces de este pensamiento son paralelas al surgimiento de la medicina occidental moderna y la nutren de sustento epistemológico.

La biomedicina es una disciplina dualista en su constitución, que se construye y opera a partir de oposiciones binarias: sano/enfermo, loco/cuerdo, vivo/muerto, psique/soma, etc. Esta forma de considerar el estado humano de salud, ha sido fuertemente cuestionada, a la luz de otras medicinas que se han instalado paulatinamente en occidente y que poseen una visión distinta del cuerpo y la salud, como también por cuestionamientos internos y visiones que apelan a una concepción más “integrativa” de la salud.

En cualquier caso, a partir de los relatos fue posible apreciar que en los hospitales públicos donde las mujeres fueron atendidas, el protocolo explícito tiene su foco en la recuperación de la salud del cuerpo, considerando a éste como una entidad separada a la psique de la sujeto enferma. Los aspectos de la enfermedad que no tienen directa relación con la carne, son abordados como hecho tangenciales, residuales, respecto de los cuales no se establecen acciones directas, más allá del “buen trato” o la “amabilidad” que se destaca de los médicos en las entrevistas.

El útero es la parte del cuerpo enferma. En la mayoría de los casos, la histerectomía, es decir, la amputación del órgano, es la solución final. A pesar de que el discurso explícito de las entrevistadas, presenta al útero como un órgano funcional, casi accesorio, asociado principalmente a la maternidad y a las “molestas menstruaciones”, las consecuencias de la histerectomía van más allá de lo que en un primer momento aparece como “cortar lo que ya no me sirve”. Las repercusiones que tiene por ejemplo en la sexualidad pueden ser devastadoras: sienten que han transitado hacia la categoría de “menos mujer” o

“anormales”, condiciones de inferioridad que deben ser asumidas e incorporadas como parte de una nueva condición, sin diálogos que les resuenen en el ámbito de los significados, sólo consejos prácticos que una vez más apelan a la carne.

*“entonces como que esa parte está toda seca, entonces como que cuesta mucho lubricarse y de hecho el doctor me recomendó **lubricantes** porque ya la vagina no es la misma de antes (...) el Dr. me dijo que con las **hormonas** voy a mejorar bastante, todo eso me dijo que no iba a llegar al 100% pero iba a mejorar bastante”*

Las partes tienen una centralidad que impide visualizar a la sujeto que las contiene:

“el doctor mismo me dice ya no es elástica, ya no se adapta, porque las vaginas se adaptan al pene, entonces ya no se adapta cuesta más para que se adapte, pasa a llevar, no hay órganos ni nada (...) claro la vejiga está más expuesta porque al sacarme el útero, la vejiga queda más expuesta y con el roce siento la vejiga, no es muy agradable”

No hay una mujer que se relaciona con un hombre a través de la sexualidad, hay vaginas, penes, úteros, vejigas, roces de órganos que no dialogan entre sí, que sólo constituyen partes de un cuerpo fragmentado.

II.3 Aislamiento

En cada una de las historias, con matices y manifestaciones distintas, las mujeres presentan su proceso terapéutico como un tránsito bastante solitario, como si una suerte de fatalidad les hubiese impedido participar en redes de contención y de acompañamiento, sintiéndose excluidas, exigidas o sobrepasadas por sus círculos afectivos.

Han confrontado duros procesos en soledad o incluso soportando reacciones adversas de sus núcleos directos. Se trata de mujeres que han debido contenerse a sí mismas, dado que a pesar del “buen trato” que todas destacan del contexto hospitalario, no existen espacios solidarios que sean capaces de acogerlas en tanto “sujetos en sufrimiento”, salvo la mujer que indica haber sido atendida por una psicóloga. En la guía clínica del Cáncer cérvicouterino (Minsal, 2010), se indica que está considerada la participación de un

psicólogo, como parte del equipo de profesionales que acompañarán a las mujeres. Sin embargo, se indica también que su rol es complementario, por lo que sólo estará activo en caso de ser requerido por la mujer. No aparece en esta guía cuáles son los criterios al momento de decidir la participación o no de un sicólogo acompañando el proceso de las mujeres, pero sí está claro que no es para todos los casos.

Se habla de soledad y autonomía en todos los relatos, de forma manifiesta o encubierta. Estas circunstancias se presentan junto a un discurso dicotómico y a veces contradictorio al respecto; se reconocen a sí mismas como mujeres fuertes, capaces de resistir mucho sufrimiento, sin embargo, cada una de ellas reconoce también emociones asociadas a “la pena”, “el desamparo”. Se trata de mujeres que han tenido complejas historias emocionales: una de ellas fue madre a los 14 años, otras dos a los 16; dos de ellas con hijos provenientes de relaciones extraconyugales. Todas ellas debieron enfrentar maternidades solitarias, sin parejas o con parejas golpeadoras y/o alcohólicas. Son mujeres que están habituadas a la adversidad, que reconocen en sí mismas la capacidad de sobrellevarla, pero que a la vez identifican en esta adversidad un terreno propicio para lo que fue el desarrollo de sus enfermedades.

No tienen espacios de conversación abierta en sus hogares, desconfían de las amistades, no hay nadie que acompañe el proceso desde un punto de vista conversacional, que ayude, desde el afecto, a desentrañar los significados y acciones asociados a la enfermedad y sus padecimientos.

En este escenario, las mujeres tienden al silencio. Este silencio es constatable en gran parte de los relatos, las mujeres no preguntan, aceptan la información que se les entrega sin cuestionarla ni dudar. Un sujeto externo, el médico, quien nada sabe de sus historias, su experiencia, sus valores, su forma de ver el mundo, es quien posee el conocimiento y poder sobre sus cuerpos, en definitiva, sobre sus vidas en situación de enfermedad.

II.4 Sometimiento:

El sometimiento, en tanto fenómeno de interacción social, no sólo se puede identificar en situaciones de hegemonía explícitas, como puede ser una dictadura, un padre/madre abusador/a, o un marido golpeador, por nombrar sólo algunos contextos. El sometimiento puede existir en cualquier situación relacional mediatizada por una distribución inequitativa del poder.

La relación que establecen las mujeres con los médicos es una relación de poder inequitativo y que se cimienta en los procesos ya experimentados por ellas de objetualización, invisibilización, fragmentación y aislamiento. El cuerpo médico se presenta como un ícono de autoridad, representante de la “irrefutable verdad científica”, que dentro de sus capacidades, tiene la fuerza de minimizar e incluso anular las múltiples verdades que pudiesen provenir de los/as sujetos enfermos.

Esta autoridad se ve reforzada con el carácter catastrófico que tiene esta enfermedad. A pesar de las buenas probabilidades de sobrevivencia que tiene el cáncer cérvicouterino, en todas las mujeres hubo una preocupación manifiesta acerca de la muerte. Efectivamente son los médicos y los procedimientos aplicados los que salvan la vida de estas mujeres. Sin embargo, ¿No resulta esta situación un escenario propicio para el ejercicio de poder irrestricto? Y cabe preguntarse también, ¿Es este ejercicio de poder absolutamente necesario para la recuperación? En este punto me interesa dejar en claro que las reflexiones en torno al sometimiento y más adelante, a la normalización de la violencia, no remiten al ejercicio profesional en sí, ni siquiera a los procedimientos, sino que a ciertas prácticas de hegemonía, que tienen un territorio fértil en la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres. Estoy haciendo referencia a los procesos ya mencionados (Objetualización, etc.), que no tienen relación directa con el tratamiento del cáncer, por lo menos no constituyen parte del protocolo explícito ni verbal, pero sí son parte de un ejercicio concreto a partir de prácticas reiteradas.

En sus relatos, las mujeres dan cuenta de una confianza absoluta respecto de la palabra y el accionar médico. Estando ellas al interior de la institución hospitalaria y por el tiempo que dure el procedimiento, los médicos tendrán el control y poder absoluto sobre sus cuerpos, control justificado en su capacidad de sanar:

“los médicos son unos monstruos, unos dioses, son lo máximo, lo máximo, lo máximo”.

En el caso de los relatos abordados en la investigación, la relación de hegemonía - sometimiento se manifiesta principalmente en la capacidad que tiene el médico de realizar afirmaciones rotundas respecto del devenir de las mujeres e intervenir en sus cuerpos directamente, sin estar mediatizados por la aprobación u opinión de ellas; se refiere también a la pérdida de voluntad que éstas tienen respecto de sus cuerpos y destinos, que genera en ellas silencio y aceptación respecto de los dictámenes y procedimientos.

La palabra médica puede condenar a muerte o puede salvar. En el caso de las entrevistadas, a pesar de las diferencias respecto de la forma en que dan cuenta de su padecimiento, tanto en términos descriptivos como en su elaboración simbólica, hay referencias claras a la entrega total o parcial de sus cuerpos a los procedimientos generados en los espacios terapéuticos, sin mediar cuestionamientos ni dudas respecto de la necesidad de cada uno de los tratamientos a los cuales son sometidas.

Aparecen en las historias, situaciones que remiten a vivencias muy fuertes, traumáticas quizás, acompañadas de dolor e invasión de sus intimidades, en las cuales no se ve otra opción que dejar todas las decisiones y acciones en manos de los agentes encargados de entregar o devolver la situación de “salud” al cuerpo tratado. Hay una pérdida de control respecto de las posibilidades de auto-determinación, un dominio impuesto e incuestionable ostentado por la institucionalidad biomédica, representada por sus funcionarios, especialmente por los médicos, para los cuales una “desobediencia” respecto de los procedimientos establecidos, pudiese significar un deterioro evidente de la salud o incluso la muerte de la sujeto.

No se trata de cuestionar entonces la eficacia del tratamiento en general, sino la forma en que este se presenta. A pesar de ser una enfermedad clínica altamente compleja, está ocurriendo en el cuerpo de una persona. No es sólo “un cáncer” sino que es una sujeto en situación de cáncer, por lo tanto, es ella una voz fundamental en el proceso, un cuerpo presente y consciente, con poder de opinión y decisión.

II.5 Normalización de la violencia.

La normalización de la violencia es el resultado del camino que hasta ahora hemos enunciado. Los procedimientos médicos se presentan como acciones neutrales que tienen como objetivo reparar un cuerpo enfermo, por lo tanto, no es posible cuestionar su accionar. La mujer enferma, por su parte, debe mantener una actitud pasiva que no obstaculice el desempeño adecuado de los procedimientos.

Este escenario facilita el desarrollo de la violencia como práctica normalizada, cotidiana, que no permite cuestionamiento. La experimentación por ejemplo, es una práctica que se realiza en los centros hospitalarios con objetivos científicos enfocados al conocimiento de las enfermedades y su desarrollo. Si una persona es sometida a un proceso de experimentación, debe estar consciente e informada de todas las consecuencias e implicancias de su participación. Una de las mujeres relata una situación en la cual supuestamente se le informa que es sometida a un experimento. No tenemos ningún antecedente concreto para afirmar que esta es una situación verídica, probablemente no es así, porque como señalamos anteriormente, hay un protocolo estricto que en el caso de ella no fue realizado, pero la mujer que relata lo cree cierto y lo acepta, sin ningún cuestionamiento.

Aunque se trate de “una broma”, la violencia es evidente, pero la mujer afectada no logra identificarla. “*Todos se ríen*” y ella también ríe, para ella es más sencillo identificarse con quienes ejercen la violencia, “*riéndose*” también, normalizando un suceso que ha pasado por sobre la determinación mínima respecto de su cuerpo ¿De qué manera se utiliza la “risa” como mecanismo de opresión? ¿Cuáles son los mecanismos que transfiguran la violencia, presentándola como un suceso sin importancia aparente? Son preguntas abiertas

que trascienden a este estudio, pero no puedo dejar de mencionarlas. La violencia, práctica o simbólica, aparece como algo intrínseco a la acción, por lo tanto, invisible, incuestionable. Ser un “conejiillo de indias”, animal que metafóricamente representa el cuerpo experimentable “en sí”, es presentado como una imagen que puede ser análoga con la experiencia vivida por las mujeres. Interviniendo de forma indiscriminada en su cuerpo, sin el consentimiento explícito de la afectada:

*“Y ahí descubrí que tenía un puro ovario, que cuando me operaron **me habían sacado un ovario sin avisarme**”.*

En todo este capítulo, que se refiere a los encuentros entre los relatos, abordo ejemplos de violencia o de escenarios que la propician. Estoy consciente de que la articulación de este escenario es incompleta, ya que se sostiene en la visión de las mujeres enfermas. Hay otros relatos, los hegemónicos, que son necesarios para completar el análisis. En este sentido, queda abierta la necesidad de ampliar y complementar estas conclusiones con estudios posteriores, que se focalicen directamente en lo que he identificado como “normalización de la violencia”.

8. CONCLUSIONES

Cada uno de los relatos abrió un mundo de sentidos, valores, representaciones y vivencias, cada mujer trajo a la conversación una realidad de la enfermedad íntima, subjetiva y excluida del saber médico. En cada caso, el contenido vivencial del padecimiento se omitió del procedimiento médico, no hubo registros ni fichas ni historiales donde se considerara este aspecto, en cada caso, la sujeto aparece como una circunstancia en relación al cuadro de la patología fisiológica. Una falta de consideración manifiesta acerca del “cuerpo vivido”, del sujeto encarnado.

La separación artificiosa del cuerpo fisiológico respecto del sujeto, provoca la ilusión de que es posible reparar el cuerpo-máquina averiada, sin considerar las repercusiones que esta reparación tiene en la configuración de la sujeto. En la descripción de los procedimientos, se escenifica y evidencia la manera en que los cuerpos son manipulados sin delicadeza, sin considerar que se trata de exámenes e intervenciones que se realizan en zonas muy íntimas y cargadas de gran significación (vagina, ano, útero). En las descripciones se muestra la utilización de estas instancias como espacios de docencia en los cuales no sólo son mostrados los casos a estudiantes internos de medicina, sino que también se les invita a practicar con las pacientes. La experimentación es un caso extremo, que aunque no hubiese sido tal, no presenta oposición por parte de la afectada.

Cabe señalar que las situaciones mencionadas no fueron planteadas a modo de denuncia por las mujeres, sino que se deslizan de las descripciones relativamente “neutrales” realizadas respecto de los procedimientos por los que habían transitado. Por lo tanto, es posible afirmar que existe una naturalización de estas situaciones, las que se consideran parte necesaria de lo que deben vivir a partir de su enfermedad. En este contexto, el percibir sus propios cuerpos como algo externo, manipulable y respecto del cual no tienen ningún control, también se considera natural. Como afirmé en el capítulo anterior, existe una situación de poder, evidente o solapada, que radica en la capacidad de la institución de incidir radicalmente en la vida de los sujetos, basada en la noción de verdad absoluta del

conocimiento científico-médico, como también anclada en modelos dominantes de las construcciones y relaciones de género.

Probablemente, que la sujeto aflore en el contexto de una enfermedad intra-hospitalaria puede incluso ser perturbador para la institución médica a cargo, sobre todo en el sistema público. Cuando el cuerpo vivido aparece, también aparecen las preguntas, los cuestionamientos, las divergencias, el deseo de mayor información. Requiere un ejercicio de empatía y paciencia respecto del encuentro con otro(s) mundo(s) de significaciones y experiencias. Ejercicio complejo en tanto la institución médica tiene una fuerte tradición que trasciende al resto de la sociedad, de poseer un conocimiento y capacidad únicos al momento de sanar.

Se ha generado en los últimos años, interesante documentación que apunta a destacar el rol preponderante que le cabe al sujeto en la gestión de su recuperación, incluyendo en esto no sólo la relación y percepción que el sujeto establece con su enfermedad y devenir de la misma, sino que también las relaciones significativas que en este proceso se establecen, dentro de las cuales, la relación “médico/paciente” tiene un papel central. Resulta significativo que a pesar de existir este conocimiento, en la práctica aparezca aún como un aspecto secundario respecto de las habilidades mecánicas y tecnológicas posibles de intervenir en el proceso terapéutico.

Otro aspecto se refiere a la carga significativa que tiene el órgano afectado respecto de la noción de femineidad y las relaciones de género. A pesar de que cada relato presenta una reflexión diferente, en todas emergen cuestionamientos acerca de su propia femineidad, ya sean asociados a la sexualidad o a las dificultades que se presentan durante la enfermedad para cumplir con el rol doméstico-femenino. Hay una suerte de trasgresión de lo femenino, la enfermedad las convierte en “menos mujeres”, “incompletas”, “ineficientes”, “anormales”. La enfermedad es vivida con culpa, manifiesta o solapada, no sólo por el hecho de las consecuencias invalidantes, sino también por las causas que se asocian a la enfermedad. Son culpables por sus acciones pasadas, por su falta de cuidado, por sus

emociones nocivas. Se trata de una culpa feminizada, asociada al ejercicio de “ser mujer”, en términos prácticos y trascendentales.

Por otra parte, la enfermedad presenta un escenario propicio para el análisis de las relaciones de género que se desarrollan en el contexto de la enfermedad, no sólo las relaciones sexo-afectivas, sino también en el contexto de la institución médica. La incapacidad de ejercer el rol femenino tradicional, asociado a la demanda de los quehaceres domésticos, presenta una tensión en las relaciones de género (no sólo en relación a las parejas, sino también con los hijos/as y otros parientes cercanos). Replantear roles y vínculos en sus hogares, no es algo que ocurra fluidamente, sino por el contrario, está marcado por conflictos y cuestionamientos dirigidos hacia las mujeres. Se percibe un quiebre en la cotidianeidad, que trasciende la situación de enfermedad y afecta la estructura familiar previa.

Hay mucha soledad que se trasluce en los relatos, incluso en aquellas entrevistadas que indican sentirse apoyadas por su contexto íntimo, se filtra el sentimiento de desamparo. No existen espacios en los que ellas hablen abierta y detalladamente de la experiencia que están viviendo, nadie les pregunta, de manera seria y sistemática “cómo se sienten”. No existe información acerca de cómo afrontar el proceso, y la información que se socializa, en caso de que así ocurra, se basa principalmente en “datos duros” que dan cuenta del comportamiento de la enfermedad en tanto fenómeno fisiológico.

La necesidad de comunicar fue evidente en cada entrevista; incluso las mujeres con menos facilidad y aparentemente con menos gusto por conversar, manifestaron su gratitud ante la posibilidad de hablar, de permitirse a sí mismas recordar lo que la enfermedad ha significado para sus vidas. La necesidad de compartir la experiencia, de dar cuenta de lo vivido en tanto sujeto, se manifiesta como una urgencia que no se corresponde con la estructura propuesta por la biomedicina para retornar al estado de salud; en este contexto, la investigación se presenta como un punto de fuga, como un ejercicio de reconstrucción de sentido.

Considero que lo más relevante del estudio, es el cuestionamiento que plantea respecto de las prácticas hegemónicas normalizadas en el sistema público de salud, prácticas que dificultan la manifestación de la sujeto enferma en tanto “cuerpo vivido”, facilitando en cambio la emergencia de una persona rígida y pasiva, que tiende al silencio y en ciertos contextos, a la vulneración. Por su parte, la institución médica desarrolla una práctica activa y autoritaria, que determina el devenir de la sujeto enferma, bajo el argumento del conocimiento. Estas prácticas hegemónicas se encuentran naturalizadas y no se evidencian claramente para quienes participan de ellas, por el contrario, se presentan como necesarias e incuestionables. Estas prácticas conllevan violencia normalizada, que se invisibiliza en función de sustentar un sistema hegemónico del cual son parte constituyente.

En este sentido, salir de este sistema de prácticas involucra un cambio paradigmático, que incluye una revisión de los significados e implicancias asociadas a los estados de salud y enfermedad y del carácter de las instituciones vinculadas a ellos. En la teoría, las críticas al sistema médico son claras y concluyentes y su desarrollo tiene un sustento práctico y epistemológico. Sin embargo, el cambio parece ser complejo dado que en términos sociales, el sistema científico médico goza de solidez y credibilidad.

Devolverle la calidad de sujeto al cuerpo enfermo es una tarea que está lejos de concluir pero definitivamente necesaria y relevante, que pasa por evidenciar las prácticas que normalizan la violencia, como también por mostrar y potenciar el desarrollo de experiencias de enfermedad/salud que transiten por caminos no hegemónicos que reconozcan el valor del sujeto, del cuerpo vivido. En el caso de nosotras, las mujeres, la situación es más urgente aún. Nuestro cuerpo aún en el siglo XXI, no nos pertenece, es patrimonio de otros, en su mayoría instituciones patriarcales que ostentan la capacidad de controlar el acontecer moral de nuestras vidas (el matrimonio, la familia, la educación, la moda, la religión, etc.). En manos de la medicina la vulneración de nuestro cuerpo es doble, ya que como institución sigue acompañando y potenciando una estructura de poder y control, a partir del desarrollo de nuevas técnicas cada vez más especializadas, capaces de potenciar los nuevos modelos de cómo “ser mujer” (cirugías, medicalización, etc.). En el caso de las enfermedades catastróficas, como es el caso analizado, el poder de la medicina

es indudable. No se trata de satanizar la práctica médica, ni de cuestionar los avances y logros obtenidos, principalmente en lo que se refiere al tratamiento del cáncer. No es una batalla contra la medicina. Se trata, en cualquier caso, de visibilizar prácticas conocidas y dolorosamente normalizadas, que abordan el cuerpo en general y el cuerpo de la mujer en particular, como si fuese una carne deshabitada, incapaz de opinar y decidir respecto de las prácticas que en ella se ejecutan.

No se trata tampoco de un discurso impracticable, hay muchas acciones concretas que se pueden llevar a cabo, que no requieren una costosa implementación sino más bien un cambio en el enfoque. Las normativas están y al parecer falta entregarles la importancia que merecen al momento de llevarlas a la práctica. Es imprescindible que las mujeres que se enfrentan a un tratamiento contra el cáncer, en este caso cérvicouterino, puedan decidir y conocer los efectos que tendrán los procedimientos en sus cuerpos a corto y largo plazo, con detalle y concientemente. Existe un protocolo detallado que describe los riesgos de la quimioterapia y la radioterapia, sin embargo, ninguna de las mujeres entrevistadas lo recordaba, por lo que cabe cuestionarse si estos fueron dados a conocer con la certeza de ser comprendidos.

Otro aspecto fundamental se refiere al apoyo psicológico. A pesar de estar explicitado en la guía del Minsal que instruye el tratamiento, sólo una de las mujeres recibió apoyo psicológico. En este sentido, es clave recordar lo planteado en los antecedentes acerca de que este tipo de cáncer tiene como parte de sus secuelas un alto grado de depresión en las mujeres que lo vivieron, más alto que en el caso de mujeres con cáncer a las mamas o el endometrio, por ejemplo. Probablemente, un apoyo profesional que les permita a las mujeres comprender e internalizar de mejor manera la cruda experiencia a la cual se ven expuestas con el tratamiento, puede ser un gran aporte para disminuir el daño colateral generado por los invasivos procedimientos.

Por último, señalar que la histerectomía es una práctica que se lleva a cabo en casi todos los casos, salvo en mujeres que “no han completado su paridad”. La asociación directa y exclusiva entre el útero y la maternidad, es una muestra clara de cómo la función

reproductiva sigue siendo lo más relevante acerca del cuerpo de las mujeres, restándole importancia a otras repercusiones importantes. Sufrir una menopausia artificialmente temprana, por ejemplo, puede ser una situación altamente disruptiva en la vida de mujeres jóvenes, menores de 40 años, en aspectos tan fundamentales como el desarrollo de una vida sexo-afectiva sana y placentera.

Retomando las palabras de Francisco Varela, citado al comienzo de este texto, es urgente devolverle al paciente su voz, una voz informada y consciente, con la claridad de que se trata de una *tarea difícil, un esfuerzo muy grande, pero es un esfuerzo necesario para construir una medicina más eficaz.*

8. BIBLIOGRAFÍA.

Ahumada, Andrea et als. (2001) Enfoque integral de la paciente Histerectomizada. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* Vol. 12 N°3 año 2001

Alland, Alexander. (1970) *Adaptation in Cultural Evolution: An Approach to Medical Anthropology*. New York: Columbia University Press.

Anderson, B. y Zinsser, J. (2007) *Historia de las Mujeres. Una Historia Propia*. Barcelona: ed. Crítica.

Berteaux, Daniel. (2005) *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Barcelona: ed. bellaterra.

Berteaux, Daniel. (1980) L'approche biographique: Sa validité méthodologique, ses potentialités. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Vol. LXIX. 197–225

De Barbieri, Teresita. (1993) Sobre la categoria genero : Una introduccion teorico-metodologica. *Debates en Sociologia*. 18. 145-169

Bourdieu, Pierre. (2000) *La Dominación Masculina*. Barcelona: Anagrama.

Canovas, M.R et als. (2001) Apoyo psicológico en mujeres que se someten a histerectomía. *Clínica y Salud*, 12: 71-89.

Cerda C, Pamela, et als. (2006) Calidad De Vida En Mujeres Histerectomizadas. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* vol.71, no.3, p.216-221. ISSN 0717-7526

Comisión Nacional de Cáncer Cervicouterino. (2004) *Diagnóstico y tratamiento cáncer cervicouterino*. Documento de trabajo. Ministerio de Salud.

Csordas ,Thomas J. Embodiment as a Paradigm for Anthropology. (1990) Ethos, Vol. 18 N.1, pp. 5-47.

Donoso S, Enrique, et als. (2006) Reducción de la mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino, 1990-2003. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol. 71 nª5: 307-312

Eisler, Riane. (1990) El Cáliz y la Espada: Nuestra Historia, Nuestro Futuro. Chile: Ed. Cuatro Vientos.

Eliade, Mircea. (1958) Nacimiento y Renacimiento: el significado de la iniciación en la cultura humana. Ed. Cairos.

Federici, Silvia. (2006) Calibán y la Bruja. Traficantes de Sueños Editores

Fernández, Inés. (2004) Medicina y poder sobre los cuerpos. Thémata. Revista de filosofía Núm. 33 191-198

Ferrarotti, Franco. (1981) Storia e storie di vita, Laterza, Roma-Bari.

Firestone, Shulamith (1970) The dialectic of sex: The Case for Feminist Revolution. Morrow.

Foucault, Michel. (1977) La historia de la sexualidad I. La voluntad del saber. Madrid: Siglo veintiuno.

Freud, Sigmund. (1896) Etiología de la histeria. Libros Dot.com.

Good, J. Byron. (1977) The hearth of what's the matter: The semantic of illness in Iran en la revista Culture, Medicine and Psychiatry”. vol 1, nª1, p. 25-58.

- Good, J. Byron. (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra, S.L.
- Greimas , A.J. (1976) *Semántica Estructural. Investigación Metodológica*. Madrid: Editorial Gredos.
- Grinell, R.M. (1997) *Social work research & evaluation: Quantitative and qualitative approaches* Illinois: E.E. Peacock Publishers.
- Hahn, Robert. Kleinman Arthur. (1983) *Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and directions*. *Annual Review of Anthropology*, vol. 12. 305 – 333
- Ibáñez, Jesús. (1990) *Análisis de Textos o Discursos*. En *El análisis de la realidad social : métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Ed. Alianza.
- Imaz, Elixabete. (2001) *Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo*. *Política y Sociedad*, 36 pp. 97-111 Madrid: Universidad del País Vasco
- Johnston Taylor, Elizabeth. (1995) *Whys and Wherefores: Adult Patient Perspectives of the Meaning of Cancer*. W. B. Saunders Company
- Kleinman, Arthur. (1980) *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry* / University of California Press.
- Lamas, Marta. (1986) *La Antropología Feminista y la Categoría de Género*. En *Nueva Antropología*, Vol. VIII, Nº 30. Pp. 173-198
- Le Breton, David. (1995) *Antropología del cuerpo y modernidad*, Buenos Aires: Nueva Visión.

Lichtenberg, Philip (2008) *Psicología de la Opresión*, Santiago de Chile:
Ed. Cuatro Vientos.

Lock, Margaret. (1993) *Cultivating the body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice*. *Annual Review of Anthropology*, vol. 22 133 – 155.

Luker K. A et als. (1996) *Journal of Advanced Nursing* 23,1194-1201 *Meaning of illness for women with breast cancer*

Luxardo, Natalia. (2005) *La crisis en el cuerpo: las teorías etiológicas entre varones con cáncer en Buenos Aires, en escenarios de desempleo e inestabilidad económica*.
Universidad de Buenos Aires.

Luxardo, Natalia. (2006) *Tejiendo tramas para explicar la aparición del cáncer. Mitológicas* [en línea], vol. XXI [citado 2012-05-16]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14617733004>. ISSN 0326-5676.

Luxardo, Natalia. (2008) *Entre la narrativa y la vivencia. Lecturas a partir del cáncer*.
Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Luxardo, Natalia y Alonso, Juan Pedro. (2009) *Cáncer e identidades en el final de la vida” Scripta Ethnologica* [en línea] [citado 2012-05-16]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14815616002>. ISSN 1669-0990.

Mallimaci, F. y Giménez Béliveau, V. (2006). *Historia de vida y métodos biográficos*, en: I. Vasilachis de Gialdino (coord.). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Barcelona: Gedisa, cap. 5 (pp. 175-212)

Martin, Emily. (1991). *The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles*. *Journal of women in culture and society*, vol. 16 N. 3 485- 501. The University of Chicago.

Martínez, Emilia. (2008). Un aposento para el fantasma: el androcentrismo en medicina. El genio maligno. Revista de humanidades y ciencias sociales. N. 3. 1-27

Martinic, Sergio. (1992) Análisis estructural : presentación de un método para el estudio de lógicas culturales. Santiago: CIDE, 1992

Mauss, Marcel. (1971) Sociología y Antropología. Editorial Tecnos S.A. París. Francia.

Mauss, Marcel (1979) Sociology and Psychology: Essays. London: Routledge & Kegan Paul.

Menéndez, Eduardo. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>

Ministerio de Salud, (2011) Sistematización de la Información sobre Cáncer Cérvico Uterino en Chile: Revisión y Análisis de Estudios de Costo-efectividad de la Vacuna contra VPH. Chile.

Ministerio de Salud, (2010) Guía Clínica Cáncer Cérvicouterino. Serie Guías del Minsal. Chile.

Montes, Luz María et als. (2006) Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. Departamento Salud de la Mujer. Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Morris, Davis. “La Cultura del Dolor” Ed. Andrés Bello. 1993

Nazzal N, Omar et als. (2006) Lesiones Preinvasoras de cuello uterino: una visión actual. Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. vol.71, n.5 [citado 2013-02-18], pp. 341-348 .

- Ortner, Sherry. (1974) Is female to male as nature is to culture? Pp. 67-87 in *Woman, Culture and Society*, edited by M. Z. Rosaldo and L. Lamphere. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Reischer, Erica. (2004) *The Body Beautiful: Symbolism And Agency In The Social world* *Annu. Rev. Anthropol.* 33:297–317
- Rubin, Gayle. (1992) *Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality* Vance, Carol Ed. London: Pandora.
- Sacks, Karen et als. (1984) *Teoría Feminista: Selección de textos Ediciones populares feministas. Colección Teoría. República Dominicana*
- Sadler, Michelle & Alexandra Obach (2009) *Cuerpo femenino, medicina y poder: Reflexión en torno a las interrupciones en la atención de salud reproductiva. En Nación Golpeadora: 80-90. Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual. Santiago de Chile*
- Sheper – Hughes, Nancy & Lock, Margaret. (1987) *The Mindful Body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol. 1, N° 1 6 – 41*
- Schildkrout, Enid. (2004) *Inscribing The Body* *Annu. Rev. Anthropol.* 33:319–44.
- Schnacke, Adriana. (1984) *Diálogos con el cuerpo. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.*
- Sontag, Susan. “*La enfermedad y sus metáforas*” Santillana S.A. Taurus. 1996. (edición original, 1977) Buenos Aires
- Tuñón, Julia (Compiladora). (2008) *Enjaular los cuerpos: Normativas Decimonónicas y Femenidad en México. El Colegio de México. México.*

Urrutia S, María Teresa et als. (2006) Educación De Mujeres Histerectomizadas: ¿Qué Desean Saber? . Rev. chil. obstet. ginecol. vol.71, no.6, p.410-416. ISSN 0717-7526.

VanWolputte, Steven. (2004) Hang on to yourself: of bodies, Embodiment, and selves. Annu. Rev. Anthropol. 33:251–69