



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

IDENTIDAD DE GÉNERO EN MUJERES CON CÁNCER GINECOLÓGICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

NANCY ISABEL MORALES AGUILAR

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: MTRA. JULIETA MONJARAZ CARRASCO

COMITÉ: DR. ALVARO VIRGILIO BUENROSTRO AVILÉS

DRA. ALBA ESPERANZA GARCÍA LÓPEZ

LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ

LIC. OTILIA AURORA RAMÍREZ ARELLANO





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi papá por enseñarme que la constancia es una virtud y sin ella no hubiera podido llegar hasta donde estoy, a mi mamá por acompañarme en este viaje llamado vida, porque admiro el valor con que enfrentas la vida, eres una mujer fuerte pero a la vez sensible, pero sobretodo por todo el amor, comprensión y apoyo que me han brindado los amo.

A mi hermana Marisol por que ha sido mi amiga y mi guía durante todos estos años, porque me has enseñado que la vida es para las personas que luchan, te admiro hermanita, *te quiero mucho*.

A mis hermanos Hugo y Simón porque aunque siempre nos estemos peleando, jajaja, me han acompañado y han estado ahí en los momento más difíciles.

A Ángel y Brayan mis peque sobrinos porque nunca pensé tener una relación tan estrecha con ustedes, los adoro, quiero que sepan que tienen en mi una amiga y apoyo incondicional cuando lo necesiten. A Arleth la más pequeña por la considero como mi hija, te quiero y siempre voy a estar ahí cuando lo necesites.

A todas las personas que estuvieron a mi lado, a mis amigos y amigas de la facultad y a las pacientes que me apoyaron porque me hicieron ver la vida de manera diferente.

A mis asesoras quienes con dedicación colaboraron para llevar a buen término este trabajo: Aurora Ramírez y Alba Esperanza les agradezco su apoyo, comprensión y cariño, no sólo en el aspecto académico sino lo que sembraron en mi vida, porque no tengo palabras para expresar mi agradecimiento y respeto.

A Julieta Monjaraz por ser una persona excepcional y un gran ser humano, por transmitirme su amor por la vida, por ser mi guía y un ejemplo a seguir, por levantar mí ánimo cuando lo he necesitado. Por aceptar asesorar mi trabajo y apoyarme en este proceso. Mi más profunda admiración y respeto.

Porque no existen palabras para agradecerte todo lo que has hecho por mi "GRACIAS".

*Una mujer es la historia de sus actos y sus pensamientos,
de sus células y sus neuronas,
de sus heridas y su entusiasmo,
de sus amores y desamores.*

*Una mujer es inevitablemente la historia de su vientre:
de las semillas que en él fecundaron,
o no lo hicieron o dejaron de hacerlo.*

*Una mujer es la historia de lo pequeño,
lo trivial, lo cotidiano,
la suma de lo callado.*

*Una mujer es siempre la historia de muchos hombres,
una mujer es la historia de su pueblo y de su raza,
y es la historia de sus raíces*

y de su origen de cada mujer que fue alimentada por la anterior para que ella naciera.

Una mujer es la historia de su sangre.

También una mujer es la historia de su utopía.

Marcela Serrano

Índice

Resumen	5
Introducción	6
Capítulo 1. La construcción de la identidad de género de la mujer	8
1.1 Identidad	8
1.2 Género	10
1.3 Identidad de género.....	17
1.4 Identidad mujer- género	19
1.5 Subjetividad femenina	25
1.6 Identidad de género y cáncer ginecológico	27
Capítulo 2. La mujer y su corporalidad	40
2.1 Cuerpo	40
2.2 Concepción del cuerpo femenino.....	45
2.3 Cuerpo y enfermedad “cáncer”	55
2.4 Cáncer.....	64
2.5 Cáncer cervicouterino.....	66
2.6 Cáncer de ovario.....	68
2.7 Tratamiento	70
Capítulo 3. Metodología	71
3.1 Pregunta de investigación.....	74
3.2 Objetivo general.....	80
3.3 Procedimiento	81
3.4 Descripción de las participantes.....	83
Capítulo 4. Análisis de la información.....	84
Capítulo 5. Discusión	113
Conclusiones	117
Referencias	120
ANEXOS.....	130

Resumen

En el presente trabajo se analizan las alteraciones en la identidad de género en mujeres con cáncer ginecológico y el daño corporal producido por un tratamiento de choque como lo es la histerectomía, ya que la pérdida de un órgano con fuerte carga simbólica como lo es la matriz, afecta de manera significativa a algunas mujeres, al identificar al útero como parte esencial de su femineidad. La mujer queda a merced de su biología (unidad reproductora), confinada a la familia y hogar, en donde el hombre procura llevar las riendas de su casa, dejando a la mujer degradada, sojuzgada, esclava de la codicia femenina, un mero instrumento para crear niños; todo esto aunado al cáncer que es una dolencia que al inscribirse en el cuerpo de las mujeres en su totalidad produce múltiples alteraciones físicas como psicológicas que acarrear consecuencias simbólicas relacionadas con la manera en que cada sexo vive su género.

Se pudo constatar que las mujeres se siguen valorando a partir de su capacidad procreadora. Entonces, al verse ante la pérdida de la matriz, las mujeres se perciben inferiores, menoscabadas pero ante todo se sienten menos mujeres ante la imposibilidad de ser madres. Es así como cada fémica a lo largo de su vida internaliza "su ser mujer" a partir de normas, prohibiciones y deberes que de manera compulsiva la mantienen dentro o fuera del espacio normativo. Se concluye que lo importante es que la sociedad se vuelva más tolerante y esté dispuesta a cambiar hitos de femineidad, en donde las mujeres vivan de manera distinta su cuerpo, lo valoren y lo resignifiquen.

Introducción

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de conocer la identidad de género basada en las vivencias corporales de las mujeres a partir de ser hysterectomizadas por enfermar de cáncer ginecológico. Se ha evidenciado que la hysterectomía ha sido un tratamiento de choque para una gran variedad de patologías oncológicas, para muchas pacientes ésta es la única opción para salvar su vida o reducir el dolor que llega a ser incapacitante; aunque los resultados son positivos, esto no impide que la cirugía sea vista como un evento vital estresante, llegando a tener efectos psicológicos y materiales negativos, que también son experimentados por familiares y amigos.

Por otro lado al estudiar los papeles de género aprendemos que no representan la asignación funcional de los papeles sociales biológicamente prescritos sino estos son un medio de conceptualización cultural y de organización social. Lo que convierte al estudio en algo desafiante y potencialmente fructífero, ya que esta perspectiva nos muestra lo que sucede al interior de los sistemas sociales y culturales; además, busco comprender el peso relativo de cada género a pesar de la ambigüedad de los papeles de género y la complejidad de la sociedad. Este tipo de estudio ayuda a comprender a las mujeres no como un aspecto aislado de la sociedad sino como un parte integral de ella. Según, Lamas (2000, p. 312) “el aprender acerca de las mujeres implica también aprender acerca de los hombres”.

En el capítulo 1 se aborda la conformación de la identidad a partir de la interacción con el otro, es decir, a través del proceso de desarrollo y socialización sobre la que se estructuran todas las demás, el “yo soy”, siendo un proceso de reconocimiento en la acción, es decir se autorreconocen y heterorreconocen continuamente los seres humanos y es aquí donde se vincula el proceso ideológico y la reproducción cultural.

Dentro de este proceso se da una asignación sexual adquirida por creencias estereotipadas (los estereotipos son sistemas de creencias que comparten cierto número de personas, es decir un colectivo humano) establecidas por instituciones sociales y que comparten los miembros de determinado grupo. Mismas que marcan papeles tan rígidos que condicionan y reprimen el potencial de las personas, de tal manera los comportamientos que tienen siempre van en función de su género.

En el capítulo 2 se hace referencia a la corporalidad de las mujeres ya que es partir del cuerpo que se conciben formas de vida, es por ello que De Beauvoir afirma: “*Una no nace, sino que se hace mujer*”. Al reconocer el lugar de la sexualidad y las inmensas diferencias en la experiencia social entre hombre y mujeres, se manifiesta, lo que realmente determina el sexo es la cultura. Además, el cuerpo de las mujeres tiene implicaciones específicas en la salud: poseer un sistema reproductivo complejo, las vuelve vulnerables a disfunciones o enfermedades que trascienden el antes y el después del periodo atribuido a la vida reproductiva.

Con respecto al capítulo 3 se realizaron historias de vida a cada una de las personas que participaron en este trabajo, recabando la información a través de una entrevista que abarcó tópicos como identidad de género, grupos socializadores: familia, religión y ámbito académico, lenguaje, sexualidad, cáncer ginecológico, cuerpo y relación de pareja, su manejo permitió reconstruir las vivencias que las marcaron o determinaron la conformación de su identidad. Su identidad, ideología, juicios y prejuicios, son respetados ya que sus historias están impregnadas con elementos de la cultura lo cual conforma el problema, objetivo, métodos e instrumentos. Por ello fue importante analizar las historias desde la perspectiva de los estudios de género, las implicaciones psicológicas, históricas, jurídicas y antropológicas, nos permitieron comprender el impacto subjetivo que la remoción del útero puede tener para mujeres, aún cuando hayan cumplido con su tarea reproductiva lo cual se reseña en el capítulo 4 y 5 de este trabajo.

CAPÍTULO 1. LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO DE LA MUJER

1. 1 Identidad

Debido a lo amplio del concepto identidad, se puede abordar desde 3 vertientes:

- a) Identidad como concepto ontológico, es decir la esencia del ser humano como punto de reflexión.
- b) Identidad como concepto psicológico y psicoanalítico: se ve al individuo como un sujeto psíquico
- c) Identidad como concepto socioantropológico: se refiere a la construcción del ser humano dentro de la sociedad.

El hecho de definir a la identidad en campos no supone que está delimitada sino que la interdisciplinariedad permite entenderla desde diversos corpus (Castañeda, 1995).

Según, Aguado (2004) la identidad se crea a partir de procesos ideológicos determinados históricamente, por lo que se define como: el conjunto de evidencias referidas a sí mismo. La identidad se conforma en el proceso de desarrollo y socialización sobre la que se estructuran todas las demás, el “yo soy”. Así, la identidad es un proceso de reconocimiento en la acción, es decir se autorreconocen y heterorreconocen continuamente los seres humanos y es aquí donde se vincula el proceso ideológico y la reproducción cultural.

Dentro de este proceso social de identificación, se distinguen dos movimientos: de adentro hacia fuera, que es la identificación del sujeto con el Otro, y a partir del Otro; de afuera hacia dentro la identificación que tiene un sujeto como parte de un grupo “cultura” con sus atributos y expectativas. Esta construcción se da a través de los estereotipos, entonces formamos parte de determinada raza, religión y adoptamos forma de vivir, sentir y comportarnos (Godina, 2001).

Justamente, desde que nacen los individuos se integran a este proceso ideológico partiendo del proceso de reconocimiento/ diferenciación, en donde los seres humanos se individualizan y convierten en seres sociales; así la imagen corporal se desarrolla durante toda la vida aunque su formación básica se realiza en los primeros meses de vida y constituye la columna vertebral de la identidad individual y colectiva. De esta manera, la

imagen corporal es la estructura simbólica en la que se recrean mensajes para que el sujeto pertenezca a determinada cultura; siendo el cuerpo humano el primer espacio-tiempo donde dicha red se construye de la significación del propio cuerpo (Aguado, 2004).

Por otro lado, varios autores hablan acerca del proceso evolutivo del ser humano; todos coinciden con el proceso de diferenciación que inicia a partir del nacimiento cuando el bebé tiene contacto con la madre y culminará con el desarrollo de la personalidad que la persona adulta adquiere a lo largo de su desarrollo social y afectivo-cognitivo, que se da a través de estadios que enmarcan características propias de la etapa.

“Desde que nace, el-la bebé abandona el intercambio químico del seno materno por el sistema de intercambio social, donde sus capacidades gradualmente crecientes encuentran las oportunidades y limitantes de su cultura. El organismo que está madurando continúa desarrollándose, no desarrollando nuevos órganos sino mediante una secuencia predeterminada de capacidades locomotoras, sensoriales y sociales” (Erickson, 1968, p.78).

Erickson, 1968, define el ciclo vital a través de estadios, en donde se tienen que cumplir ciertos parámetros que definirán rasgos de la personalidad adulta o crisis de identidad. Luego, el ego (capacidad de cada ser humano para integrar experiencias y actos) forma la identidad y le da sentido, a partir de estas fases o estadios del desarrollo donde se dan crisis, ya que éstas se basan en conflictos entre un elemento sintónico (concordante) y uno distónico (discordante) lo que lleva a adaptarse a las diversas situaciones; la identidad se forma a partir de las experiencias pero sobretodo por las dificultades que se viven a lo largo del ciclo vital (Feist y Feist, 2007).

Si bien la conformación de la identidad es igual para todos los seres humanos, las mujeres a diferencia de los varones a lo largo de la vida buscan definirse y formar parte de un grupo determinado partiendo de actividades y relaciones concretas definidas por su papel biológico y su estatus social.

De tal manera, Gilligan, 1982, menciona que Erickson olvida a las mujeres, concentrándose sólo en el desarrollo de la identidad masculina, excluyendo todo

acontecimiento característico de las féminas tales como la menstruación, embarazo o menopausia; por lo que Gilligan incorpora acontecimientos claves que permiten entender el desarrollo de la identidad de la mujer. La menarca como símbolo de madurez, el tránsito de niña a mujer; pero sobre todo el encuentro o desencuentro con su sexualidad, los tabúes y restricciones que rodean sus cuerpos y el primer contacto con discursos en torno a la reproducción. Posteriormente el embarazo y nacimiento de los hijos que forman una nueva identidad y sentido del Yo y finalmente la menopausia que marca un declive en las funciones corporales, aunque no, en el desarrollo personal (Gilligan, 1982)

Por su parte, Fromm (1955) menciona la importancia del sentido de identidad como la capacidad de concientizarse de uno mismo como ser individual y único; sin este sentido las personas tendrían grandes problemas para vivir en una sociedad pues la identidad se crea en la identificación con otros seres humanos, radicando el apego que se tiene a diferentes instituciones como: religión, trabajo, grupo social, etc. (Feist y Feist, 2007).

1.2 Género

Rhoda Unger, 1979, define el género como los componentes no-fisiológicos del sexo, fundamentado en elementos psicosociales que diferencian sexualmente a los individuos. Por lo que esta categoría permite dividir a la sociedad, entre actitudes masculinas – femeninas. Siendo un deber el incorporarse a lo prescrito sobre ser hombre o mujer (Martínez y Paterna, 2005).

Lamas (2000) menciona que el género es una construcción simbólica, establecida desde los datos biológicos de la diferenciación sexual, siendo la capacidad de ser madres lo que marca sin duda la diferencia existente entre hombres y mujeres. Podemos percibir que el género no se desprende de la biología sino de la cultura; consecuentemente este proceso simbólico determina las concepciones sobre lo que es ser mujer y ser hombre. “Cada cultura marca a los sexos con el género y el género marca todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano” (Lamas, 2000, p.32).

De hecho en el diccionario “Género: es la clase a la que pertenecen las personas o las cosas”, evidentemente en la clasificación que se ha realizado de los individuos la fisiología ha sido fundamental. A pesar de esto el ser hombre o mujer significa cosas

distintas en lugares diferentes, es decir cosas que para una comunidad están establecidas para los varones, en otra pueden ser exclusivas de las mujeres.

Como resultado de esto el género está determinado por múltiples factores; entre ellos: los políticos, sociales, simbólicos, jurídicos y culturales. Asimismo, se estructura a partir de los sistemas sociales (familia, escuela, estado, iglesia, medios de comunicación), sistemas simbólicos dados por el lenguaje, mitos y ritos y el sistema de normas y valores (jurídicos, científicos y políticos) (Fuentes, 2009).

Lamas (2000) señala que las mujeres ocupan un lugar estipulado en la sociedad, ya que se ha dicho “lo que tienen que ser”. Basados en sistemas de género que comparten ciertas características, las cuales se refieren a sistemas binarios y opuestos: hombre-mujer, masculino-femenino, político-doméstico, público-privado entre otros. Se definen los significantes, el poder y por tanto el modo de relacionarse. En tanto, la maternidad delimita las diferencias entre seres humanos y es como se explica la subordinación en que viven las mujeres y se vuelven “malas” cuando rechazan su destino.

En cuanto a la paternidad, pareciera que se ha olvidado, sin embargo, es importante mencionar que en nuestra sociedad, la paternidad sólo viene a confirmar cierto sentido de virilidad, así como la consumación de la estirpe; claro que hoy los varones al igual que las mujeres han modificado ciertas normas, actualmente algunos hombres asisten en el proceso de crianza de sus hijos (Marías, 1987).

Luego el género es un hecho histórico que marca a cada mujer desde el momento en que nace, otorgándole una sexualidad específica que determinará las formas de procreación y erotismo. Así como relaciones de poder desiguales y asimétricas volviéndose un “filtro” cultural, pues determina el comportamiento y de acuerdo a la lógica de este, se crean las normas jurídicas y simbólicas que establecen el uso del cuerpo desde lo sexual hasta lo reproductivo actuando como procesos de represión y opresión (Lagarde, 2005).

Así, el género está presente en todos los ámbitos de la vida en las relaciones personales, en la política, en la economía, entre otros. Este determina la forma de producción y reproducción asignando el lugar que deben ocupar los individuos en la

sociedad. Asimismo, la perspectiva de género analiza a los hombres y mujeres desde la esfera social, es decir, como seres cambiantes y adecuados al momento histórico en el que viven.

Este nos ayuda a vincularnos de determinada manera y a formar parte de un grupo o clase, definiendo la identidad a partir del contacto con estos grupos que ya estaban conformados con una identidad propia; justamente, el género no representa individuos sino relaciones sociales dadas en los diferentes grupos (Godina, 2001).

Sin embargo, a lo largo de la historia las posturas han ido cambiando y el lugar de los varones y las mujeres se han ido reformulando de acuerdo al momento histórico. Ejemplo de ello es la medicina que estuvo abierta a las mujeres; no obstante, la transformación que ocurrió a fines del siglo XIX, alteró la concepción que se tenía de ellas y las prácticas médicas determinaron las funciones sociales, políticas y económicas del sistema género.

Por otro lado, desde la visión freudiana y la teoría de las relaciones objetales se dice que, las mujeres no experimentan una separación tan aguda como los varones ya que las fronteras entre el “yo” y el de las otras personas no está tan definido y por ende tienen una mayor capacidad para ser empáticas y “maternales” Además, explica la inferioridad social de las mujeres a partir de la carencia de fallo, que se vuelve una carencia física (Lamas, 2000).

Barbera (1998) menciona que existen algunas teorías que intentan explicar los orígenes constitutivos del género:

La sociobiología

Esta perspectiva teórica se basa en los principios de selección natural, es decir, que desde que los varones salieron a cazar y las mujeres se quedaron a cargo del cuidado de los niños; los genes se adaptaron de tal manera que la fisiología, determina la forma en que se debe vivir.

Explica las diferencias entre varones y mujeres a través de las discrepancias físicas y de las funciones reproductoras. Por lo que los organismos con reproducción sexuada desempeñan diferentes funciones, siempre con la finalidad de asegurar el éxito

reproductivo y explica los papeles que deben desempeñar las mujeres y hombres en diversos ámbitos desde el matrimonio hasta los patrones de conducta sexual, ya que esta teoría incrementa el peso de las diferencias entre los distintos géneros.

Sin embargo, esta perspectiva olvida que los seres humanos son entes bio-psicosociales por lo que no hay que olvidar que se encuentran inmersos en procesos de socialización y culturalización (Garduño, 1994).

Además, Rich (1996) menciona que en varias sociedades primitivas las mujeres salían a cazar al igual que los varones, lo cual demuestra que físicamente no eran inferiores sino que la división se dio cuando los varones no se pudieron hacer cargo de los hijos y entonces el cuidado de los pequeños quedó ligado a las mujeres creando novedosas actividades como la agricultura y nuevas situaciones de vida. A pesar de que la diferencia entre hombres y mujeres se da a partir de su anatomía, es decir su cuerpo. Este ha garantizado la continuidad de la especie, pero no sólo por la procreación sino por que posteriormente ellas son las que los alimentan y los educan. Es la socialización la que influye para que ellas se queden en casa, al cuidado de la familia y no la constitución de sus cuerpos.

La psicología dinámica

A diferencia de otras teorías, esta perspectiva se basa en el análisis del desarrollo a nivel individual, la ontogénesis de la psique, y su acoplamiento a los principios y restricciones que impone la normativa social. Tanto Freud (1923) como otros autores posteriores inspirados en el psicoanálisis se atribuyen el proceso de identificación. Freud menciona que la persona se constituye a través de una serie de identificaciones que establece a lo largo de su vida y que lo vuelven un ser independiente.

Este autor habla acerca de la identificación como el primer vínculo con el objeto amoroso; en su planteamiento habla de fases indiferenciadas comenzando con la identificación primaria: es aquella en donde no se ha dado la diferenciación entre hombre- mujer; Freud apoyándose en el principio de masculinidad primaria, el cual guía todo el proceso evolutivo define a las niñas como “muchachitos en potencia”. De hecho, Freud (1921) indica que el desarrollo psicosexual de las niñas es más complicado, porque durante la fase edípica la persona se identifica con el progenitor del mismo sexo.

El niño sustituye al objeto libido (madre) por el principio de la realidad (padre) y se identifica con rasgos de este último. En la niña el proceso se complica, pues el primer objeto libidinal (madre) debe ser sustituido por el padre para volver de nuevo a la madre como modelo normativo a introyectar, lo que explica la mayor debilidad del super-yo femenino (Freud, 1905).

Por ello la significación “madre” en la sociedad ha actuado por décadas como base de la familia y su organización deviene de este papel, asimilado con una “ilusión de naturalidad” por la gestación intrauterina, parto y amamantamiento de las mujeres que las reduce a este hecho meramente biológico. Además, desde las corrientes psicoanalíticas se supone que la madre trata a su pequeño como una extensión de ella misma, satisfaciendo así sus propios intereses que parecerían ser los mismos que los del bebé. En este sentido, la relación madre –hijo se vuelve única y en consecuencia son ellas las más adecuadas para cuidar a los hijos.

Específicamente en la fase edípica el vínculo madre – padre –hijo se resolverá de distinta manera dependiendo si es varón o niña, a través de las identificaciones secundarias que configuran la orientación de las personas. Por lo que se ha creado un discurso social que mantiene en cierta posición a las mujeres, reforzando su papel de esposas, madres y sostén emocional de los hombres que se desarrollan en el ámbito público (Fernández, 1992).

A pesar de las serias críticas que esta perspectiva ha recibido, diversos autores como Deutsch (1960) o Horney (1979) han planteado múltiples alternativas en donde enfatizan la relación madre-hija y el proceso de identidad y aprendizaje de los roles de género, en donde la madre ejerce una gran influencia en la vida de las mujeres modificando factores socioculturales.

Horney (1979) realizó múltiples críticas a la teoría del desarrollo psicosexual, ya que indicó que ésta tenía bases reduccionistas que limitan las características psicológicas, y biológicas y aunque la infancia es importante en el desarrollo de las personas, sólo determina algunas situaciones dentro de la vida de los seres humanos. De hecho, cuestiona fuertemente el valor que se le da al pene y enfatiza la situación cultural como factor principal que marca las diferencias entre personas y menciona: “lo que esperamos

poder comprender es cómo las condiciones culturales engendran cualidades y facultades específicas, tanto en las mujeres como en los hombres” (Horney, 1979, p. 88).

Luego Freud (1905) menciona que la relación padre –hijo es la que ayuda a crecer y la relación madre –hijo es simbiótica y por ende detiene. Así el complejo de Edipo es aquel que da entrada a la civilización, al mundo patriarcal. Sin embargo, Clara Thompson y Frieda From- Reichmann, 1980, sugieren que si las niñas se vivieran castradas y desearan el pene, sería por que este órgano les otorga una posición favorecida como la de los varones en la sociedad y no porque sea un atributo privilegiado para ciertas personas (Martínez y Paterna, 2005).

El constructivismo social

“El movimiento constructivista afirma que el conocimiento no descubre la realidad sino que la crea” (Barbera, 1998 p.110) por lo que las representaciones sociales, cobran significado a través del lenguaje, historia y cultura de determinado grupo.

A diferencia de la sociobiología esta teoría se interesa por aspectos socio –culturales, en donde el género es una construcción cultural, cuya forma y contenido es sumamente inestable; diversos estudios ponen de relieve su carácter variado en las diferentes culturas y en las discrepancias en los rasgos de personalidad, reparto laboral y papeles asignados respecto al nacimiento y crianza de los hijos.

De hecho, Lévi- Strauss, 1985, menciona que la división sexual del trabajo, es algo arbitrario, ya que cumple una función de interdependencia entre los grupos sexuales y de esta manera se garantiza la supervivencia de la especie. Además, habla del alcance que ha tenido la cultura volviéndose “superior” a la naturaleza; el hecho de analizar a las mujeres – hombres como “categorías simbólicas” se vuelve fundamental al entenderlos como constructos históricos creados y formados dentro y por la cultura (Montecino y Rebolledo, 1996).

Por su parte Rubin, 1975, (Como se citó en Martínez y Paterna, 2005, p.37) define al género como “una división de los sexos impuesta socialmente” el sexo es una elaboración dada en la sociedad y determina la forma de vivir, plantea que esta división genera repercusiones, ya que incrementa las diferencias biológicas entre los grupos.

Haciendo las relaciones entre sexo/ género, un sistema normado por la sociedad e interacción social (Montecino y Rebolledo, 1996).

De acuerdo con esta perspectiva, el género no es una propiedad de las personas, sino un proceso basado en una relación preescrita socialmente. La representación de los géneros como polos opuestos o como un continuum de diferencias psicológicas que organizan la realidad, para simplificarla, pero “deja en la sombra la complejidad de la interacción humana, oscureciendo el incomodo reconocimiento de la desigualdad” Hare – Mustin y Marecek, 1994, (Barbera, 1998, p. 112).

Por otro lado, desde una perspectiva psicológica, género es una categoría en donde se articulan tres instancias básicas:

- a) La asignación o atribución de género: se realiza en el momento en que nace el bebé con una diferenciación, de acuerdo a la apariencia de sus genitales.
- b) Identidad de género: se adquiere cuando el infante comienza a hablar alrededor de los 2 o 3 años y es anterior a su conocimiento sobre la anatomía de los seres humanos. Así, el niño estructura su identidad a partir del género al que pertenece y sus comportamientos se va a adecuar a ser “niño” o “niña”. Al realizarse esta identificación el pequeño se asume perteneciente a un grupo y actúa de acuerdo a éste; lo que lo convierte en un filtro sobre el que pasaran todas sus experiencias.
- c) El papel o rol de género: éste se forma a partir del conjunto de normas explícitas e implícitas que se adquieren dentro de una sociedad y cultura sobre el comportamiento femenino o masculino; este variara de acuerdo a la cultura, la edad, el nivel socioeconómico, entre otros. Sin embargo, la principal división se realiza a partir del sexo: las mujeres tienen hijos y por lo tanto los cuidan, los protegen, los educan, así lo femenino es lo maternal, lo doméstico contrapuesto al ámbito público que es de los varones; mientras ella educa y cuida hijos, él los mantiene (Lamas, 2000).

1.3 Identidad de género

Barbera (1998) menciona que la identidad personal se lleva a cabo a través de un proceso social en donde los factores externos al sujeto son parte importante de la construcción de la misma. Algo parecido pasa con la identidad de género, ya que ésta se crea a partir de creencias estereotipadas (los estereotipos son sistemas de creencias que comparten cierto número de personas, es decir un colectivo humano) establecidas por instituciones sociales y que comparten los miembros de determinado grupo.

La identidad de género es el proceso de asignación sexual; según Kohlberg, 1966, está vinculada con el aprendizaje de conductas y el desarrollo de roles ya sea masculinos o femeninos. Estos comportamientos se pueden ver afianzados o modificados dependiendo de la evaluación que realizan determinados grupos sociales de acuerdo a los estereotipos de género que están acompañados de fuertes prejuicios (Barbera, 1998).

De hecho, los estereotipos marcan papeles tan rígidos que condicionan y reprimen el potencial de las personas, de tal manera los comportamientos que tienen siempre van en función de su género. Así, esta estructuración, se ha convertido en un hecho social, que promueve y construye formas de vida que van más allá de lo natural, pues el género no es más que una construcción simbólica conceptualizada por los seres humanos generación tras generación.

Como resultado, la identidad esta asignada o adquirida por las diferentes culturas, las discrepancias que existen y lo que hace femenina a una mujer de lo que hace masculino a un varón no es la biología sino la socialización, que se da mediante un complejo proceso individual y social: en donde se adquiere el género (Lamas, 2000).

“Hablar de identidad genérica significa penetrar en el ámbito de lo vivido, del cuerpo, de una posición ante el mundo y de una imagen de la vida misma que determina nuestros sentimientos, pensamientos y actitudes, y establece los escenarios interactivos” (Calderón, 2010, p. 48).

Es por ello que Poal Marcet (1993) menciona que estas diferencias existentes entre varones y mujeres provocan una serie de distinciones en los diversos niveles en donde ellos se desarrollan. Esta autora habla de la diferencia que se da entre las mujeres-

hombres a partir de la socialización, entendiéndose a esta, como el proceso por el cual las personas aprenden valores, expectativas y roles de la sociedad a la que pertenecen. Entonces la “socialización diferencial” se da desde que las personas nacen ya que se les envían diversos mensajes sobre lo que se espera que sean: las mujeres, dentro del ámbito privado y los varones en el público, sin que con esto se apunte a que uno es mejor que otro, pues ambos ámbitos tienen ventajas y desventajas. Aunque los seres humanos están educados para que sólo se desarrollen dentro de un ámbito, dejando en desventaja a uno con respecto al otro.

Por consiguiente Poal (1993) sugiere una serie de puntos que tratan de explicar de manera clara la “teoría de la socialización diferencial”:

- La sociedad educa a las personas de distinta manera de acuerdo a su sexo, por lo cual este proceso dura toda la vida, aunque se da principalmente en la infancia/adolescencia.
- La socialización tiene una función homogeneizadora; pues existen normas y expectativas sociales que son iguales para todas las personas, sin importar su sexo, pero existen otras que cumplen una función diferenciadora que se dan a partir de diversas variables como: edad, sexo, nivel socioeconómico y cultural.
- Las diferencias entre mujeres y hombres, se deben más al hecho de recibir una educación distinta, aunado a todos los mensajes de lo que se espera de cada uno de ellos; lo cual nos lleva a mencionar que reciben una socialización diferencial.
- Las diferencias conllevan el desarrollo en sólo uno de los ámbitos ya sea en el público o privado; entonces la educación es discriminadora para las mujeres, ya que son relegadas a segundo término lo que puede generar en ellas sentimientos de inadecuación, actitudes de dependencia y comportamientos de discriminación.

1.4 Identidad mujer- género

La identidad de género en la mujer se adquiere en el momento en que nace y se concreta a lo largo de su vida. Siendo el lenguaje parte básica para la formación de ésta, ya que a través del discurso de los padres y de la sociedad la niña interiorizara ciertas normas. La ordenación en las palabras y las frases nos llevan a ver la realidad y darle significado a la vida. Es a través del lenguaje como hombres y mujeres podemos acceder a la psique y a la subjetividad. Así, el lenguaje forma parte fundamental para la invisibilidad de las mujeres luego, a través de él le damos valor y jerarquizamos, además de nombrar contrastes.

Por lo que el lenguaje se vuelve una herramienta que ayuda a transmitir la forma de interactuar dentro de la sociedad, desde el sistema de valores hasta el conjunto de relaciones posibles mujer/hombre. La lengua de cada entidad nos da un panorama muy real de la forma de relacionarse y de las diferencias y jerarquías entre los géneros. De hecho, en el lenguaje el hombre esta sobrerrepresentado, y las mujeres entran en la lengua del desprecio como muestra de su inferioridad; ya sea desde el uso de las palabras como “muñeca o niña” que se usan para minimizarlas y lo peor es que no sólo los varones usan este vocabulario sino que también las mujeres lo usan aludiendo la inferioridad de ellas mismas. Las mujeres no hablan: chismean, murmuran, entonces ellas, a través del habla no pueden cambiar la situación en la que viven, sus palabras no tienen poder, nacen muertas, porque ellas mismas usan el lenguaje del dominado, denigrando así a su propio género. “El mundo esta hecho de los dos sexos pero es pensado por uno sólo...” (Sau, 1995, p. 49).

En nuestro lenguaje el hombre es el punto de referencia (sistema androcéntrico) en el contenido semántico el uso del masculino se generaliza para ambos géneros y qué decir de los chistes o frases cotidianas “vieja el último”, “calladita te ves más bonita” y una muy peculiar “cabellos largos, ideas cortas”. Además de otras como “la mujer de Pepe”, “la novia de Gerardo”. “mi mujer dice...” reafirma que las mujeres son de y para otros. Consecuentemente la forma de hablar lleva a las personas a comportarse de determinada forma y asimilar la realidad creando prejuicios y estereotipos (Fuentes, 2009).

Justamente, las relaciones de género dividen a las personas hombres- mujeres de acuerdo a la jerarquía que mantienen las relaciones de poder y que circulan entre los involucrados. Simbólicamente estas diferencias socioculturales se derivan de la función reproductiva. De acuerdo a un estudio realizado en México ser madre, se ve condicionada por la paternidad y por la construcción familiar, ya que la llegada de los hijos refuerza la alianza matrimonial.

La práctica reproductiva matrimonio-pareja- familia se prescribe de manera adecuada tanto para los hombres como para las mujeres, como tránsito hacia la vida adulta con la formación de una familia. Las mujeres dan sentido a estas tres esferas a partir de las representaciones de la virginidad, matrimonio y familia. Se explica la sexualidad de las mujeres como madre- esposas y como sello la procreación. El cuerpo y lo hijos se vuelven ofrendas a los maridos y la sexualidad es un instrumento para retenerlos (Sánchez-Bringas, 2003).

Por su parte, Lagarde (1990) menciona que la identidad de las mujeres está conformada por un conjunto de características que se desprenden de la situación en la que viven; ya sea que se desenvuelvan en un mundo rural o urbano siempre compartirán la misma condición histórica de acuerdo a su género y diferirán en sus modos particulares de vida.

La condición genérica de la mujer ha sido construida históricamente y es una de las creaciones de las sociedades y culturas patriarcales. El poder define genéricamente la posición de las mujeres como situación opresiva por la dependencia vital, la sujeción, la subalternidad y la servidumbre voluntaria de las mujeres en relación con el mundo (los otros, las instituciones, los imponderables, la sociedad, el estado, las fuerzas ocultas, esotéricas y tangibles) (Lagarde, 1990).

De acuerdo a este sistema de referencias, las mujeres se reconocen a través del sistema patriarcal.; es decir a partir de su padre, hermano o marido y en calidad de esposa, madre o hija. Asimismo, Fuentes (2009) menciona que la identidad se adquiere por el sexo biológico, de hecho algunas investigaciones sobre roles sexuales y autoestima mencionan que un alta autoestima se le adjudicó a los varones como un rasgo y a las mujeres una baja autoestima como construcción de su identidad lo que nos

demuestra que los factores culturales, sociales y psicológicos convergen para la conformación de la identidad. Como resultado la identidad trasciende las épocas, presentándose como un entramado del presente, pasado y futuro. Lo cual nos lleva a pensar que el potencial de cada persona puede determinar su futuro aún cuando se encuentre inmerso en una sociedad (Romo, 2002).

Así, la condición en que vive la mujer esta constituida por el conjunto de relaciones de producción y reproducción. En la cultura patriarcal la mujer se define de acuerdo a su sexualidad; lo esencial de la mujer, la feminidad, la identidad femenina esta basada en la sexualidad reproductora, procreadora, la que da vida a los otros. De esta manera los diversos escenarios en que se desarrollan las personas (familia, iglesia, maternidad, matrimonio, etc.) determinan la división genérica a través del poder patriarcal. El género, va más allá de las características biológicas, ser mujer u hombre es un hecho histórico y sociocultural, formado en el ámbito: económico, social, jurídico-político y psicológico creados en cada época y momento histórico.

En consecuencia, Lagarde (2005) menciona que la circunstancia en que viven las mujeres es una instauración histórica cuyo contenido es el conjunto de sucesos, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico: *ser de y para los otros*. Ellas se encuentran cautivas de su cuerpo- para- otros, procreador o erótico y de su ser- de-otros, vivido como su necesidad de establecer relaciones de dependencia vital y de sometimiento al poder.

Por ello, los hombres, sus instituciones y sus intelectuales, han sido dueños de la palabra creadora, quienes han elaborado la identidad simbólica de las mujeres mexicanas; aunque hoy algunas féminas se han propuesto participar en la superación de las alienaciones mediante la aprehensión de sus vidas y de manera compulsiva o por voluntad han decidido vivir fuera de los hitos de la feminidad encontrando nuevos estilos de vida; ellas son estereotipadas por cambiar o ser diferentes como equívocas, malas mujeres enfermas, incapaces, raras o locas (Lagarde, 2005, p. 43).

Según Franca Basaglia, 1983, el problema cultural que crea la identidad de las mujeres tiene que ver con la homologación de la naturaleza:

Si la mujer es naturaleza, su historia es la historia de su cuerpo, pero de un cuerpo del cual ella no es dueña porque sólo existe como objeto para otros, o en función de otros, y en torno al cual se centra una vida que es la historia de una expropiación. ¿Y que tipo de relación puede haber entre una expropiación y la naturaleza? ¿Se trata del cuerpo natural, o del cuerpo históricamente determinado? (Lagarde, 2005, p.25).

De hecho, Martínez y Paterna (2005) mencionan que desde Hipócrates hasta Napoleón el tener hijos se convirtió en parte imprescindible para la mujer, así adoptaba el lugar de persona útil. Luego, el valor como ser humano provenía de la maternidad transformándola a ésta, en parte esencial de la identidad femenina. Por ello, si la mujer no deseaba tener descendencia era considerada como un ser irracional y se le culpabilizaba por tomar esta decisión.

Por lo que Sau (1995) indica que a las mujeres se les han enseñado el amor sin condiciones, pierden su identidad y se entremezcla con el olvido de sí mismas, sumisión infantil y esa búsqueda constante de la maternidad promovida por la sociedad como el único destino válido para las mujeres. "... Su destino, más allá de su deseo, es la maternidad (p. 29).

Mucho de lo cual se debe a preceptos culturales, como el religioso que manda tener hijos "sólo quien tenga un hijo podrá entrar al cielo y permanecer allí siempre". Desde esta visión la mujer es considerada como renovadora y perpetuadora de la raza. Además, Deutsch (1960) menciona que la psique de la mujer contiene un factor que los varones no tienen, la "psicología de la maternidad" que se refiere a la complejidad de la conducta que existe en los seres humanos, la polaridad entre vida –muerte, el instinto de autoconservación y la tendencia maternal.

Por su parte, Echevarri (1997) indica que a ellas se les ha enseñado a vivir en función del otro ser. De hecho la identidad genérica depende en gran parte de la relación madre-hija, madre-hijo pues ella es el primer contacto con el mundo exterior. En especial la relación madre- hija supone una identificación con la madre, ya que pertenecen al mismo sexo. La niña se identifica con la madre y la madre se identifica con la niña; dándose un vínculo identificatorio que se dio con la propia madre de la madre.

Al identificarse desde pequeñas las niñas con la madre, la imitan jugando a ejercer el papel de ama de casa; ya que a lo largo de nuestra vida nos reconocemos a través de otros. Estamos en búsqueda de una identidad diferenciada de otros seres, auténtica, nos esforzamos por la autonomía, por la sexualidad; pero los inconscientes y más profundos sentimientos que obtenemos de nuestros seres más cercanos y de la sociedad, inevitablemente influyen en la forma en la que actuamos y vivimos (Castañeda, 1995).

“No descansarán y solamente nos sentiremos en paz, seguras de nosotras mismas, cuando hayamos cumplido con el glorificado “instinto” para el cual hemos sido educadas, a través de la imagen de nuestras propias madre, repitiendo: Tu no serás una mujer completa hasta que seas madre” (Friday, 1996, p.17).

Cada fémina a lo largo de su vida internaliza “su ser mujer” a partir de estas normas, prohibiciones, y deberes que de manera compulsiva la mantienen dentro o fuera del espacio normativo. Como menciona Lagarde (2005) la sociedad ha creado mujeres cautivas, cuerpos-para- otros, procreadores o eróticos, pero no ambos. Adultas con relaciones dependientes y políticamente inferiores a los varones, definidas filosóficamente como seres incompletos, cuerpos dispuestos a ser ocupados y dominados por los otros.

Por su parte Freud (1914) considera a la maternidad como una restitución narcisista, así, la diferencia sexual se realiza a partir de la falta o presencia de genitales masculinos. Precisamente, el género femenino esta dado por la capacidad de reproducción; así como del momento histórico en el que se vive. Ejemplo de ello es cuando el capitalismo utilizó a la mujer como fuerza de trabajo, así se fortalecieron las relaciones en la familia y la esposa- madre adquirió un rol central en el cuidado y educación de lo hijos. Obtuvo un status que antes no poseía, pero continuo inmersa en la vida domestica y el varón en el ámbito público. Así, se obtuvo un control en la sexualidad de las féminas, ya que esta se ejerce sólo en la vida conyugal y con fines meramente procreadores orientando a una nueva subjetividad del maternaje y controlándolas no sólo desde el ámbito familiar sino ahora desde la medicina y psiquiatría (Fernández, 1992).

De tal manera, la maternidad es una institución preescrita para las mujeres, de hecho las feministas por largo tiempo la vieron como piedra angular de la división sexual, en

donde ellas quedaron recluidas al ámbito familiar, privado y personal debido a su capacidad reproductiva y los hombres en la esfera pública; siendo la maternidad el núcleo de la identidad femenina.

“El cuerpo femenino, dice Victoria Sau, 1991, confina a la mujer al mundo de la naturaleza en la medida en que ella no decide sobre sus procesos biofisiológicos” (Sánchez Bringas, 2003, p. 14)

Es por ello que algunas mujeres encuentran dificultades al hablar sobre la maternidad, en especial aquellas que han decidido no tener hijos. Algunas investigaciones, como la de Costa, Hillesheim, Dhein y Lara (2005) reportan que ellas tratan de justificar la no maternidad: “no, no quiero tener hijos, me basta con los niños del lugar donde trabajo”; “no quiero tener hijos, pero me gustan los niños”; “no tengo hijos porque tengo mucho trabajo, pero me gustan los niños”. Aun hoy en día se sienten forzadas a explicar el ¿por qué? de la decisión que tomaron, como si fuera el destino y no una opción que tienen como mujeres.

También, aparecieron otros estudios en donde la maternidad se explica como una experiencia cotidiana, compleja y subjetiva; Sánchez Bringas (2003) expone el deseo de la maternidad como resultado de la construcción de la identidad de género femenina, en donde se reproduce la institución de la maternidad desde la subjetividad a través de la identificación con la madre en el contexto familiar patriarcal.

Por otro lado, Araujo (2002) indica que al abordar lo femenino desde arquetipos, la mujer se encuentra representada por imágenes míticas como guerreras, cazadoras, seductoras y hechiceras; pero la más significativa es la diosa madre, arquetipo psicológico y mitológico más complejo en el cual se cristalizan algunas ideas como: la vida intrauterina, relación madre-hijo y el principio instintivo del origen de la humanidad.

1. 5 Subjetividad femenina

Castañeda (1995) habla de la identidad como un proceso de construcción-deconstrucción, en donde la edificación de la identidad genérica conlleva un proceso largo y complejo que forma a seres únicos. En este proceso siempre se van a ver involucrados grupos- individuo, individuo y sociedad. Por ello se recurre a la subjetividad, como un concepto que ayuda a entender estas relaciones.

Entendiéndose por subjetividad: la particular forma del sujeto de concebir su vida y su experiencia vital; se observa a la subjetividad e identidad como procesos conjuntos que se dan a nivel individual y colectivo conformando grupos sociales, a través de la identificación y semejanzas. Desde la antropología de la mujer y los estudios de género la subjetividad femenina recibe especial atención; pues, la elaboración que hace cada mujer de la vida depende de la condición genérica a la que se le atribuyen características socioculturales que determinaran su situación vital (Castañeda, 1995).

Así, la condición genérica nos permite entender la conformación de la identidad de las mujeres, ya que todas ellas comparten circunstancias similares que las definen como un ser social y cultural genérico. Precisamente, se desprende que la identidad femenina es diversa, dinámica, histórica y determinada por el momento específico de la vida de las mujeres, pero ante todo del período histórico- cultural en que se encuentran. Por lo que la construcción de la subjetividad femenina ha sufrido transformaciones a lo largo del tiempo.

A partir de la Revolución industrial, las familias se comenzaron a constituir de distinta forma, dado que la subjetividad femenina se orientó hacia los roles familiares y domésticos. Haciendo que las mujeres se centraran en el cuidado de los niños y hombres (padres, hermanos, esposos); junto con este proceso se dieron ciertas prescripciones de corte "moral, familiar y maternal", en donde ellas tenían que ser emocionalmente receptivas y la amorosidad, generosidad, altruismo, entrega afectiva garantizaban que los papeles asignados fueron cumplidos. Precisamente así se configuraron los roles de género específicos: rol materno, rol de esposa, rol de ama de casa (Burín, 1998).

Concibiéndose la identidad y subjetividad como macroconceptos que intentan explicar la realidad compleja y contradictoria desde la vida cotidiana que parte de procesos de

afirmación de los sujetos. Asimismo la subjetividad femenina se sigue construyendo a partir de las experiencias y crisis que viven las mujeres (Castañeda, 1995; Burín, 1998).

Por su parte Alcoff, 1983, mencionan que gracias a la identidad de género los sujetos se reconocen y pertenecen a un grupo es decir a un género específico que orientara y articulara sus experiencias a lo largo de la vida (Martínez y Paterna, 2005).

Considero que los hombres y las mujeres confieren significados a sus experiencias desde su subjetividad (particularidad, historia personal) y con toda la diversidad del pensamiento humano; de ahí que en las experiencias de transformación se hará un aspecto de diversidad y creatividad de significados culturales (Sánchez-Bringas, 2003, p. 30).

1.6 Identidad de género y cáncer ginecológico

La manera en que vivimos la aflicción, así como la manera en que nos enfrentamos a una enfermedad grave, esta condicionada en gran medida por las actitudes de la sociedad, así como por nuestras propias tradiciones personales
Jimmy Holland y Lewis, 2003, p. 1.

El tema de la identidad de género juega un rol importante al abordar este tipo de problemática; ya que el cáncer se ha vuelto un problema de salud pública. En especial cuando es una mujer quien lo padece, ya que la multifactorialidad del cáncer cobra especial significación. El enfermar de las mujeres esta íntimamente ligado a su calidad de vida y a diversos factores como: la violencia intrafamiliar en su niñez, el miedo y el enojo que estas situaciones provocan, tristeza durante el embarazo, mala alimentación, la condición de inferioridad e insatisfacción que viven a lo largo de sus vidas, la doble jornada laboral son algunas causas que desequilibran el cuerpo y terminan por minar la salud (Alanis, 2008).

Aunado a esto, los aspectos socio -culturales asociados a esta enfermedad (“una larga y penosa enfermedad”) hacen que continúe siendo vista, por la mayor parte de nuestra población, como una patología de pronóstico sombrío, mutilante, costosa desde el punto de vista económico, dolorosa a nivel de pareja, compleja a nivel familiar y una amenaza permanente, según el caso, tanto para las sobrevivientes, como para los familiares de estas (Rojas- May, 2006).

Por su parte Calderón (2010) menciona que muchas de las enfermedades presentadas en mujeres tienen relación con sus funciones reproductivas, puesto que las necesidades de salud que presentan tienen características especiales que se vinculan a la función sexual y reproductiva. “La mujer no es un útero, pero tiene útero” (p.26). Cabe mencionar que la perspectiva de género en salud permite visualizar la inequidad entre hombres y mujeres, y por tanto realizar intervenciones adecuadas a las necesidades de cada sexo.

Como ya se mencionaba ser mujer tiene implicaciones específicas en la salud: poseer un sistema reproductivo complejo, vulnerable a disfunciones o enfermedades, que trascienden el antes y el después del periodo atribuido a la vida reproductiva. La disposición genética, los condicionantes hormonales, los comportamientos y estilos de vida derivados del género influyen de manera determinante en las diferencias en la manera de enfermar en relación a los hombres. Además, por ser mujeres están expuestas a disfunciones sociales que afectan su salud física.

El cáncer es una patología con una gran carga de significados, la localización, signos y síntomas determinara la manera en que enfrenten la enfermedad, ya que cuando el órgano dañado tiene connotaciones suplementarias como la mama, ovario, útero, testículos, entre otros relacionados con la sexualidad los temores se acrecentan y a partir de esto, valoraran la amenaza, daño o pérdida que sufrirán (Benito y Vidal, 2008).

Holland y Lewis (2003) nombran algunos de los problemas que se encuentran en personas con tumores ginecológicos:

1. Sentimientos de soledad. Debido al estigma asociado a cáncer ginecológico, la paciente se siente violentada al tener que contárselo a su familia o amigos cercanos, ya que muchas de ellas se sienten incómodas al saber que la gente especulara sobre las consecuencias sociales así, ellas se alejan.
2. Problemas sexuales. Uno de los principales miedos es ¿Qué sucederá con mi vida sexual? Aunque no lo reconozcan las mujeres se preocupan por los cambios que se den en su vida sexual. Alarmadas por la satisfacción y aceptación de su pareja.
3. Infertilidad. Algunos tratamientos tienen como resultado la infertilidad y aunque existen otras opciones para tener hijos, las mujeres enfrentan un enorme desafío emocional al perder la capacidad de tener hijos biológicos. Por lo que éste es el principal aspecto que se tocará en esta investigación.

Asimismo, el cáncer está asociado a graves e inevitables dolores, desfiguración e incapacidad, rechazo social e incluso censura moral. Luego, en estos tipos de cáncer, en donde el tumor maligno se localiza en los órganos sexuales; la intervención o tratamientos son vividos como un ataque a la base de la femineidad e integridad corporal; ya que estos cumplen una función reproductora “símbolo de la femineidad” e imprescindibles para la

auto-imagen de la mujer volviéndose fundamentales en la vida social y de pareja” (Rial y Seifert, 2005).

Las neoplasias están asociadas a un largo proceso de enfermedad en donde las personas se vuelven dependientes, presentándose un alto grado de invalidez y gran sufrimiento. En tanto que la vulnerabilidad se vuelve factor clave en el transcurso de la enfermedad ya que el cáncer es como una caja de Pandora. Por lo que al enterarse de este padecimiento muchos de los problemas que ya estaban, se hacen latentes y lejos de unir a las familias las termina fragmentando. Haciendo sentir a la paciente castigada por los errores del pasado. Aunado a esto muchas personas lo asocian con una muerte horrible y tremendamente dolorosa; temen fallecer humillados y dominados por el miedo, mutilados o amputados de alguna parte de su cuerpo.

Además, Sontag (1996) sugiere que el miedo y los mitos que rodean a esta enfermedad son variados desde: que es una patología infecciosa que invade al cuerpo hasta que es un padecimiento misterioso que transgrede los cuerpos de los enfermos. Así, las metáforas que ilustran su significado están vinculadas a procesos siniestros y es visto como un crecimiento anormal de células, invasor. El cáncer se volvió simbólicamente hablando un bárbaro dentro del cuerpo, usándose el lenguaje de las guerras para explicar su evolución, el cáncer “invade” es decir se vuelve el enemigo contra el que se va luchar. De hecho, en el Oxford English Dictionary la palabra “cáncer” esta definida como aquella que corroe, corrompe o consume lenta y secretamente (Calderón, 2010).

Desde las etapas más tempranas se refieren a éste como un bulto o protuberancia. Hasta la definición cáncer que proviene del latín y significa cangrejo ha llevado a pensar que esta enfermedad se arrastra como estos crustáceos, siendo que se adjudicó este nombre por el parecido que tienen las venas hinchadas de un tumor externo a las patas del cangrejo. En la mitología la causa del cáncer es la fuerte represión de sentimientos. Wilhelm Reich, 1933, define al cáncer como “enfermedad que nace de la represión emocional” (enfermedad de la energía inexpresada/ sentimientos anestesiados), así se perpetua el mito de que el cáncer es causado por las personas que lo padecen (Sontag, 1996).

Por su parte Benito y Vidal (2008) mencionan que esta enfermedad es vivida como una transgresión al cuerpo vivido, causando escándalo en las familias: el empleo, las posibilidades de un futuro se ven aniquiladas por la neoplasia. En algunas ocasiones esta patología es sólo un “nombre escrito en un papel” ya que en etapas tempranas no existe ningún síntoma y suele descubrirse por casualidad en algún examen de rutina. Por lo que los pacientes se vuelven incrédulos y les cuesta más trabajo aceptar la realidad.

Por otro lado la sociedad le ha asignado significados al cáncer como: “enfermedad/castigo” o “enfermedad /maldición”, provocada por faltas o negligencias ligadas a normas religiosas o médicas. De hecho, Laplantine (1999) menciona que el cáncer es visto como el mal, es el mal en sí mismo, llena de vergüenza pero sobretodo colma de culpa a las personas que la padecen. Muchas pacientes que han perdido el cabello durante algún tratamiento de cáncer ven mermada su autoestima; luego, al verse al espejo ya no se ven igual, se ven enfermas, dado que presentan marcas externas como internas, que hacen que no se acepten.

Además, Goffman (2006) menciona que el cáncer estigmatiza a las personas, al ser visto como algo malo las personas desacreditan a los enfermos de diversas formas; este autor menciona tres tipos de estigmas:

1. Cuerpo: deformaciones físicas o abominaciones del cuerpo.
2. Defectos del carácter como: perturbaciones mentales, adicciones, intentos suicidas y conductas políticas extremas.
3. Estigmas tribales que se refieren a aquellos que están vinculados con la raza, religión o nación y que son transmitidos de generación en generación.

La mayoría de estas creencias han surgido a lo largo del tiempo, creadas principalmente por las personas que han tenido una experiencia con algún familiar o amigo cercano; ya que a lo largo del proceso los pacientes van sufriendo cambios debidos a la enfermedad pero también a los tratamientos que en algunas ocasiones resultan muy invasivos y peligrosos para la integridad de los individuos.

Ahora bien, el cáncer de tipo ginecológico es experimentado como un castigo ante conductas varias y se le atribuyen violaciones de orden moral o religioso, ante la imposibilidad de explicaciones convincentes; mucho de esto apoyado por las actitudes de

los expertos en la salud. Así como el lenguaje con el que se hace referencia al cáncer, sus procesos y sus tratamientos, suele manejarse en términos de posesión diabólica: es “benigno o maligno”, lo que lejos de favorecer la percepción de quien lo padece, le produce un incremento en sus temores y fantasías persecutorias (Calderón, 2010).

Además, a lo largo del proceso salud- enfermedad se identifica una pérdida de la cotidianidad. La vida diaria y su normalidad se ven bruscamente interrumpidas por la detección de la enfermedad y por la gravedad del diagnóstico: nada será igual después del cáncer. Se presenta la urgencia de reorganizar la familia para garantizar que las cosas funcionen; y cada uno de los miembros reacciona con los recursos particulares que tiene en su estructura de personalidad.

Sin embargo, algunas pacientes manifiestan que se sienten rechazadas y sucias: el padecimiento no sólo es peligroso sino se vuelve una “enfermedad vergonzosa”; los estereotipos de “la mujer buena” quedan en entredicho y se destapa la posibilidad de ser o haber sido “mala” y el castigo es quedar “vacía, hueca ya no servir como mujer” (Sontag, 1996).

Aunado a esto las pacientes viven diversas situaciones desde: ser vistas con repudio en la calle, las miradas se centran en ellas, las tratan como si tuvieran una enfermedad contagiosa alejándose. En el transporte algunas personas evitan sentarse cerca de ellas y hacen comentarios desagradables acerca de su condición. Algunos amigos y familiares las evitan u ocupan medidas descontaminantes para esa enfermedad que creen “infecciosa”.

Por ello, las pacientes se sienten responsables de padecer esta enfermedad. Los médicos y familiares las culpabilizan y juzgan. Por lo que continuamente las pacientes se hacen preguntas: ¿Por qué a mí? ¿Qué hice para que me pasara esto? (Queriendo decir “no es justo”). Siempre en busca de respuestas que les hagan entender y vivir de otra manera la situación por la que están pasando.

Si bien, todas las metáforas que se han impuesto al cáncer exponen la falta de profundidad en la forma en que enfrentamos la muerte, las angustias, la negligencia, la incapacidad de construir una sociedad tolerante. La solución esta en rectificar e informar

acerca de los procesos que se van a vivir a partir del diagnóstico; desmitificando las vagas ideas que se tienen sobre esta enfermedad (Sontag, 1996).

De tal manera Sebastian. et. al (2007) menciona que los pacientes que se ven sometidos a múltiples tratamientos como: la quimioterapia o radioterapia, repercuten en la imagen corporal, libido y en su fertilidad. La pérdida de pelo que experimenta la mayoría de las mujeres que recibe quimioterapia puede ser muy traumática. Al mismo tiempo, muchas mujeres cuando reciben este tratamiento entran en la menopausia terapéutica, es decir provocada por los medicamentos, sobre todo si estaban cerca de ella en el momento del proceso y aunque ya no deseen tener hijos, pueden experimentar el climaterio como una pérdida significativa de su feminidad y tener más problemas con su imagen corporal. Asimismo, la quimioterapia o las terapias hormonales pueden disminuir la libido y causar sequedad vaginal, esto a menudo provoca un descenso significativo de su actividad sexual.

Otro tipo de tratamiento es el quirúrgico, principalmente la histerectomía, operación en la que se extirpa el útero y la cual produce diversas reacciones psicológicas, que pueden ser divididas en 3 fases:

1. Conmoción, incredulidad o incluso negación: En esta fase existen sentimientos de culpa y miedo intenso ante la intervención quirúrgica; aunada a la pérdida de confianza en si mismas.
2. Depresión: generalmente se da después de la cirugía, ya que la posibilidad de reproducirse es nula, por lo que viven un duelo en solitario, la “pérdida de su femineidad”.
3. Aceptación y conformidad: en esta etapa las mujeres han elaborado el duelo y admiten la situación que están viviendo.

Además, Holland y Lewis (2003) mencionan que la cirugía se sigue considerando el mejor tratamiento, porque se “extirpa” el cáncer. Aun así los pacientes se sienten aterrorizados al pensar que un cirujano les explorara el interior de su cuerpo y extirpara una parte. Por lo que mencionan algunos efectos secundarios psicológicos:

- La relación con el cirujano: es fundamental encontrar a un médico al que se tenga confianza. Aunque la mayoría de los cirujanos mantienen cierta distancia emocional, lo importante es percibir que el médico tiene control sobre el problema y sabe qué hacer. Aunque muchos pacientes se sienten decepcionados no sólo por los resultados del tratamiento convencional, sino también por la forma en que se les ha comunicado el diagnóstico de una dolencia redimible de forma cruel y superficial, descrito posteriormente un porvenir aterrador con amable seguridad. A menudo estos médicos no son conscientes de los efectos secundarios y no están preparados para tener en cuenta que tratan con seres emocionales (Gordon, 1997).
- La preparación para la cirugía: el saber el día y la hora de la intervención es una situación angustiante, muchas personas son capaces de dejarlo a un lado, pero otras puede vivir la situación como una agonía.
- Miedo a la anestesia: este tipo de miedo, se puede convertir en una fobia, ya que las personas asocian el hecho de dormir con la muerte y expresan “tengo miedo de no despertar”.
- Miedo a la operación en sí misma: la mayoría de las personas piensan que su cuerpo va a permanecer intacto, la pérdida de funciones requiere un gran esfuerzo para adaptarse a la nueva situación.
- Recuerdos espantosos relacionados con la cirugía: en algunos casos los pacientes puedan recordar algún caso en su familia lo que las lleva a presentar trastorno de estrés postraumático que afecta la capacidad de seguir adelante con el tratamiento, por lo que es necesario buscar ayuda psicológica.
- Miedo al dolor: muchas pacientes presentan un intenso temor a sentir dolor tal vez por experiencias anteriores o por anécdotas que les cuentan en el mismo hospital. Es importante que el personal médico les explique que si sienten dolor les pueden aplicar bloqueos epidurales que disminuirán o eliminaran el dolor.

- Miedo a volver a casa: actualmente por la estructura económica las pacientes son dadas de alta el mismo día o al siguiente de la operación. En consecuencia los familiares se sienten alarmados y consideran que muchos de los cuidados que los pacientes necesitan no los saben realizar como drenar o curar las heridas de los enfermos. Es importante que los familiares hablen con el personal médico para que les expliquen los procedimientos o para que la paciente se quede unos días más hasta que se sientan listos para cuidarlos (Holland y Lewis, 2003).

De tal manera, la histerectomía provoca efectos antes, durante y después de esta, entre los que cabe citar: alteraciones sexuales, cambios en la imagen corporal, infertilidad y en muchos casos menopausia. Tanto el cáncer como los efectos a los tratamientos a los que son sometidas las pacientes frecuentemente provocan cambios hormonales, sexuales, reproductivos; así como alteraciones psicológicas y sociales (González, 2008).

Por lo que Olivares (2004) indica que la cirugía ha sido un tratamiento de choque para una gran variedad de patologías oncológicas. Para muchos pacientes esta es la única opción para salvar su vida o reducir el dolor que llega a ser incapacitante; aunque los resultados son positivos, esto no impide que la cirugía sea vista como un evento vital estresante, llegando a tener efectos psicológicos y materiales negativos, que también son experimentados por familiares y amigos. De tal manera, la cirugía conlleva múltiples riesgos como la muerte, dolor, desfiguración, pérdida de: identidad, funcionalidad y de roles sociales.

Más allá de los cambios positivos o negativos en la salud mental, la histerectomía es un evento que provoca en las mujeres un cuestionamiento acerca de su sexualidad y su condición femenina y existen algunas consideraciones desde el ámbito de la salud mental que se deben tener presentes al analizar esta situación: toda aquella intervención que represente un “asalto al cuerpo”, particularmente la referida a órganos o partes con fuerte carga simbólica, tales como órganos reproductivos, que representan una zona tabú en especial en el cuerpo femenino; modifican en alguna medida la autoimagen y autoestima de las mujeres (Desmond, 2005).

Precisamente, tras la intervención y agresión de los tratamientos la paciente no responde sexualmente, el modo de conducirse, la manera de vestir, el lenguaje, los

gestos, la conducta en general cambian, sienten miedo a sí mismas, vergüenza, luego no se reconocen, evitando todo contacto sexual, apareciendo conductas disfuncionales como frigidez.

Se vive una desexualización que ocurre como consecuencia de la intervención quirúrgica y de los distintos tratamientos, asimilando una nueva sexualización del cuerpo que resulta básica para preservar la identidad del yo. La mujer puede interpretar la intervención como una castración de su sexualidad, una ruptura de su papel femenino y de su esperanza de maternidad. La incompreensión de su futura femineidad suele dar cuenta de la aparición de sentimientos de amargura, resentimiento, timidez y de elevada sensibilidad ante la crítica (Rial y Seifert, 2005).

Asimismo, el sentimiento de que fue dañada puede dar lugar a que inconscientemente exija una compensación de los daños sufridos, creando una excesiva dependencia o sobreprotección de su familia, que perjudica su rehabilitación en tanto mujer. Por lo que es importante que exista una estrecha relación psíquica y emocional entre la paciente y que su pareja constituya el antídoto más eficaz para superar el bloqueo sexual y la angustia de desesperación. Si bien cuando se descubre el cáncer, el primer interés es la supervivencia, se producen un sin fin de problemas emocionales como: el miedo a la castración, la ansiedad producida como consecuencia de la creencia del rechazo de la pareja, la pérdida del atractivo, entre otros.

De hecho, al hablar de que los conflictos que experimenta la mujer al perder los órganos sexuales femeninos, se habla del temor de hacer frente a las respuestas de otros, en especial de la pareja y más en el caso de ser joven. El dolor al rechazo aumenta en la intimidad, no solo el miedo al rechazo en forma de desprecio, sino también el rechazo en forma de piedad, este último en especial lleva implícita la creencia de que la mujer ha sido disminuida realmente, lo que refuerza aun más su fantasía de creerse incompleta, es decir destruye aun más su autoestima (Rial y Seifert, 2005).

Efectivamente, Brito, Glaser y Pellegrini (2005) mencionan que las mujeres hysterectomizadas reorganizan su identidad de género, ya que el cuerpo no es sólo un hecho biológico sino es una idea histórica de los seres humanos. Debido a esto el cambio

vivido en su cuerpo no permite una rápida articulación de la femineidad a partir de la no-maternidad.

Además, se puede observar que en la mayoría de las culturas, la maternidad ha sido parte fundamental en la preservación de la especie, en especial en las culturas latinoamericanas la concepción constituye uno de los ejes de la identidad femenina, cualquier evento que afecte esta dimensión, vulnerará también aspectos centrales de la definición que las mujeres hacen de sí mismas y pues la mujer ha sido situada en un papel de reproductora, o como lo menciona Levi-Strauss (1985, p.34):

... “Son sujetos atravesados, donde pareciera que lo únicamente significativo de ella ocurre en su interior y nunca al exterior”.

Aún en esta época la maternidad es el trabajo más importante para una mujer, es un compromiso vital; no existe duda alguna de que la femineidad, como capacidad de engendrar, ha sido considerada desde siempre como una potencia sagrada, en todos los pueblos se encuentran ritos de fertilidad, en los grandes sistemas religiosos aparecen deidades femeninas. La propia Virgen del cristianismo se define como “Madre de Dios” y se representa como una divinidad materna.

El propio útero se halla presente en la mitología, ritos, procesos de iniciación, entre otros. Pero en la historia se yergue el tótem fálico del patriarcado, dejando a la mujer como una vasija, un recipiente. Retorna la influencia del pasado, las creencias y la educación de nuestras familias en lo que corresponde al útero y resulta lógico: si yo considero, si me han enseñado a creer que mi esencia y “el fundamento de mi personalidad femenina y en consecuencia, también mi forma de pensar, es el útero, si me quitan el útero, me quitan, a la vez, el cerebro, me hacen volverme loca” (Leonelli, 1995, p. 151).

Y las mujeres añaden: “es el órgano por el que las mujeres razonan; el útero me hace perder la memoria, el útero provoca trastornos emocionales”; la histerectomía es el inicio de una serie de desgracias: “Sin útero me sentiré muerta” (Leonelli, 1995).

Esto es perjudicial, ya que notamos que cuando la mujer sospecha que puede tener cáncer suelen tener mucha dificultad para manejar esta situación, lo que produce retraso en la consulta y obtura la posibilidad de un diagnóstico precoz. La esperanza de vida de una persona con proceso neoplásico depende del momento en el que se efectúe el diagnóstico. Si este es precoz, las posibilidades de curación son máximas.

Por su parte, Araujo (2002) indica que la proyección de la mujer siempre se ha dado en función de la maternidad como escena constitutiva de “ser mujer”, coronada esta idea por actitudes coherentes como la ternura y el sacrificio que son inculcados en la mujer por un orden cultural y por la madre quien fue educada de la misma manera. Existen mujeres que callan y guardan en secreto que han sido sometidas a una extirpación de matriz y por lo mismo se sienten menos mujeres, mujeres vacías, ellas pierden su identidad.

Del mismo modo, esta experiencia traumática conduce a un proceso de represión: psicológica y sexual, en donde aparecen sentimientos de culpa asociados al valor simbólico de la función perdida, del cuerpo, de la pareja y del ser madre. La frustración es total, hiere lo más profundo de la sexualidad femenina. Todo esto acompañado de un temor constante frente a la posibilidad de una recidiva del proceso neoplásico.

“La intervención quirúrgica es un atentado contra el narcisismo de la mujer, su cuerpo es un mediador complejo, soporte de las relaciones psicomotoras, del modo de ser en los actos creaciones y producciones, el cuerpo es el lugar de la identidad de cada uno, por ello es posible que sea considerado bello o feo, adaptado o no por la mujer que lo vive en la realidad, de ahí que la intervención pueda producir alteraciones profundas en la personalidad. La preocupación de llamar la atención de los otros, especialmente de los hombres queda anulada tras la intervención quirúrgica que conlleva la pérdida de función” (Rial y Seifert, 2005 párr. 5).

Asimismo, Rial y Seifert (2005) comentan que la matriz es expresada como parte importante del cuerpo de la mujer y tiene gran relación con la identidad de género femenina. De esta manera, el valor que se tiene como mujer deriva de la capacidad de tener o no hijos. “La paciente tiene que añadir al trauma del cáncer el hecho de verse inutilizada en sus partes más significativas en tanto mujer” (Rial y Seifert, 2005, párr. 10)

En especial, en las mujeres dado que la “femineidad” concebida desde el espíritu patriarcal hace de las mujeres objetos reproductores, personalidades dependientes con modalidades infantiles y súbditas adoradoras de modelos jerárquicos. Luego el aprendizaje heredado de generación en generación se filtra por los intersticios de la trama social, como señala Foucault (Como se citó en Coria, 2004, p. 165): “Condiciona a las hembras de la especie humana a perpetuar los poderes antisolidarios y discriminatorios de esas culturas”.

Según Freud (1932) las mujeres sufren la envidia del pene y si quieren resolver sus problemas, tienen que renunciar a ese sueño y contentarse con hacer niños, pues un hijo es interpretado como el pene femenino por excelencia, o sea, como su único poder. De tal manera, un embarazo se convierte en un llenado del vacío; ya que, este autor considera incompletas a las féminas, pero, ¿será verdad que las mujeres se sienten vacías por la falta de pene o es la sociedad la que manda mensajes implícitos de una maternidad obligada? ¿Es la maternidad hoy una elección o una obligación marcada por la humanidad? ¿En verdad los hijos complementan la vida de las mujeres o será que al no sentirse plenas hoy muchas féminas han decidido tomar las riendas de su vida y realizarse en otros ámbitos?

La psicóloga Cristina Medina (Como se citó en Leonelli, 1995) ha realizado estudios sobre los efectos psicológicos de la histerectomía, recogió algunas expresiones empleadas por las mujeres:

“Ya no seré mujer”, “me sentiré vacía como una caña”, “seré como un pozo vacío”: estás afirmaciones son de mujeres que se hallan a punto de que se les vaya a efectuar una histerectomía, la extirpación quirúrgica del útero.

Nos hallamos frente a las creencias de la antigüedad y prejuicios de la ciencia antigua, medieval y moderna. Pues los médicos, los ginecólogos definen “científicamente” “la histerectomía como un vaciamiento y cuando la proponen con frecuencia dicen: “Señora, tenemos que sacárselo todo”.

Todos hemos tenido la experiencia de perder algo de nuestro cuerpo un diente, el apéndice o conocemos a alguien que le han extirpado algún órgano. Nadie está contento

cuando sabe que pierde algo, una parte de su cuerpo. Sin embargo, jamás se le ocurriría decir a un hombre “no volveré a ser hombre” salvo que vea en perspectiva la posibilidad de castración.

Por lo general, estos cambios remiten a la pérdida de una parte sustantiva de la anatomía femenina, ligada a eventos importantes en la vida de las mujeres tales como menstruación, embarazo, sexualidad y maternidad. Toda pérdida conlleva un duelo, vivido con mayor o menor intensidad según la importancia personal atribuida a aquello que falta (Ahumada, Aliaga y Bolívar, 2001).

Por ello, Leonelli (1995, p. 144) menciona: Si descubrimos el valor y la importancia de un objeto en el momento que lo perdemos, vemos que la amputación del útero constituye una verdadera tragedia, es la desesperación por la pérdida de nosotros mismos, pues el útero es desde hace mucho tiempo del sexo femenino, el centro de la feminidad.

De tal manera, el entender la maternidad de esta forma conlleva fuertes repercusiones en la identidad femenina: si se es madre se tiene que cumplir con todas las obligaciones que marca la sociedad pero si no se es madre entonces “...Hay que cargar con esa culpa social durante toda a vida, pues se es una mujer carente, incompleta” (Castañeda, 1995, p. 15).

Así, las consecuencias mencionadas con anterioridad derivan de este paradigma y han sido analizadas desde la perspectiva de género, tanto sus implicaciones psicológicas, históricas, jurídicas y antropológicas, nos permiten comprender el impacto subjetivo que la remoción del útero puede tener para las mujeres, aún cuando hayan cumplido con su tarea reproductiva (Ahumada, Aliaga y Bolívar, 2001).

CAPITULO 2. LA MUJER Y SU CORPORALIDAD

2.1 Cuerpo

*“El cuerpo del que se habla, el que se muestra
y el que se libera..., no es el de la vida cotidiana,
diluída en la trivialidad de todos los días.*

*Si el nuevo imaginario del cuerpo tiene efectos menores
sobre la vida cotidiana, éstos conciernen
más al imaginario que al cuerpo vivido”*

Le Bretón, 1995 p. 125

A partir de Descartes (2004) el cuerpo se consideró como una máquina conformada de órganos, sangre, venas y piel; separado de la mente. Es decir el cuerpo quedó fragmentado, por un lado el cuerpo y por otro lado la razón como algo incapaz de fundirse como algo único. Entonces el cuerpo se comenzó a entender a través de diversos mecanismos que se dan dentro de él; partiendo de este paradigma las prácticas médicas se consolidaron tomándolo como base y tratando a las enfermedades como desajustes en mecanismos específicos.

Sin embargo, Schnake (1995) indicó que el cuerpo de las personas se encuentra conectado, que era un error ver al cuerpo como una máquina. Él lo consideraba de otra manera, se dio cuenta de la importancia de la conciencia, entonces las alegrías, los sufrimientos y en sí las vivencias de los seres humanos influían en los cuerpos dejando al lado el paradigma cartesiano- newtoniano en donde se estudiaba al hombre como dos entidades separados cuerpo- mente. Aunque actualmente en el campo de la medicina cada vez se ha dividido más el cuerpo, y dentro de la consulta las personas se vuelven informantes y el personal médico los conocedores del cuerpo y de las patologías.

Le Bretón (1995) menciona que el cuerpo esta conformado por simbolismos, que se dan dentro de la cultura no es un antecedente sino el resultado de la interacción y del sentido mismo que la persona le da, es decir determina los límites pero también las libertades. Mucho de esto basado en los medios de comunicación; por lo que las personas están en una constante búsqueda de modelos que suplan cosas más importantes, como los sentimientos.

Entonces, el cuerpo se vuelve un espacio de realidad que nos recuerda que no somos omnipotentes, que tenemos sentimientos y debilidades, es decir, cada día el cuerpo evidencia que en algún momento moriremos; el cuerpo nos hace ser seres únicos separados de los animales, nos hace identificarnos en un colectivo que manifiesta una parte objetiva y subjetiva que conforma la vida misma. Así el cuerpo nos ayuda a comunicarnos con el exterior y adquirir nuevas experiencias que interiorizaremos como parte de la vida cotidiana desde el inhalar aromas hasta el mínimo roce de la piel con otro, nos llevan a un cambio invariable y por tanto el cuerpo esta en constante progreso; el cuerpo nunca es el mismo, siempre esta evolucionando y es aquí donde la subjetividad se entremezcla para conformar la existencia de las personas (Pérez, 2007).

Es por ello que la noción que se tiene actualmente del cuerpo es de un ser individual, la colectividad se ha perdido; el cuerpo es la imagen de uno mismo, fungiendo como un límite fronterizo que individualiza, de tal manera en estos tiempos se está viviendo un repliegue en sí mismos; en especial en la cultura occidental el cuerpo es un “factor de individuación” al perderse el arraigo y la solidaridad dentro de la comunidad. Es lo único que queda.

Por su parte Aguilera et. al. (1998) menciona que la construcción social del cuerpo está determinada por el momento histórico como elemento definitorio para la identificación de la forma de vivir y sentir lo corporal en cualquier cultura. De hecho, el cuerpo humano es un receptor de la cultura, es fruto de ella, a partir de éste, se hacen las ideas de otros y se vuelve factible construir un cuerpo como modelo único. El cuerpo se vuelve una posibilidad; como dijera Marcel Gauss (Como se citó en Aguilera et. Al, 1998): “es un instrumento tecnológicamente muy avanzado “.

En especial en la cultura occidental, la existencia del cuerpo en la sociedad se vuelve una dificultad al interactuar a través de él y con él, la actitud que las personas tienen en los diferentes ambientes como en el transporte, el rechazo de ser tocados o tocar a alguien, o la incomodidad que se siente cuando a una persona se le escapa una manifestación del cuerpo, que generalmente se evita por “educación” (eructo, ruido en el estomago, entre otros). En estos rituales en donde se pierde el control el cuerpo se vuelve una molestia, entonces el cuerpo se torna un misterio, no se le comprende ni se sabe como tratarlo, surge un profundo malestar, que pone al cuerpo en evidencia. Así las

interacciones sociales están reguladas por la interacción que se da en determinados lugares pues, en algunos se puede permitir que se realice ciertas actividades, pero en otros puede provocar vergüenza. Por lo que Le Bretón (1995, p. 127) menciona: “Las interacciones se siguen produciendo protegidas por el borramiento ritualizado de las manifestaciones corporales”. Por ello, Desmond (2005) señala que los genitales han sido borrados, rara vez se mencionan dentro de la sociedad; de hecho, a lo largo de la historia se han hecho grandes esfuerzos por suprimir esta parte del cuerpo. Así, el mostrar el cuerpo se volvió un delito, a menos que las personas sean exhibicionistas esta parte del cuerpo está reservada para los compañeros sexuales.

Asimismo, Alanis (2008) menciona que el cuerpo es receptor dentro de la cultura, desde los discursos hasta las representaciones son parte importante en la conformación de este, la manera de vestirse, de actuar en un lugar distinto de otro constituyen el entramado de relaciones. El cuerpo se conforma a partir de la sociedad y de las clasificaciones: hombre- mujer, salud- enfermedad entre otras, que dotan al cuerpo de un significado propio que repercutirá en la cultura como la cultura repercute en él; entonces, el cuerpo actual, es aquel que está edificado pero también destruido, pues es un cuerpo vivido (Pérez, 2007).

Justamente, podemos observar que la clase social determina la manera de actuar en diversas situaciones; referente a la práctica médica las personas con nivel socioeconómico alto atienden de manera pronta las sensaciones de su cuerpo, mientras que las personas de clase baja postergan el asistir a los servicios médicos.

Muchas veces debido a la precariedad de los servicios médicos en México, ya que cada vez los profesionales cuentan con menos tiempo para atender a los pacientes, que esperan horas en una sala de espera para sólo ser vistos por lapsos cortos y salir más confundidos pero con la firme esperanza de que la receta que llevan en manos les va a aliviar sus males.

Sin embargo, el hecho de ver de esta manera la enfermedad, sólo lleva a las personas a abandonarse de forma pasiva, esperando a que el médico le recete o le instruya sobre los tratamientos que debe seguir, sin hacer ningún esfuerzo por mejorar. Sólo aceptando de forma pasiva que el otro lo cure del mal (Le Breton, 1995).

En efecto, no es de sorprender que los pacientes vuelvan con recurrencia. Además, es importante mencionar que cada parte de nuestro cuerpo tiene ciertas características que son propias de la personalidad. Por ejemplo: si una persona es muy enojona se le manifiesta colón irritable, entre otras... de tal manera el enfermar de las mujeres esta muy relacionado con el aparato reproductor pues lo han dejado olvidado, por años lo ignoran no lo conocen y mucho menos osan hablar de él es, algo oculto, intimo. A pesar de lo terrible que es enfermar de cáncer, esta situación o crisis se vuelve una oportunidad para reencontrarse con su cuerpo olvidado y el enfrentarse a la muerte las lleva a otro nivel con el cual se tiene contacto rara vez y las lleva a concebir la realidad de otra manera (Shapiro, 1993).

Por otro lado Aguado (2004) sugiere que el cuerpo humano es concebido como un organismo vivo, constituido por una estructura físico-simbólica que es capaz de crear significados. Este proceso implica una interacción continua del sujeto con otros seres dentro de un espacio determinado, lo que lleva a un proceso de identidad; que implica el reconocimiento de sí mismo a partir de otro y del otro a partir del sí mismo.

“El cuerpo es tiempo y espacio, es ser carnal, es decir; sistema orgánico, pero a su vez es tejido de emociones y oleadas de sensaciones dentro de un conjunto indiscernible forman significaciones; todos estos elementos se van conteniendo unos a los otros, en una unidad inseparable que enarbola el ser corpóreo- ser humano” (Pérez, 2007, p. 5).

El cuerpo se vuelve un medio para interactuar y formar parte de la cultura, es una estructura simbólica conformada por un entramado de significaciones. A través de el se establecen relaciones con los demás y con el mundo. El cuerpo se vuelve una construcción cultural, que va del sexo al género, es decir que este último construye al cuerpo de manera que esta organizado a partir de normas que se establecen y las cuales logran que exista una identificación corpórea de acuerdo al género al que pertenezcas (Aguado, 1998; Martínez y Paterna , 2005).

Asimismo, Araujo (2002) menciona que el cuerpo es receptor, incorpora las normas de la socialización, principalmente a partir de modelos que tienen en casa. Siendo la familia el primer contacto que se tiene, es a partir de ellos y con ellos como se construye el universo de emociones y percepciones de los sujetos, que posteriormente conducirá a

establecer sensaciones a través de las experiencias que son introyectadas a lo largo de vida. De esta suerte el cuerpo humano y la familia son el espacio de concreción del sujeto, donde se gestan procesos conscientes e inconscientes que el individuo no alcanza a asimilar.

En el acontecer de la vida, “el cuerpo que soy y el cuerpo que tengo” transcurren en armonía, bajo un trasfondo en donde sólo surgen las sensaciones normales de dolor y placer, en el cansancio o actividad. Desde que nacemos hasta el momento en que nos encontramos a punto de morir todo lo que nos preocupa u ocupa se realiza desde y por el cuerpo.

“.....Cuerpo en movimiento, cuerpo silente, mente invadiendo al cuerpo, cuerpo idolatrado, cuerpo del deseo o cuerpo mutilado” (Rovaletti, 1998, p.22).

También el cuerpo se expresa de manera peculiar a través de las vivencias del tiempo y del espacio; el cuerpo nos lleva a ocupar un lugar en el mundo, habitarlo, proyectarlo, compartirlo y recordarlo, vivir corporalmente da un sentido a la realidad (Rovaletti, 1998).

Shapiro (1993) menciona que nuestros cuerpos son como radiografías, la forma en que nos paramos, las expresiones de nuestro rostro hasta como nos movemos delatan nuestras historias, las experiencias, emociones, pensamientos y crisis se encuentran en el cuerpo creando un sistema único que nos acompañara por el resto de nuestra vida. Por tanto es importante que nos hagamos responsables de lo que sucede en él, pues dependiendo de los mensajes que le enviemos a este, dependerá el grado de bienestar que se tenga.

Con respecto a la perspectiva de género, esta nos ayuda a visualizar los diferentes significados que se adquieren a partir de la diferenciación sexual, estos elementos existentes en la cultura como los medios de comunicación dejan huellas en los cuerpos femeninos, dotándolos de simbolismos “cuerpos de contemplación” (Godina, 2001). De esta manera, lo social y lo corporal se constituyen en una unidad indisoluble y es imposible pensar lo uno sin lo otro. Renegar del cuerpo implica ocultarlo, minimizarlo y descalificarlo, se vuelve una vergüenza pública; esta represión psicológica se hace un mecanismo de autocensura (Aguilera. et. al., 1998).

2.2 Concepción del cuerpo femenino

*El cuerpo femenino es misterio
Es misterio porque su sexo está oculto.
Es misterio porque se tiñe de rojo.
Es misterio porque de él nace la vida.
Misterio: la fascinación de lo desconocido
Fascinación, si, pero también miedo.
Miedo a lo desconocido, miedo a la oscuridad.
Leonelli, 1995, p. 195*

De acuerdo a Silvia Tubert (1998) al hablar de la mujer se hace referencia a tres conceptos: la realidad anatómica, el contexto social, es decir las normas culturales y la significación del cuerpo como entidad.

De Beauvoir (1984) señala que el cuerpo es “material receptor” de interpretaciones culturales, es lo que condiciona y determina, es lo que absorbe los significados y los incorpora, es decir es “experiencia vivida”. La diferencia entre ser mujer y ser hombre, tiene múltiples implicaciones, el cuerpo en sí mismo se experimenta de manera diferente en cuanto pertenezco a un género, se establece una conciencia sobre lo que son y actúan de acuerdo a estas discrepancias: seres con cuerpos sexuados. Asimismo, Mendoza (2008) sugiere que a partir del cuerpo las mujeres han encontrado la opresión que las reprime corporal y psicológicamente, en especial la cultura occidental que nos ha enseñado a ver el cuerpo en partes y no como un todo.

Por su parte Engels, 1987, sugiere que la opresión de las mujeres se debe a cuestiones económicas y que una vez resuelta esta situación las mujeres vivirán de una manera diferente, pero no toma en cuenta la relación madre- hijo que va más allá de cualquier norma o circunstancia política (Rich, 1996).

“Para un hombre, una mujer es a la vez más y menos que una persona: alguien terriblemente necesario y necesariamente terrible. Es “más que una obrera explotada”, más que “lo Otro”; es sobre todo, la Madre que debe ser poseída, reducida y controlada, para que le devore, le sumerja en sus oscuras cuevas o le mire hasta convertirse en piedra” (Rich, 1996, p. 185).

La identidad femenina esta definida por la relación con los otros (amistad, relación: maternal, conyugal o amorosa); así el referente principal para la corporalización -cultural es el género. Delimitando, así el cuerpo de las mujeres al cumplimiento de los roles asignados (impotencia pública y poder privado) entre más femeninas (frágiles y sumisas) más coherentes con su rol. De ahí que el cuerpo femenino exista indirectamente, es decir a través de la mirada del otro.

Susana Velazquez, 1987, menciona que el cuerpo de las mujeres desde la biología es visto como un “cuerpo reproductor” ligado a la naturaleza. Es decir el hecho de gestar y dar vida ha constituido la femineidad y su esencia. Por lo que hay repercusiones a nivel conceptual que orienta a las mujeres sobre si mismas determinando las prácticas médicas y psicosociales (Castañeda, 1995).

“...Esta matriz vital ha sido básica para la más temprana de las divisiones del trabajo.... El problema no es sólo el capitalismo occidental; es ante todo, la necesidad masculina de controlar el poder reproductor de la mujer” (Rich, 1996, p. 165)

De hecho, Mendoza (2008) sugiere que el cuerpo de la mujer ha adquirido su valor a través de la maternidad y ellas han perdido la capacidad para decidir sobre él. Ejemplo de ello son las normas morales y jurídicas “la prohibición del aborto” en Guanajuato, aún hoy las mujeres son encarceladas por decidir sobre su propio cuerpo. Ser mujer es no pertenecerse a sí misma sino a una familia, un esposo o una institución. Muchas ocasiones al hablar del cuerpo femenino se tiene que dialogar de sexualidad, a partir de esta la mujer actúa, se comporta, piensa y su vida se organiza, el cuerpo se vuelve algo “público” cuando es algo privado.

Así el patriarcado nos dejó sólo la oportunidad de ser madres o hijas de familia. Por lo que las mujeres, como ya se mencionaba siempre son posesión de alguien más. Cuando las mujeres se casan se vuelven pertenencia de sus maridos y la reproducción queda a merced de ellos la “legitimidad” y el deseo ferviente por procrear los lleva a decir:

“...Yo también tengo el poder de la procreación: estás son mis necesidades, mis propios hijos, engendrador, mi prueba de poder elemental” (Rich, 1996, p. 186.)

El cuerpo de la mujer desde hace mucho tiempo ha sido causa de miedo y desconocimiento, dado que se considera un “misterio”. Primero la iglesia se encargó de delimitar esta disciplina y posteriormente la medicina creando un sentimiento de desapego y culpa que establece la forma en que experimentan su cuerpo; estas dos instancias han creado cuerpos dóciles y manejables. Pero al mismo tiempo cuerpos de tentación, corruptos que debían seguir ciertos estatutos. Por otro lado al seguir las mujeres ciertos modelos, dejan de prestarle atención a algunas emociones como: ira, tristeza, alegría. Su vida se vuelve monótona, se torna rutinaria y su cuerpo se vuelve “testigo de lo vivido”, al no expresar sus emociones, su cuerpo se vuelve una herramienta para pedir ayuda (Alanis, 2008).

Entonces, el cuerpo de la mujer y sus diversas funciones como gestar, procrear y criar nuevas vidas, han conformado a través de los años un enigma y sentimientos encontrados amor- odio que han servido para descalificar la posición de las mujeres dentro de la cultura.

Justamente, cuando las mujeres llegan a la pubertad-adolescencia el cuerpo cambia y se encuentran con el discurso de las madres que les dicen que la matriz es su centro de existencia definiendo así su identidad; ya que los hombres definen su poder y ellas encuentran su dependencia. Harding, 1971, propone que la menstruación, más que un problema o una fase neurótica en la vida de las mujeres sea un momento de introversión en donde las féminas se reencuentran con lo que son realmente y deje de ser este momento de la vida algo siniestro, sino sólo un proceso del ciclo vital. (Rich, 1996). De tal manera, las mujeres lo dejaron de ver con vergüenza y hasta con rechazo, se darán cuenta de la gran oportunidad que tienen de ser madres pero que esto sea una experiencia que ellas decidan o no vivir.

Por otro lado la mujer vive a partir de su cuerpo y es partir de este, que habla y se queja; el cuerpo femenino ha sido catalogado en diferentes formas: malo, impuro o sagrado. Cuando la mujer se embaraza su cuerpo se vuelve un símbolo sagrado: su matriz como la de María Virgen es espacio sacrosanto y esta negada a una sexualidad erótica “las mujeres buenas no gozan”. Al punto que las partes del cuerpo femenino que intervienen en la procreación como la vulva o senos se vuelven invisibles. La mujer es sólo vientre “vientre florido”, “vientre cuna” y sus senos son fuente de alimento. La

maternidad y ser madre se vuelven su único fin, justificando su existencia (Lagarde, 2005; Ussher, 1991).

Así, la esterilidad se vuelve una maldición en las familias, es un castigo que las mujeres adquieren, pues los varones no tienen ninguna culpa. Su existencia tiene como único fin concebir, sin un hijo las mujeres se sienten vacías “para la madre, la única satisfacción sin límites es... su hijo; es la más perfecta y la menos equívoca de todas las relaciones humanas” De hecho algunos hombres, mencionan que “las mujeres sin hijos ya están muertas” (Rich, 1996, p. 189)

Como ya se había mencionado el lenguaje construye ideologías, justamente las muchachas llegan a la adolescencia sin conocer sus órganos sexuales, pues las madres se muestran reacias a nombrar los genitales de las hijas. Reforzando los mitos y tabúes que existen alrededor de la sexualidad femenina.

Por ello, Franciose Collin (Como se citó en Sau, 1995, p.32) se refiere a la maternidad como: “La madre es una invención del padre. La madre (como Mater) está puesta por el patriarcado para asegurar su perennidad: es una *mpere* (sic). En la madre, la mujer es amordazada, reducida al silencio, hecha inofensiva. Se le cierra la boca con un pene o un hijo. Después se le hace hablar en ventriloquía un lenguaje que no es el suyo...”.

Como resultado las personas tienen una concepción errónea de lo que son y como se ven los genitales femeninos, mucho de lo cual se debe a los textos médicos tradicionales que realizan representaciones inexactas e irreales de estas partes del cuerpo creando cierto repudio y rechazo de las mujeres hacia su propio cuerpo. Consecuentemente, las mujeres ni siquiera osan verlos o tocarlos, confundidas niegan a su cuerpo e interiorizan la creencia errónea y limitada de Freud: “la estructura genital es deficiente una herida que es resultado de una antigua y olvidada castración” (Ussher, 1999, p.43) Se perpetúa el misterio femenino, definiendo a las femeninas como “úteros sangrantes”, evocando heridas primitivas por la sangre que brota por la menstruación. .

Sin embargo, muchas de estas diferencias se dan a partir de las prácticas de salud. Se construyen diversos significados a partir de la salud y del cuerpo femenino determinando la forma de vivir, sentir, y constituir modos de ser hombre y mujer. Se entiende, a partir

de Foucault, que el discurso no es solamente un simple reflejo de los objetos, sino que constituye prácticas que “fueron sistemáticamente los objetos que hablan” (Costa, et. Al, 2005, p. 179).

Por lo que a lo largo de la historia las mujeres se han visto relegadas en la sociedad, enfermedades mentales y físicas solían centrarse en el útero, matriz como generador de todos los males. Claro ejemplo es la histeria, problema que se identificó sólo en mujeres con determinados síntomas como emotividad, labilidad e irracionalidad que era inherentemente femenino y que se acuñó como esencia de la femineidad. Especialmente diagnosticado a féminas que rechazaban el papel femenino tradicional desafiando las normas que estaban dadas para esta parte de la población.

Posteriormente la neurastenia identificada como un trastorno nervioso que atacaba a las mujeres con síntomas similares al anterior trastorno, al no poder explicar los médicos violentos ataques de rabia, así como invalidez culpaban a los débiles cuerpos de las mujeres y a su anatomía “la matriz como centro de la existencia de la mujer”.

Por ello, esta ideología se convirtió en lo más aceptable para diagnosticar a las mujeres, si alguna fémina hablaba de sus derechos o cuestionaba el papel que ocupaba en la sociedad era diagnosticada de esta manera. Así, en el siglo XIX las mujeres que se describían como histéricas eran solteras, poseían una amplia educación o intentaban desafiar el rol asignado (Ussher, 1991).

El control médico ejercido sobre el cuerpo de las mujeres fue un rasgo en las sociedades occidentales del siglo XIX; este control se basó en la existencia de una “naturaleza femenina”, la cual significó a la mujer como dependiente, frágil, emotiva, sexualmente pasiva y predestinada a la maternidad. Siendo el imaginario social del modelo mariano, el que colocó a la mujer en una posición virtuosa cuya máxima función era educar a los hijos. Lo cual resultó paradójico: cómo alguien tan dependiente y necesitado puede encargarse de una labor tan afanosa, por lo que se manejó un discurso táctico polivalente. Es decir la mujer era valiosa como madre, pero “defectuosa” en tanto persona (Aguilera et. al. 1998).

La explicación útero-centrista sobre el funcionamiento del cuerpo femenino justificó la revisión genito-urinaria en el momento de la consulta médica, pues el útero o matriz era concebido como el lugar de la debilidad femenina. Por ello cuando se encontraban “anormalidades” en los órganos sexuales internos y externos de las mujeres, se exigía que fueran declaradas individuos neutros porque su condición física les impedía procrear. De hecho en la sociedad mexicana decimonónica las mujeres obtenían un lugar en la sociedad por la capacidad reproductiva

Esta división moral en los papeles sexuales basada en la fisiología de los cuerpos marcó el ejercicio de la sexualidad entre hombres y mujeres, reafirmando la reproducción como función principal en las féminas. Por lo que el discurso médico científico no sólo restringió la sexualidad de las mujeres a la función reproductiva, sino también la consideró pasivo, insensible, perezosas y mentirosas. En cambio, los hombres eran activos, enérgicos y honestos.

De la misma forma la cultura médica asignó al cuerpo un estilo de vida, el cual permite o prohíbe formas de comportamiento; la anatomía al ser nombrada es automáticamente culturalizada, es decir está cargada de significaciones que por años han sido naturalizadas. Es así como la disciplina médica ha marcado el cuerpo de los individuos de acuerdo a sus valores y reglas morales construidas para lograr homogeneizar la forma de vivir, gozar, enfermar y morir (Aguilera et. al. 1998).

Alanis (2008) señala que las mujeres han sido consideradas hombres débiles y “eternas enfermas” por lo que la medicina ha hecho eco en las ideas sexistas dominantes, utilizando su cuerpo como objeto de experimentación. En México, el mayor número de autopsias era realizado a las mujeres, tal vez porque el número de defunciones era mayormente de féminas. Pero también se puede deber a la posición de poder adquirida por los médicos ya que si las pacientes eran de clase alta se les preguntaba a los jefes de familia si se permitía la autopsia, pero si eran de clase baja les realizaban el procedimiento aún sin el consentimiento de la familia.

Asimismo, eran tratadas de manera brutal, pues atribuían sus males a factores biológicos como la matriz y entonces las trataban de acuerdo a esto: realizando intervenciones quirúrgicas sin anestesia provocando un dolor profundo, inyecciones en el

recto, así como aplicación de sanguijuelas en los labios de la vagina, entre otros que ponían en riesgo la vida de la enferma; situación que no les preocupaba a los médicos ya que creían que la mujer era insensible físicamente (Aguilera et. al. 1998).

Posteriormente, la ovariectomía o extirpación de los ovarios como cura para este tipo de males femeninos, todo acompañado de un confinamiento para que la patología fuera extirpada de raíz. Actualmente la histeria y neurastenia han sido remplazadas por otras enfermedades como el Síndrome Premenstrual, Depresión postparto o menopausia, así como la reproducción y menstruación que son factores controladores de la vida de las mujeres. Luego, quien no ha escuchado decir “¡Ay!, estas en tus días” o “de seguro ya tienes la menopausia”.

Si bien ya no se llevan tratamientos como lo antes mencionados, la quimioterapia, la radioterapia, exenteraciones pélvicas y la histerectomía han venido a reemplazar estos tratamientos que al igual que los otros entorpecen y silencian a las mujeres dejándolas con graves trastornos. “Es necesario explorar nuevas opciones que permitan a la mujer andar por mejores caminos, que le lleven, no sólo al reconocimiento de lo que siente y vive, sino al reconocimiento de ella misma, como un ser humano digno de atención y totalmente capaz de lograr sus más grandes metas “ (Alanis, 2008, p.39).

El poder médico sigue estando presente en nuestros tiempos, de hecho lo que dicen los galenos sigue siendo una verdad irrefutable, las pacientes se tienen que atener a los tratamientos, sin ninguna explicación que las haga entender el porque del procedimiento. Al mismo tiempo, los médicos caracterizaron al cuerpo, en especial al femenino como una máquina de reproducción que disocia al cuerpo – mente. La iglesia y la medicina posteriormente significaron al cuerpo de la mujer desde una posición hegemónica femenina, por lo que la corporeidad de la mujer fue vista como peligrosa y enferma confinándola al hogar (Alanis, 2008).

De tal manera el entorno social juega un papel importante, ya que repercute en el poder de la mujer, el cual emana de la valoración de su cuerpo y de su sexualidad. Cuando su cuerpo es descalificado, entonces las mujeres pierden su poder, ya no seducen, ni son capaces de contraer un matrimonio favorable y mucho menos de ocupar un lugar “digno” de valía dentro de su comunidad.

López Sánchez (2007) sugiere que la forma en que la mujer concibe su cuerpo va a depender de su concepción emocional y psicológica que se adquieren dentro de la sociedad; donde se ve asediada por símbolos y significados que le atribuyen a la condición de ser mujer; así el cuerpo se ve afectado y modificado a partir de las normas sociales que se ven alteradas desde los ciclos orgánicos hasta la expresión de las emociones, ya que todos estos comportamientos presentan pautas específicas que se tienen que cumplir. También es importante resaltar la relación existente entre madre-hija, pues las primeras enseñan a las menores a desexualizar su cuerpo y valerse de otros para comprenderlo, se saben deseables aún sin conocer su propio cuerpo porque se habla poco de él.

Janeway, 1978, menciona que desde la antigüedad las mujeres han sido subordinadas y subalternas del hombre; puesto que perdieron la conciencia de su propio cuerpo, no permitiéndoles decidir si querían o no tener hijos. En consecuencia en todas partes y en todos los tiempos las mujeres han percibido sus cuerpos incompletos como faltos de un modelado, perforaciones, incisiones y de un ajuste final tanto en el plano individual como en el plano social.

De tal forma la mujer ha quedado a merced de su biología (unidad reproductora) y ha permanecido confinada a la familia y a su hogar, en donde el hombre procuró llevar las riendas de su casa; dejando a la mujer degradada, sojuzgada, esclava de la codicia masculina, un mero instrumento para crear niños (Araujo, 2002).

Así, el cuerpo se vuelve contra ellas mismas para esclavizarlas, por medio de la maternidad que hoy es una elección y no obligación; por lo que sus cuerpos se pueden convertir en una fuente de poder y conocimiento. Entonces, el cuerpo femenino define la posición que ocupa en la sociedad, se les ha impedido ser sujetos históricos- sociales ya que pocas mujeres han sido protagonistas de la historia más bien han sido esposas, hermanas o madres de hombres importantes dispuestas a entregar todo, pero principalmente para cumplir la función procreadora viviendo una sexualidad sin goce alguno (Godina, 2001).

“...El cuerpo vivido quien nos proporcionara la manera de acceder al mundo y a los objetos” (Godina, 2001, p.150).

La educación formal (escuelas) e informal (sociedad) ha sido fundamental para comprender el propio cuerpo; a lo largo del tiempo se les ha dicho que son un “ser para otros”; una mujer “completa” es aquella que se casa, tiene hijos y los cuida, atiende la casa y además es obediente, guarda silencio aún cuando no está de acuerdo, depende económicamente de su marido y es sumisa.

Justamente la pasividad, emotividad son características que refuerzan la función maternal, la cual está fomentada por la educación formal e informal y es ahí donde pierden el contacto con su propio cuerpo y comienzan a vivir para otros/as. Porque no se les educa para ser independientes, tomar decisiones o potenciar su creatividad para tener proyectos de vida; De acuerdo a Hierro (Como se citó en Godina, 2001, p.156) “las niñas pierden la eficacia y el ejercicio de su cuerpo con el “color rosa” que las aprisiona en la ropa femenina; con los zapatos blancos que más adelante serán de tacón; con los calzones de encaje y los peinados de ricitos, las muñeca y los pequeños utensilios de cocina, que las va a ligar con su destino: la maternidad y la materialidad”.

Aunque, se ha dado una evolución en los roles asignados socialmente, existe cierto estancamiento en donde algunas percepciones arcaicas (relativas al cuerpo) muestran desfases y conflictos; ya que hoy las mujeres están en un proceso de cambio y deconstrucción donde “la conducta, lo declarado y lo vivido” no concuerdan con algunas realidades (Bruchon –Schweitzer, 1992).

De acuerdo a Bruchon –Schweitzer (1992) existen cuatro aspectos importantes de la imagen del cuerpo:

1. Satisfacción corporal
2. Conciencia corporal: preocupaciones relativas al cuerpo moderadas o extremas.
3. Ansiedad corporal
4. Identidad corporal: se refiere a la masculinidad/ femineidad del cuerpo percibido.

Entonces la elaboración que se hace de la imagen corporal, no sólo se construye por la historia individual de cada sujeto sino de las interacciones con el mundo exterior. “Nuestra historia íntima es también la historia de nuestras relaciones” (Soulier, 1995, p.24).

Así, "...La imagen del cuerpo de una mujer es la síntesis viva de todas sus experiencias emocionales; forma y contenido adquieren significado a partir de su historia personal de su sexualidad y su cultura, del universo inagotable de su mundo afectivo" (Rodríguez, 2002, p.92). Si bien es importante la apariencia externa, la relación que cada persona tiene con su propio cuerpo es fundamental; ya que la satisfacción corporal determina el concepto y la imagen que las personas tienen de sí mismas, como la forma en que se relaciona con su entorno.

Por lo que numerosos estudios (Fernández, 2004) muestran como la insatisfacción ligada a la imagen corporal esta asociada a una baja autoestima, pobre autoconcepto, problemas en la identidad de género, ansiedad interpersonal y trastornos depresivos.

Es así como el cuerpo de las mujeres esta determinado por su género y es partir de este que se adoptan determinadas formas de pensar y vivir; es por ello que las diferencias simbólicamente representadas devienen de la sociedad y el cuerpo que tengo y el cuerpo que soy se conforma a través de factores culturales- sociales y psicológicos que convergen para construir la identidad y es a partir de esta que se concretan ciertas prácticas que llevan a las personas, en especial a las mujeres a padecer diversas enfermedades crónico degenerativas entre ellas cáncer ginecológico que ocupa uno de los primeros lugares en México por mortandad.

2.3 Cuerpo y enfermedad “cáncer”

“El cáncer, que se declara en cualquier parte del cuerpo, es una enfermedad del cuerpo.

Lejos de revelar nada espiritual, revela que el cuerpo, desgraciadamente, no es más que cuerpo”

Sontag, (paciente con cáncer), 1996, p. 24

En los últimos años el número de enfermos crónicos- degenerativos ha aumentado, en específico las mujeres, ya que el cáncer de mama, cervicouterino, entre otros, ocupan los primeros diez lugares en las estadísticas por mayor número de muertes. En México estos tipos de cáncer representan el 40% de las neoplasias malignas y a pesar de que el cáncer ginecológico se puede detectar en etapas tempranas las pacientes llegan en etapas avanzadas lo que causa más fallecimientos. Es por ello que es importante analizar la forma de vida de las féminas, el desgaste por la doble jornada laboral, el abandono corporal y la mala alimentación las han llevado a vivir un desequilibrio emocional que conlleva a enfermar (Mendoza, 2008).

Aguilera et. al. (1998) sugiere que lo corporal debe ser entendido como resultado de un proceso histórico que envuelve un sin fin de elementos éticos, morales, políticos e ideológicos que determinan siendo carne, sentimientos y pensamientos de los cuerpos femeninos y masculinos. La construcción del cuerpo entretejida y matizada por la cultura, educación, familia, religión y en general las instituciones, entrecruzan la conformación de la subjetividad colectiva e individual; que moldea al mismo tiempo lo racional y emotivo de la existencia, donde finalmente se reconectan con la colectividad en la que se vive.

De hecho, Le Bretón (1995) menciona que el cuerpo actúa como espejo frente al otro, el cuerpo se vuelve “presente –ausente”, sabemos que está ahí, pero en la cotidianidad de las vidas tan caóticas en donde coexistimos, el cuerpo se borra, es sólo un objeto que nos ayuda a transportarnos, Canguilhem (Como se citó en Le Bretón, 1995, p. 122) define el estado de salud como “la inconsciencia que el sujeto tiene de su cuerpo... la “salud” está basada en una represión del sentimiento de encarnación sin el que, sin embargo, el hombre no existiría. Como si la conciencia del cuerpo fuese el único lugar de la enfermedad, y sólo su ausencia definiera la salud”.

Así, podemos corroborar que la cultura occidental esta basada en el ocultamiento y represión del cuerpo; cuando las personas están sanas no lo recuerdan, esta olvidado, borrado. Existiendo un mayor distanciamiento entre los individuos, desde los ritos de evitamiento “no tocar”, no mostrar el cuerpo total o parcialmente y las reglas de contacto que mencionan cómo tenemos que comportarnos, si se saluda de mano o de beso. Puesto que en todas las sociedades el cuerpo se encuentra simbólicamente presente, luego las relaciones se basan en la ritualización de la corporeidad.

Por otro lado, a través del tiempo se han encontrado nuevas afecciones y se han agregado algunos factores psicológicos, Freud vino a demostrar que las “causas psíquicas” tienen relación con las causas orgánicas y que las primeras pueden ser determinantes para desarrollar algunas patologías; Bertherat y Bernstein (1987) hablan sobre el camino de salud – enfermedad en el que se involucran algunos pensamientos que intervienen y que son principalmente inconscientes.

Asimismo, Shapiro (1993) explica que algunos sentimientos como la angustia, ansiedad o enojo se convierten en padecimientos como cefalea o dolor estomacal, que en algunas ocasiones se tienden a volver recurrentes y llevan a estados “peligrosos” los cuales enferman a las personas.

“...El cuerpo no es más que una gran manifestación de la sutilidad de la mente” (Shapiro, 1993, p.10).

Por ello, hoy en día se sabe que la conexión cuerpo- mente es indiscutible, es por eso que tiene repercusiones en el organismo, dañando el estado de salud. Bertherat y Bernstein (1987) al hablar del olvido del cuerpo, mencionan que están tan acostumbrados a pensarlo separado que creen que los pensamientos, sentimientos, inteligencia, son algo alejado del cuerpo. En consecuencia, las personas al tener esta idea errónea de lo que es el cuerpo no se hacen conscientes de él. Sin embargo, los individuos deben entender, que lo que sucede en el cuerpo es resultado de lo que se encuentra en la mente y que los seres humanos tienen todo el control sobre el proceso de salud -enfermedad y sólo sí logran entender que son seres integrales, comprenderán que los órganos se encuentran ligados a los pensamientos y emociones.

Por lo que Shapiro (1993, p.10) menciona “nosotros somos nuestros cuerpos; nuestra condición de ser es una consecuencia directa de la comunicación entre los numerosos y diversos aspectos de nuestra existencia”. Así, el cuerpo y espíritu, debilidad y fuerza no son una dualidad, sino una unidad que nos constituye como seres humanos. Al conocerlo, escuchamos las verdaderas sensaciones y emociones que albergan en él; entonces nos damos cuenta que existe un lenguaje por el cual nuestro cuerpo se comunica y aprendemos a vivir de una manera distinta disfrutando y viviendo la sexualidad.

El cuerpo es tan perfecto que de una u otra manera (sistemas y organismo) nos muestra la forma de entendernos a nosotros mismos, pues manifiesta sentimientos y pensamientos, así como energía que puede ser consciente o inconsciente. Cuando nos topamos con alguna enfermedad, en especial si es de tipo crónica, el cuerpo nos permite cambiar y nos da la oportunidad de hacer contacto con algunas partes del cuerpo con las que habíamos perdido contacto y se da la ocasión para modificar la forma en que vemos la vida. Entonces se recuerda lo importante de las relaciones y de la comunicación.

Además, cuando las personas acepten su cuerpo, logran entender lo que pasa al interior de sus organismos y perderán el “miedo del cuerpo... miedo de las palabras... a veces, ambos son indisolubles. Quien no tiene más que una conciencia fragmentaria y fugitiva del cuerpo, quién únicamente los conoce desde el exterior, se ve obligado a pegar una etiqueta en el embalaje y el término que cree justo para describirse coincide precisamente con el que le asusta por encima de todo” (Bertherat y Bernstein, 1987, p. 120).

Por ahora, sólo ciertas situaciones como la sexualidad, el placer e incluso una caricia nos hacen recordar que somos cuerpo; con respecto a las mujeres, algunos momentos clave como la menstruación, gestación o infertilidad hacen presente el cuerpo olvidado. Pero cuando el cuerpo enferma, se torna transparente y sólo en esos momentos de crisis, dolor, laceración e imposibilidad física el cuerpo se hace latente, ya que sus funciones habituales sufren un desequilibrio y entonces se rompe “el silencio de los órganos”, o más bien sería ¿el silencio de las emociones? Que al no poder manifestarse de otra manera, expresan su olvido y malestar a través de la enfermedad.

El cuerpo enfermo se concentra en un mundo propio según Alanis (2008), la enfermedad es una situación límite que hace presente las propias limitaciones y el cuerpo queda reducido a un “objeto entre objetos”, separado del mundo común. Con la enfermedad, el cuerpo se transforma en objeto de atención, el tiempo y el espacio queda reducido a las dimensiones del organismo; ya que al mostrarse enfermo produce molestias y desagrada entonces nos enojamos, nos sentimos frustrados y lo primero que hacemos es tomar algún medicamento o acudir al doctor a que nos arreglen lo que esta mal, como si fuera un objeto al que hay que reparar y cambiar pequeñas piezas para que este bien.

Por ende el paciente se vuelve un elemento más en la consulta, es un esclavo, su cuerpo queda a merced de la medicina y del discurso médico; ya que siempre se están buscando las causas de la enfermedad en ámbitos distintos como si el cuerpo estuviera dividido en dos. Foucault (Como se citó en Alanis, 2008) evidencia la atención de que es objeto el cuerpo, se educa, se castiga, se disciplina y se le habilita para responder a diversas situaciones.

Así, los pacientes se deben volver “actores principales” y los síntomas sólo sean un indicio de la patología y no las causas definitivas que originaron dicha enfermedad. En este proceso ambos actores serían responsables del proceso salud- enfermedad, ya que gran parte de los pacientes llegan en tal estado de oscurantismo que los médicos no los creen capaces de hacerse responsables de la causa y sólo buscan modificar el estado en el cual llegan.

“... El paciente sólo quiere que se haga “algo” que su cuerpo deje de quejarse. Es una persona consciente sólo de lo que no es” (Schnake, 1995, p. 42).

Precisamente, el hombre se cree capaz de todo, interviene en múltiples procesos y conoce diversos mecanismos corporales, lo que ha llevado a la ciencia médica a sentirse omnipotente y poderosa; por lo que en la consulta médica se le permite al clínico decidir por los pacientes, él es el que “sabe”. Pero aún ellos no saben escuchar al cuerpo sano, mucho menos al enfermo.

Así, cuando el cuerpo es sometido a prácticas médicas se vuelve espacio para otros, donde el conocimiento se aplica a nivel individual, olvidándose de las relaciones sociales y de las repercusiones que traen los múltiples tratamientos invasivos a los que se ven sometidas las pacientes. El cuerpo se vuelve una construcción, no pudiéndolo pensar como algo social sino como algo biológico. (Costa, Hilleshemin, Dhein y Lara, 2005).

Para el enfermo, su cuerpo dejar de ser transparente y empieza a pesarle, desearía deshacerse de él, separarse. Entonces comienza a ser vivido como otro. La enfermedad los obliga a separarse de ellos mismos, al objetivar una parte de ellos y considerarla un lastre en su cuerpo. El cuerpo se vuelve contra si mismos, pierde su relación y empieza a ser ajeno a su persona. Pareciera que los pacientes existieran a medias, temen que otros ojos los vean con lastima y descubran el desagrado que sienten ellos mismos por su cuerpo. Dejan los hospitales con un cuerpo irreconocible, un organismo que se vuelve cuerpo- sufrimiento (Soulie, 1995).

Al aislarse del mundo deja de ser cuerpo y pasa a ser objeto, se vuelve cadáver, materia de estudio, experimento, etc. Muchos enfermos se abandonan, dejan su mundo, renuncian a la vida que tenían y rompen el contacto con el mundo exterior; esta actitud de renuncia, de ruptura es una precipitación a la enfermedad; las patologías se vuelven el primer paso a la muerte, es cuando el cuerpo es “no ser para si” y pasa a ser total y definitivamente “ser para otro”. De esta manera el cuerpo se vuelve extraño (Rovaletti, 1998).

Cuando las personas se encuentran enfermas, el cuerpo borrado, surge de una u otra forma haciéndose cuerpo vivido, pues es difícil esconderlo dentro de una gran multitud que lo único que hace es buscar diferencias; entonces la imagen se fragmenta, al mirarse frente a un espejo se ve dividida y más allá de borrarse, el cuerpo se vuelve pesado.

“El cuerpo extraño se transforma en cuerpo extranjero, opaco sin diferencia. La imposibilidad de identificarse con él (a causa de la enfermedad, del desorden de los gestos, de la vejez, de la “fealdad”, del origen cultural o religioso diferente, etc.) es la fuente de todos los prejuicios de una persona. La diferencia se convierte en un estigma más o menos afirmado” (Le Bretón, 1995, p. 134).

Fernández (2004) sugiere que lo “anormal” o excesivo no es la respuesta del enfermo sino la situación a la que debe enfrentarse. En la mayoría de los casos, estos cambios constituyen un nuevo evento vital estresante al que los pacientes de cáncer deben hacer frente. Su capacidad para aceptarlos, integrarlos en una nueva imagen corporal y encontrar soluciones alternativas que permitan minimizar las limitaciones que conllevan, influirá directamente en su ajuste emocional, su calidad de vida y en su funcionamiento social y laboral.

Entonces cuando las personas se enfrentan a una enfermedad crónica, como lo es el cáncer, se presentan diversos fenómenos relacionados con esta patología. Algunas de las reacciones más comunes que Fitzpatrick (1990) menciona son: depresión, angustia e ira vinculadas a cambios en la vida de las personas como pérdida de funciones corporales, alteraciones en el autoconcepto, renuncia de ambiciones y proyectos, modificación de funciones sociales, estigmas asociados a enfermedad/invalidez y algunos casos probabilidad de muerte temprana. Además, de una firme creencia de haber contraído la enfermedad como castigo de una mala acción. La estigmatización define a la persona con cáncer y la reduce a una etiqueta diagnóstica.

De tal manera para la mayoría de los enfermos de cáncer su cuerpo se convierte en su peor enemigo; desconfían de él y lo sienten totalmente ajeno. En específico, en los cánceres ginecológicos como vulva, vagina, ovarios o uterino; pues algunas mujeres sienten que la razón de su enfermedad es haber obrado mal.

Así, la sociedad cierra la posibilidad una atención oportuna, pues se habla poco acerca de la sexualidad, ya que cuantas veces se ha escuchado hablar a las mujeres abiertamente y quejarse de problemas menstruales (sangrado abundante, cólicos, miomas o hemorragias internas, de su vida acelerada o depresiva). Cabe mencionar a aquellas mujeres que callan y guardan el secreto que han sido sometidas a la extirpación de la matriz, pues se sienten menos mujeres (Araujo, 2002).

Por otro lado, el cáncer y sus tratamientos frecuentemente alteran el aspecto físico de los pacientes que lo padecen; estos cambios pueden ser temporales, como la caída del pelo, alteraciones en la piel, uñas, cambio de peso u otros que son permanentes, como los efectos de algunas cirugías (cicatrices, amputaciones, deformidades, asimetría). De

hecho muchos de los pacientes lloran sus cuerpos perdidos, por lo que es necesario que resignifiquen sus cuerpos.

Refiriéndonos a la salud es importante mencionar que el cuerpo de las mujeres es diferente al de los varones es por ello que el proceso salud-enfermedad es vivido de distinta manera. En nuestra sociedad las condiciones en que se vive han provocado un abandono corporal en la mujer. Consecuentemente estos factores propician múltiples trastornos que se establecen en determinadas zonas del cuerpo (Mendoza, 2008).

Algunos sólo afectan a nivel estético mientras que otros conllevan una incapacidad funcional. Se ha observado que estos cambios están asociados a una insatisfacción corporal y un deterioro en la percepción de la imagen corporal; esto va acompañado de un gran impacto emocional, ubicando a la persona en una crisis con una alta vulnerabilidad psicológica (Fernández, 2004; Soulier, 1995).

Además, Jimmy Holland y Lewis (2003) mencionan que al estar muy angustiados, existen ciertos “estribillos” que se repiten dando vueltas en la cabeza como:

- “Ya no soy yo” producido principalmente por los cambios en la apariencia física, les es imposible verse al espejo, se sienten con menos energías y se dan cuenta que su cuerpo ya no funciona como antes.
- “Me estoy volviendo hipocondríaco” las personas se vuelven más sensibles a cualquier síntoma, el hecho de tener que enfrentarse a extenuantes tratamientos los lleva a prestar más atención a su cuerpo, sin embargo, todo esto pasara después de un período significativo.
- “¿Soy un enclenque?” El hecho de que las personas sean sometidas a una operación importante conlleva estar largas temporadas en el hospital. Precisamente ésto los hace depender de sus familiares, aunque la gente piensa que pedir ayuda es un síntoma de debilidad.

Por otro lado la imagen corporal engloba al conjunto de evidencias referidas al cuerpo humano (como estructura cultural) y posibilita los procesos de identidad configurando al sujeto sobre el sí mismo y ajustándolo constantemente al desarrollo de la persona.

“La imagen corporal se configura a partir de un proceso ritual en el que se van delineando (significando) evidencias sobre el cuerpo del sujeto que contienen un sentido cultural y que se “anclan” en el cuerpo a partir de la experiencia, por ello involucra la sensación, la percepción, su afectividad y su proceso cognitivo; es decir su corporalidad” (Aguado, 2004, p. 46).

De acuerdo a este autor la satisfacción corporal se ha visto vinculada a la percepción que tiene las personas de sí mismas. Por lo que frecuentemente esta insatisfacción se liga a la ansiedad o a algún aspecto de ésta; varios autores concuerdan con la relación existente entre los trastornos orgánicos y la ansiedad; Kurtz (1996) encontró una asociación significativa entre síntomas somáticos e insatisfacción corporal.

Un cuerpo sano “eficiente” atestigua su conformidad con las normas dadas por la sociedad “roles sociales”. Cuando las personas están satisfechas corporalmente presentan una estima alta por lo que su grado de adaptación es alto y socialmente mantiene un equilibrio emocional y físico; desempeñando un papel “amortiguador” en las relaciones objetivas (cuerpo real, estatura, peso, edad, actitudes y comportamientos que suscitan aspectos del cuerpo en los demás) y realidad subjetiva. Lo que mantiene un concepto de “sí mismo” estable (autoestima aceptable) a pesar de los avatares del cuerpo objetivo (Bruchon –Schweitzer, 1992).

Aunque es importante mencionar que la medicina guarda cautelosamente la información que ayudaría a las personas a entender mejor sus enfermedad, muchos médicos son incapaces de explicar las cosas de manera sencilla y accesible para las personas que no tienen tanto conocimiento; luego, no se trata de que ellas se vuelvan expertas en el tema sino que entiendan lo que les ocurre y le seas más fácil asimilar la enfermedad.

De hecho se podría hablar de un “olvido” en la medicina que hay sobre el cáncer, ya que aún los intelectuales no conocen el proceso neoplásico. Entonces se rebela la pregunta ¿Qué sucede con las células neoplásicas? En consecuencia Raymond Devorest menciona (Como se citó en Schnake, 1995, p. 161):

“Es una célula adulta que se rebela, se aparta de las reglas estrictas fisiológicas que gobiernan el conjunto de células idénticas que constituyen un tejido; se transforma en un defecto único y distinguible dentro de una estructura, por lo demás monótona”.

Lo interesante de estas células es que nacen normales, pero comienzan a cambiar, se modifican y se vuelven independientes y viven mientras son alimentadas. Estas células se multiplican e invaden el terreno de otras células, su crecimiento se vuelve especial y aunque cada célula sabe su fin y su función está junto con millones de otras células que tienen algo en común y que las une.

Entonces “el cáncer se hace cuidar, admirar y temer; provoca desconfianza o rechazo, ya que no puede ni siquiera salir de la persona en la que se aloja. El sufrimiento y el dolor que provoca es tan grande, que inspira profunda compasión,....el cáncer, tanto como la depresión, detienen todo juicio crítico. Producen respeto y silencio a su alrededor” (Schnake, 1995, p. 165).

Cuando el cáncer invade algún organismo, el estado de ánimo de las pacientes afecta la resistencia que tiene el organismo, se menciona que el sistema inmune baja por lo que las pacientes están más vulnerables. Holland y Lewis (2003) mencionan que la forma en que vivimos nuestra vida es la forma en que vamos a vivir la enfermedad y la muerte, es decir que los mensajes que nos enviemos a nosotros mismos ya sea de aceptación o negación de la problemática influirán en la respuesta del cuerpo.

De tal manera, las crisis que se presentan a lo largo de nuestra vida no son positivas o negativas, son situaciones que se tienen que vivir y de los estilos de afrontamiento de cada persona dependerá si se crece o hay un estancamiento. Por lo que Shakespeare (Como se citó en Shapiro, 1993, p. 15) menciona “la alegría es salud; lo contrario, la melancolía es enfermedad”

Si nos tomamos un tiempo para recapacitar y expresar algunas emociones como enojo, tristeza, rabia que socialmente no son aceptables, el cuerpo se sentirá aliviado de hecho las personas enfermas se sentirán con mayor vitalidad o serán capaces de responder de otra manera y por tanto de enfrentar la situación . Shapiro (1993) señala que la enfermedad no es un castigo de dios por haber hecho mal, sino un desequilibrio

que nosotros mismos provocamos en nuestro cuerpo y que podemos solucionar en el momento en que nos hagamos conscientes del mismo y recuperemos el equilibrio que se encuentra en nosotros, tal vez la enfermedad sea una oportunidad para reestablecer la armonía.

“Así pues, más que agobiarnos por un sentimiento de desesperación y culpabilidad porque nos sabemos responsables de todo cuanto nos ocurre, podemos considerar las enfermedades como un tremendo desafío y una oportunidad de crecimiento” (Shapiro, 1993, p. 20) “En lugar de sentir lástima de nosotros mismos, podemos ser más constructivos si reconocemos nuestra participación tanto en los estados de enfermedad como en los de bienestar” (Shapiro, 1993, p. 21).

2.4 Cáncer

El cáncer es una palabra que engloba a muchas y diferentes enfermedades que se caracterizan por el crecimiento incontrolado de las células. Estas enfermedades están provocadas por trastornos genéticos y muy pocas veces son hereditarias.

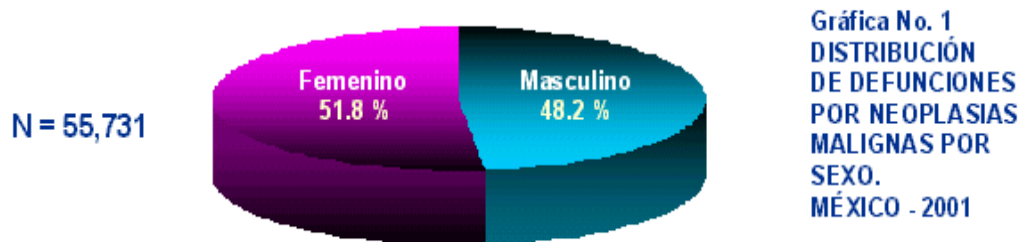
Por lo que Schnake (1995, p. 162) menciona: “las células cancerosas tiene una gran ventaja selectiva, ya que escapan al destino programado para la mayoría de las células normales: envejecer y morir. Para aquellas, el cuerpo entero es el medio de cultivo, en el que germinan, muriendo finalmente con el cuerpo que matan”.

Según, el Instituto Nacional de Cáncer de EE.UU. (2010) está no es una patología sino varias. De hecho, existen más de cien tipos diferentes de neoplasias. Todos los cánceres empiezan en las células, unidad básica que conforman los tejidos del cuerpo. Estas células crecen y se dividen para producir nuevas células conforme el cuerpo las necesita. Cuando estas células envejecen, mueren y son reemplazadas por células nuevas. Pero a veces, este proceso ordenado de división celular se descontrola y las células nuevas se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita. Cuando esto pasa, las células viejas no mueren cuando deberían morir. Estas células que no son necesarias tienden a formar una masa de tejido. Esta masa es llamada tumor. No todos los tumores son cancerosos. Los tumores pueden ser benignos o malignos.

- Los tumores benignos no son cancerosos. Generalmente se pueden extraer o extirpar. En la mayoría de los casos, estos tumores no vuelven a crecer. Las células de los tumores benignos no se diseminan o riegan a otros tejidos o partes del cuerpo.
- Los tumores malignos son cancerosos. Las células en estos tumores pueden invadir el tejido a su alrededor y diseminarse (regarse) a otros órganos del cuerpo.

Por lo que en el mundo, así como en México esta patología se ha vuelto un problema de salud pública; de acuerdo al Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México, RHNMM (2001) el número de tumores malignos corresponden a 101.6 casos por 100,000 habitantes. Además, se observan grandes diferencias entre sexos: 34.8% en hombres y 65.2% en mujeres. Es importante destacar que en las mujeres el aumento más intenso se da a partir de los 20 años, debido probablemente a la ineficacia de los escasos programas preventivos que existen en nuestro país.

De hecho de 1992-2001 la proporción de muertes por cáncer paso de 0.6% a 13.1%. Con respecto al año 2001 el cáncer provocó 55,731 defunciones anuales, 52 y 48% para mujeres y hombres respectivamente, con tasas por 100,000 habitantes de 57 y de 54.



Fuente: SEED / DGE, SSA, preliminar

Como se observa en la gráfica, las mujeres son las que se han visto más afectadas por esta patología; la cual no sólo perturba el ámbito físico, sino que invade y transforma todas las esferas en las que ellas se desenvuelven. En las mujer los principales cánceres se localizan el en aparato reproductor, de hecho el número de cánceres ginecológicos superan al de otras localizaciones constituyendo una causa importante de mortalidad y clasificados como los que más defunciones causan.

De tal manera se observa la siguiente jerarquización de tumores malignos a nivel mundial: mama, cuerpo uterino, cuello del útero, ovarios y otros ginecológicos como cáncer de vagina, placenta o trompas de Falopio (Restrepo, 1993). Muchos de estos cánceres producen poco o ningún síntoma hasta que el tumor es avanzado y aparecen con mayor frecuencia en mujeres mayores, pero pueden ser diagnosticados en cualquier momento del ciclo vital (Olivares, 2004).

De acuerdo a la Clasificación de la International Federation of Gyneology and Obstetrics (FIGO) es un sistema de estadificación clínico, lo cual significa que se basa en el examen físico y resultados de la biopsia.

El sistema de estadificación FIGO para cánceres invasivos

1. Estadio IA. Cáncer microscópico confinado al útero.
2. Estadio IB. Cáncer visible al ojo humano, confinado al útero.
3. Estadio II. Cáncer invadiendo más allá del útero, pero no a la pared pelviana ni el tercio inferior de la vagina.
4. Estadio III. Cáncer cervical invadiendo la pared pelviana o el tercio inferior de la vagina y/o produciendo un riñón no funcionando.
5. Estadio IVA. Cáncer cervical que invade vejiga, recto o extendiéndose más allá de la pelvis.
6. Estadio IVB. Metástasis distantes (Creasman y Disaia, 1995).

2.5 Cáncer cervicouterino

En los países en vías de desarrollo como México el cáncer cervicouterino (CaCu) está asociado a una alta mortalidad; de hecho en nuestro país en 2001, los tumores malignos en la población femenina fueron 4 512 defunciones con una tasa de mortalidad de 18.3 por 100 000 mujeres de 25 y más años. Por otra parte, el 24.4% del total de casos nuevos de neoplasias malignas, registradas durante ese año, correspondieron a CaCu. De esa cifra, 47% de los casos se presentaron en mujeres de 35 a 54 años de edad (RHNMM, 2001).

La incidencia a nivel mundial es alta, ya que ocupa el segundo lugar entre los tumores malignos de la mujer después del cáncer de mama. Por lo que existen varios factores de riesgo como:

- Infección por VPH (virus de papiloma humano): se ha encontrado una estrecha relación entre papiloma virus y el cáncer cervical invasivo, de hecho el VPH esta presente en el 93% de los casos de cáncer cervical y lesiones precursoras. Esta infección se considera una enfermedad de transmisión sexual que constituye un riesgo importante para el desarrollo de cáncer de cervix.
- Conducta sexual. Diversos estudios han demostrado que el inicio precoz (antes de los 20 años) de la actividad sexual aumenta el riesgo de presentar este tipo de cáncer. Además, mientras el número de compañeros sexuales aumenta el riesgo también (Borges, García, Franco, López, Mohar y Tirado, 2005).
- Factor masculino. No hay que olvidar que muchas veces los varones tienen prácticas sexuales no protegidas y aunque la mujer sólo tenga una pareja sexual esto constituye un factor de riesgo para padecer cáncer.
- Tabaco. Algunos estudios han demostrado que mujeres fumadoras tienen mayor probabilidad de enfermar por que la nicotina inhibe la degradación del crecimiento lisosomal.
- Anticonceptivos orales. Particularmente se encuentra riesgo cuando son tomados por más de 5 años y si su ingesta comienza antes de los 25 años ya que el uso de anticonceptivo puede aumentar el VPH, así como estimular algunas proteínas que están involucradas en la génesis del cáncer de cérvix (González- Merlo, González Bosquet y cols, 2000). Así, De Villiers (2003) reporta el desequilibrio que ocurre en el cuerpo femenino por la ingesta de anticonceptivos, ya que algunas fases como las premenstruales, menstruales y menopausia se ven modificadas por la síntesis, el transporte y metabolismo de las hormonas que genera el propio cuerpo.

Como ya se había mencionado el cáncer cervicouterino es un problema de salud, en especial en America latina, Lamadrid (1998) lo asocia principalmente a la desigualdad en el sistema de género, ya que las mujeres tienen poca libertad para decidir sobre su cuerpo, sexualidad y capacidad reproductiva. Si bien este tipo de cáncer da en todos los niveles socioeconómicos, las más afectadas son las mujeres de escasos recursos, lo cual

puede deberse al conjunto de normas y valores que las llevan a no realizarse los estudios adecuados para una pronta detección.

Algunas investigaciones (Lamadrid, 1998) mencionan que algunos patrones culturales de carácter sexual influyen en la incidencia del cáncer como:

- Tipo A. En donde se desalientan las relaciones extramaritales tanto de hombres como de mujeres.
- Tipo B. Se espera que los hombres tengan muchas parejas y la mujer sólo una.
- Tipo C. Tanto hombres como mujeres tienen un alto número de parejas sexuales.

De tal manera la conducta Tipo C presenta una mayor relación con la incidencia de cáncer cervicouterino, de acuerdo a un estudio realizado en México, E. U. y Colombia se encontró esta conducta como factor de riesgo aunque sus resultados no fueron estadísticamente significativos. La condición de género enmarca un papel de patología en las mujeres y no sólo se habla de salud física sino también de salud mental. Esta se ve mermada por las condiciones laborales, situación de extrema pobreza, especialmente cuando se cumple con ambos roles padre- madre y finalmente la respuesta social frente a los procesos vitales que enfrentan (Garduño, 1994).

2.6 Cáncer de ovario

El cáncer de ovario es la cuarta neoplasia ginecológica, pero alrededor del 50% de las muertes por neoplasias femeninas son debidas al cáncer epitelial de ovario. La tasa de incidencia más alta se halla en los países más industrializados. De acuerdo al Registro Histopatológico de Neoplasias de nuestro país (2001), este tipo de cáncer constituye el segundo lugar por neoplasias malignas.

Por lo que es un grave problema de salud, y no por su incidencia sino por su elevada mortalidad, esto debido al diagnóstico tardío. Este es la primera causa de muerte por cáncer ginecológico en países industrializados y la quinta causa de muerte por cáncer en general. La mayor incidencia de acuerdo a la Encuesta nacional sobre el cáncer epitelial de ovario esta entre 48 y 65 años (González- Merlo, González Bosquet y cols, 2000).

Aunque se desconoce la causa primaria que produce este cáncer existen algunos factores de riesgo como la esterilidad, uso de fármacos para el tratamiento de la

esterilidad, además de la llegada de la menarquía a edades tempranas. También esta asociada a factores hereditarios, estas mujeres presentan antecedentes de 2 o más cánceres de ovario en la familia (Torres, 2004).

Como ya se había mencionado a esta neoplasia están vinculados algunos factores de riesgo como: usos de anticonceptivos orales y lactación, nuliparidad, baja paridad (menos de dos hijos), edad avanzada al momento del nacimiento del primer hijo y antecedentes de cáncer de mama, colón, ovario o endometrio Predisposición genética: relacionada con cáncer de ovario de localización específica, cáncer de mama- ovario en familiares de primer o segundo orden o Síndrome de Lynch II que es una forma de predisposición al cáncer de colón (Torres, 2004).

El tratamiento para este tipo de cáncer, se asocia a disfunciones sexuales comparables con las de otros tratamientos por cáncer ginecológico; ya que la terapéutica médica para el cáncer de ovario incluye histerectomía y ooforectomía (eliminación quirúrgica de uno o de los dos ovarios), seguido de quimioterapia. Esta cirugía induce a la menopausia terapéutica y pérdida de capacidad reproductiva, así como el impacto que produce el hecho de tener una enfermedad de amenaza vital (Olivares, 2004).

2.7 Tratamiento

Los tratamientos más comunes son: quirúrgico, como la histerectomía que es una operación para extraer el útero (matriz) de la mujer, la exenteración pélvica; y los no quirúrgicos como la radioterapia, braquiterapia de baja y alta dosis, quimioterapia y en ocasiones la combinación de las tres modalidades

Cuando el tratamiento indicado es la cirugía, las mujeres se encuentran ante la pérdida de los órganos involucrados y por supuesto de las funciones que tienen. En la histerectomía ampliada, les extirpan el útero, trompas de Falopio, parametrios y tercio superior de la vagina; cuando es histerectomía radical, incluyen además una linfadenectomía (procedimiento quirúrgico en el que se extraen los ganglios linfáticos y se examina una muestra del tejido bajo un microscopio para determinar si hay signos de cáncer) en bloque de las cadenas linfáticas pélvicas (Torres, 2004).

Si se trata de un cáncer cérvico -uterino recurrente a radiaciones se plantea la exenteración pélvica en la que además de los órganos mencionados les extirpan vejiga, vagina y recto, con la creación de un conducto urinario sigmoideo y de una colostomía, esta cirugía es altamente mutilante, de altos riesgos operatorios y postoperatorios

La radioterapia se divide en dos partes: la externa o teleterapia que se aplica en aproximadamente 25 dosis pequeñas que son administradas diariamente: interna o braquiterapia que podemos denominar el segundo tiempo de radiaciones y el que se utiliza un colpostato colocado vaginalmente. Las radiaciones producen malestares que inician de manera casi inmediata: dolor de cabeza, mareos, sueño, fatiga y alteraciones gastrointestinales, fantasías relacionadas con la sensación de que “me están quemando” surgen y se reflejan constantemente. Las mujeres van descubriendo los efectos secundarios de los tratamientos solas y van buscando la manera de resolver sus malestares. Muchas veces en la sala de espera, intercambian desde información hasta consejos, esos que no reciben ni de la institución ni de sus médicos/as tratantes (Calderón, 2005).

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

Mucha ha sido la controversia acerca de las diferencias existentes entre la metodología cuantitativa y cualitativa; sobre todo con respecto a su validez, lo que nos lleva a mencionar que ambas son igual de importantes y su validez dependerá del correcto uso que el investigador tenga al aplicar las técnicas más adecuadas para cumplir sus objetivos.

Por lo que es importante mencionar que la investigación cualitativa más allá de ver hechos sociales busca captar el significado de las cosas; es decir tiene como objetivo captar y reconstruir el significado, por ello el lenguaje usado es conceptual y metafórico y el modo de captar la información no es estructurado sino flexible y la orientación no es particularista y generalizadora sino holística y concretizadora.

La investigación cualitativa se ha desarrollado en diferentes ámbitos, sin embargo, la psicología se ha apoyado en esta, para desarrollar y enriquecerse a través del entendimiento del comportamiento humano que es tan complejo. Así, Ito y Vargas (2005, p.17) mencionan “la investigación cualitativa es un proceso de investigación comprensivo, basado en tradiciones metodológicas distintas que exploran un problema social o humano. La investigadora hace descripciones de manera compleja y holística, analiza palabras, reporta detalladamente la información recabada y lleva a cabo su investigación en un escenario natural”.

De tal manera, la investigación cualitativa más allá de observar conductas externas se interesa por estados internos, que busca entender a través de:

- a) El significado de la conducta humana
- b) La socialización y sus procesos
- c) El entendimiento empático basado en la experiencia subjetiva y en las conexiones entre estados subjetivos y conductas.

La metodología que se utilizó fue de tipo cualitativo, por lo cual los datos que se presentan son descriptivos, ya que las palabras y las historias de las personas nos remiten a experimentar el mundo desde su punto de vista.

Historias de vida

De modo que la investigación cualitativa proporciona una descripción íntima de la vida social, en específico, la historia de vida o historia oral, ya que como menciona Ana Lau Jaiven (1994, p.185) "...la historia oral es el vehículo idóneo para alcanzar el análisis". Luego, éstas reflejan el mundo de las personas y permiten que la experiencia de cada individuo se muestre de acuerdo a las vivencias particulares, de hecho Ruiz (1999, p. 277) menciona que "...la entrevista que da lugar a una Historia de vida, tiene por objeto los modos y manera con los que un individuo particular construye y da sentido a su vida en un momento dado".

Así, las historias de vida son una metodología creadora que nos permite observar cómo los diferentes procesos históricos influyen en los actores e identifica las distintas relaciones dentro de la sociedad, desde el entorno económico hasta el familiar; permitiéndonos ver la vida como un proceso de construcción y cambio constante. De acuerdo a esto, las historias se estructuran, mediante los testimonios que las personas dan en una entrevista. En ésta el investigador es el encargado de preguntar y conducir la conversación hacia las áreas que sean de interés, haciendo hincapié en algunos aspectos pero nunca olvidando que se trata con seres pensantes y emocionales lo cual da apertura a realizar nuevas preguntas, siendo flexibles en la estructura de éstas.

Por ello Taylor (1987) menciona que en las historias de vida el investigador aprende junto con las personas, de las experiencias importantes que pueden narrar, ya que en ellas se revela la vida interior de los seres humanos, sus luchas y fracasos; pero también sus éxitos, lo que nos da un panorama de sus experiencias y nos permite conocer a través de la subjetividad sus puntos de vista sobre determinadas situaciones.

En especial al escuchar a las mujeres, ya que por años han quedado relegadas, y han sido esposas, madres, compañeras o hermanas de las personas importantes. "La historia de vida se vuelve prioritaria, ya que permite generar nuevas percepciones sobre las experiencias que tienen las mujeres acerca de sí mismas por medio de sus palabras (Lau, 1994, p. 189).

Dentro de las historias de vida de las mujeres es importante mencionar algunas cuestiones que se abordaron:

1. Identificación del simbolismo masculino/femenino y las diversas variantes que contribuyen a mantener este orden.
2. La dicotomía naturaleza/ cultura, en donde se propone la naturaleza como punto de partida para explicar la inferioridad de las mujeres.

Finalmente, es importante mencionar que las historias de vida, permiten generar nuevas perspectivas sobre las experiencias de las féminas, por medio de las palabras que por años han quedado ocultas. Así, las historias de vida, se vuelven un acercamiento al espacio en donde se les concede hablar y entender la vida desde otra perspectiva.

3.1 Pregunta de investigación

Hablar de género nos refiere sin duda a una categoría o una clasificación, sin embargo el hablar de género en las ciencias sociales nos remite a la división sexual existente entre hombres y mujeres, marcada por la diferencia anatómica; categoría que nos permite conjugar aspectos psicológicos, biológicos y socioculturales. Definiéndose así la manera en que las personas construyen sus vidas desde las actitudes, deberes, la forma de pensar y desarrollarse, entonces se conforma una identidad y se establece lo “normal” y lo socialmente aceptado lo cual dependerá del momento histórico y cultural por el que se esté pasando.

Es por ello que con el paso del tiempo la condición genérica de las mujeres ha ido cambiando, ya que las mujeres han incursionado en diversas esferas ganando terreno. Poal (1993) señala que se está viviendo una situación transicional y menciona “todo ha cambiado mucho pero aún no ha cambiado del todo” (p. 106).

De hecho, aún hoy en día la pérdida de un órgano con fuerte carga simbólica como lo es la matriz, afecta sobremanera a algunas mujeres, entonces Leonelli (1995) señala: “incluso las mujeres normales, las mujeres que se encuentran perfectamente bien y no siente la menor preocupación por su útero, lo identifican como su femineidad o por lo menos, como la matriz de su femineidad”. Así, la mujer queda a merced de su biología (unidad reproductora) y confinada a la familia y hogar, en donde el hombre procura llevar las riendas de su casa, dejando a la mujer degradada, sojuzgada, esclava de la codicia femenina, un mero instrumento para crear niños; todo esto aunado al cáncer que es una dolencia que al inscribirse en el cuerpo de las mujeres en su totalidad produce múltiples alteraciones físicas como psicológicas que acarrear consecuencias simbólicas relacionadas con la manera en que cada sexo vive su género.

Es esto lo que motiva la presente investigación; por lo cual la interrogante a plantear es:

¿Cómo se ve afectada la identidad de género en mujeres hysterectomizadas, que presentan cáncer ginecológico?

Para esta investigación se utilizaron algunos ejes básicos que ayudaron a comprender a través del discurso de las mujeres, la forma en que viven, piensan y afrontan su enfermedad y lo que está conlleva (estos ejes fueron utilizados en las entrevistas); algunos ejes ya han sido definidos previamente, sin embargo se dimensionaron para comprender como serán utilizados dentro del marco de las historias de las mujeres histerectomizadas que presentan cáncer ginecológico. Estos son:

Identidad de género

De acuerdo a Lamas (2000) la identidad de género es el sentimiento que se adquiere sobre ser hombre o mujer. Este sentimiento parte de varios factores entre ellos: a) la percepción despertada por la anatomía y fisiología de los órganos genitales, b) de la actitud de padres y hermanos y c) de los pares en la relación de género.

Grupos socializadores

Como menciona Lamas (2000) la identidad de género proviene de diversas fuentes, una de las más influyentes son los diversos agentes socializadores. Entre ellos se encuentran la familia y el ámbito académico; los cuales tienen mayor influencia durante la infancia, mientras otros como la religión, lenguaje y medios de comunicación tienen influencia durante toda la vida. Entonces, estos agentes socializadores influyen de manera significativa en los sentimientos y forma de actuar de las personas.

Familia

La familia es un espacio en donde la singularidad personal es central, es el crisol donde la vida emocional del individuo se conforma por primera vez y a lo largo de la vida es la institución principal de la sociedad en donde se espera sentirse protegido y reconocido. Entonces, la familia cumple una especial influencia sobre las personas, pues la función afectiva y la transmisión de roles hacen que ésta contribuya a perpetuar esquemas; ya que es dentro de la familia en donde se aprende la división sexual.

Ámbito académico

Por ámbito académico se entienden todos los niveles de enseñanza desde pre- primaria hasta universidad, pero ya que la infancia y adolescencia son periodos especialmente vulnerables a los mensajes socializadores, se refiere básicamente a la enseñanza primaria y secundaria; y es desde este ámbito que profesores y libros de texto reproducen

una división sexual del trabajo y estereotipos sexuales claramente sexistas. Además, de esto el sexismo, es reproducido por el mismo alumnado pues las chicas tienden a refugiarse en grupos pequeños y adoptan actitudes pasivas mientras que los chicos son más activos (Poal, 1993).

Religión

La religión es un agente que depende de la cultura y momento histórico en el que se este viviendo, pero no se puede negar su influencia ya que las principales religiones monoteístas (cristianismo, judaísmo, etc.) son sexistas. En todas estas religiones su dios y profetas son varones y en general las mujeres son relegadas a papeles secundarios, de servicio y de acatamiento al varón (Poal, 1993). Basta con recordar el inicio de la creación de acuerdo a la biblia, ya que la mujer es creada a partir de una de las costillas de Adán, cuando Dios se la presenta el da una respuesta muy acorde a sus temores “esto si que ya es hueso de mis huesos y carne de mi carne” perpetuando así la desigualdad existente, pues ella le pertenece (Rodríguez, 2009).

Lenguaje

El lenguaje refleja la existencia de dos géneros distintos dentro de la sociedad pero también invisibiliza a uno de ellos, pues en el género masculino se incluye a los elementos o seres del otro género. Poal (1993, p. 128) menciona “es nuestro, pues, las mujeres están “incluidas” en el sexo masculino, mientras que los hombres tienen, no sólo identidad propia, sino no generizable al sexo contrario”.

Sexualidad

Es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y afectivas que caracterizan a cada sexo; al mismo tiempo que conforma un conjunto de fenómenos emocionales y conductas relacionadas con el sexo. Entonces el impulso sexual esta dirigido tanto al goce como a la reproducción, sin embargo, en la vida cotidiana, la sexualidad juega un papel fundamental y dependerá de las vivencias que tengan de la misma para aceptar y comprender su identidad genérica (Vargas y Rosas, 2010).

Secuelas sexuales: las necesidades y sentimientos relacionados con la sexualidad en las pacientes con cáncer son un tema poco habitual sin embargo las disfunciones son variadas y son tan importantes como la enfermedad.

Vida sexual

La vida sexual se puede ver afectada por numerosos factores que van desde los síntomas y consecuencias de los tratamientos; se puede presentar anemia, anorexia, debilidad o dificultad para la actividad sexual. Asimismo los factores de orden psicológico (creencias, afrontamiento, motivaciones e impacto emocional de la enfermedad) juegan un papel fundamental en la aparición de dificultades de orden sexual. Por lo que Chacón, Grau, Fleites y Llantá (1999, p. 50) mencionan “la sexualidad sigue siendo una necesidad de esa persona enferma, aún en estadios terminales y aunque disminuya el interés por el coito, se mantiene presente el deseo de proximidad y contacto físico”.

Menopausia terapéutica

Algunos tipos de cirugía pueden producir la menopausia; al extirpar el útero (histerectomía) cesa la menstruación. Cuando se extirpan ambos ovarios (ooforectomía), los síntomas de la menopausia empiezan de inmediato, sin importar la edad. Se presenta disminución en los niveles de las hormonas estrógeno y progesterona, hormonas que son importantes para mantener en buen estado de salud a la vagina y al útero, por lo que la lubricación en la vagina disminuye produciendo dolor en el coito, así como la baja de libido (Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento, 2011).

Relación de pareja

La relación de pareja entendida como la convivencia que se da entre dos personas procedentes de familias distintas, generalmente de diferente género, que deciden vincularse afectivamente para compartir un proyecto común, lo que incluye apoyarse y ofrecerse cosas importantes mutuamente, en un espacio propio que excluye a otros pero que interactúan con el entorno social. Además, al hablar de relación de pareja es inevitable hablar del matrimonio por lo que Gómez, 2007, menciona que el matrimonio no sólo es una carrera honorable sino también es la única forma que permite a la mujer acceder a su integral dignidad social y realizarse sexualmente como amante y como madre.

Cuerpo

El cuerpo es una construcción cultural, que va del sexo al género, es decir que este último construye al cuerpo de manera que esta organizado a partir de las normas que se

establecen y las cuales logran que exista una identificación corpórea de acuerdo al género al que se pertenezca (Martínez y Paterna, 2005).

Según López Ramos (Como se citó en Araujo, 2002, p. 11) “el cuerpo humano es el receptor de una cultura, fruto de ello a su vez elabora sus procesos de acomodo de la información de acuerdo con las formas de socialización y no sólo eso, la prolongación de los modelos socializados como padres, hermanos, que desempeñan un papel muy importante para la construcción subjetiva de las emociones y las percepciones por parte de los individuos, y eso conduce a la creación de mecanismos para la interiorización de las experiencias que involucran las sensaciones”. El cuerpo humano y la familia son el espacio de concreción del sujeto, pues ahí se gestan procesos conscientes e inconscientes que el individuo no alcanza a digerir.

Imagen corporal

Desde el campo de la psicología la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno- a piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo. La imagen corporal se concibe como parte del autoconcepto, que puede entenderse como el conjunto de percepciones o referencias que la persona tiene de sí misma e incluye juicios, comportamientos, habilidades o apariencia externa (Sebastian et. Al. 2007).

Cáncer ginecológico

Los cánceres ginecológicos aparecen en distintas localizaciones entre las que cabe citar: endometrio, cervix, vulva y ovario. Muchos de estos cánceres producen poco o ningún síntoma hasta que el tumor es avanzado y aparecen con mayor frecuencia en mujeres mayores, pero pueden ser diagnosticados en cualquier momento del ciclo vital. El cáncer y sus tratamientos frecuentemente alteran el aspecto físico de los pacientes que lo padecen; estos cambios pueden ser temporales, como la caída del pelo, alteraciones en la piel, uñas, cambio de peso u otros que son permanentes, como los efectos de algunas cirugías (cicatrices, amputaciones, deformidades, asimetría) (Fernández; Olivares, 2004). De acuerdo a Calderón (2010) las mujeres con cáncer siguen una trayectoria la cual se divide en algunas fases que se presentan a continuación:

Primeros síntomas y diagnóstico

Esta fase se da desde el momento en que las mujeres presentan algún síntoma como secreción mal oliente y en casos más avanzados dolor coital o postcoital, así como sangrados abundantes; en variadas ocasiones el diagnóstico es equivocado, debido a la poca acuciosidad de los médicos(as) o a falsos negativos en el papanicolau. Por lo que al llegar a su primera cita con el oncólogo las mujeres ya han pasado por un largo recorrido.

Tratamiento

Una vez diagnosticado el cáncer se realizan una serie de análisis que determinaran el tratamiento a seguir de acuerdo a las características y el tamaño del tumor: cirugía en etapas tempranas y radioterapia o quimioterapia en etapas avanzadas.

Etapas de vigilancia y control

Al terminar el tratamiento se cita a las mujeres periódicamente primero cada mes, cada dos meses y así sucesivamente, lo cual dependerá de la evolución que presenten. Este período suele ser largo y difícil ya que las pacientes están tratando de recuperar la cotidianidad de sus vidas y al mismo tiempo sienten una gran incertidumbre frente a su presente y futuro (Calderón, 2005).

Maternidad

La maternidad implica cuestiones biológicas, psicológicas y culturales. Es por ello, que las mujeres al verse impedidas para tener hijos tienden a buscar otras opciones como la adopción o fertilización in Vitro, pues a ellas se les ha asignado el papel de ser madres, dado que son el vehículo natural de la función maternal (Cuevas, 2004).

Prácticas de salud

Costa et. Al. (2005) mencionan que las prácticas de salud dirigidas a las mujeres construyen determinadas significaciones sobre la salud y el cuerpo. “Comprendiendo que las prácticas en salud producen determinadas formas de ser, vivir y sentir, y constituyen modos de ser mujer y de ser hombre” (Costa et. Al. 2005, p.74).

Medicina alternativa y recursos complementarios

Es el conjunto de prácticas, cuidados de salud y productos que hasta el momento no son considerados parte de la medicina tradicional. Estas prácticas han tenido un incremento a nivel mundial quizá por la insatisfacción en los resultados médicos, desacuerdo en la relación médico- paciente y crecimiento en la investigación de la efectividad de la medicina complementaria (Pavón, 2007).

3.2 Objetivo general

- Conocer la identidad de género femenina en mujeres con cáncer ginecológico, que hayan sido hysterectomizadas.

Objetivos específicos

- Describir los significados atribuidos a la identidad de género en mujeres hysterectomizadas con cáncer ginecológico.
- Identificar la autoimagen que tienen las mujeres con cáncer ginecológico de su cuerpo a partir del proceso que viven al enfermar de cáncer
- Describir el significado de los aspectos corporales de las mujeres con cáncer ginecológico antes de haber vivido la experiencia de enfermar.
- Describir el significado de los aspectos corporales de las mujeres con cáncer ginecológico que se han visto modificados a partir del cáncer.

3.3 Procedimiento

La investigación del problema desde una perspectiva de género hizo necesaria la utilización de métodos y técnicas cualitativas debido a que éstas, buscan captar el significado de los fenómenos sociales.

Se utilizó el muestreo intencional, es decir a través de criterios estratégicos personales que recogen al actor más apropiado para el proyecto de investigación. Posteriormente, se les explicó a grandes rasgos el tema de investigación. A las interesadas en participar se les habló acerca de los objetivos del estudio y se les pidió que firmaran el consentimiento informado asegurando su confidencialidad aceptando el compromiso de entregarnos su relato de vida.

El instrumento utilizado fue la historia de vida, en la cual se consideraron los ejes antes mencionados. Las entrevistas fueron llevadas a cabo en dos sesiones en donde se abarcaron los aspectos fundamentales de los objetivos de la investigación, las entrevistas fueron flexibles adecuándose al lenguaje y ritmo de las participantes, así como la duración de las mismas. Cada entrevista fue grabada y transcrita textualmente para posteriormente, realizar el análisis de experiencias de las mujeres con cáncer. Tal análisis se llevo a cabo en diferentes fases:

El campo	Definición del problema
	Diseño del trabajo
El texto	Recogida de los datos
	Análisis de datos
El lector	Informe y validación de la investigación

Las historias de vida, permitieron obtener información ya que este tipo de entrevista da la flexibilidad para obtener información suficiente, dando lugar a significados que sólo pueden expresarse y comprenderse en esta dinámica de trabajo; en donde se dieron una serie de controles (grabar las entrevistas) para garantizar la validez de la investigación.

Posteriormente, se realizó el análisis de contenido (técnica para leer e interpretar el contenido de toda clase de documentos, en especial cuando son escritos) con enfoque narrativo que analiza el discurso, basado en el constructivismo: se efectuó el registro de la entrevista y conservación de la información obtenida, para transformarlo mediante un proceso de manipulación o codificación sistemática:

Texto de campo: es el primer documento que consiste en el texto confuso, desordenado, lleno de repeticiones y enigmas.

Texto de investigación: a partir del texto de campo se elabora un segundo texto en donde se incluyen las primeras categorizaciones de la información, se añaden interpretaciones personales, comparaciones y matizaciones.

Texto interpretativo provisional: se transforma el texto de investigación a un documento provisional en donde el contenido central está constituido por la interpretación de lo que se ha captado y de la experiencia personal, así como la versión científica de la realidad social.

Informe final: el texto anterior se compartirá con los asesores, asimilando las críticas e integrándolas a la redacción final; se presenta ante el público y este informe se convierte en un texto cuasi público (Ruiz, 1999).

3.4 Descripción de las participantes

Esta investigación surgió a partir de la necesidad de conocer la identidad de género en las mujeres con una histerectomía. Así al momento de buscar a las participantes se utilizaron todos los recursos disponibles. Cabe mencionar que las pacientes fueron localizadas a través de una larga búsqueda por instituciones de salud entre ellas Hospital General, Hospital de la Mujer y Clínica 4 de Gineco- obstetricia ya que se había pensando en realizar las historias de vida a mujeres que no tuvieran hijos, sin embargo ante la dificultad de contactar pacientes con estas características se decidió realizar las entrevistas a 2 mujeres sin hijos y una con una hija. Las 3 participantes tienen histerectomía (remoción útero) más ooforectomía (eliminación quirúrgica de uno o de los dos ovarios) por la etapa en la que cursaba el cáncer. En la presente tabla se presenta una breve descripción de las participantes.

Nombre	Edad	Estado civil	Religión	Escolaridad	Ocupación	Dx	N. de hijos
Carina	31	Casada	Ninguna	Licenciatura	Medica	Cáncer de ovario	0
Fernanda	31	Casada	Católica	Bachillerato	Empleada	Cáncer de ovario	0
Emilia	39	Unión libre	Ninguna	Licenciatura	Voluntaria	Cáncer cervicouterino	1

Tabla 1. Características de las participantes

Es importante mencionar que los nombres de las participantes fueron modificados, respetando su confidencialidad y todas las experiencias que cada una de ellas aportó a través de sus historias de vida.

CAPITULO 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Al ser el punto central la identidad de género se comenzó el análisis a partir de ésta y posteriormente se desplegaron las demás categorías que convergen siempre en un mismo punto que es la conformación de la identidad.

Identidad de género

Indagar acerca de la identidad de género de las mujeres nos dio un panorama de lo que hoy significa “ser mujer”. Por lo que se puede mencionar que ellas tratan de cumplir el rol que la sociedad les ha asignado, para algunas mujeres el ser madre sigue siendo fundamental, de acuerdo a Castañeda (1995) la maternidad es una institución que se ha prescrito para las mujeres, es por ello que al encontrarse ante la remoción del útero se sienten menos mujeres y se cuestionan la forma en que vivieron y la forma en que van a vivir a partir de ese momento.

Fernanda se sintió menos mujer, se percibía como una mujer diferente, ante la imposibilidad de tener hijos, la realización de la histerectomía represento un asalto a su cuerpo pero no tuvo más opción pues conservaba su vida o su matriz, decidiéndose por la primera, a sabiendas de todas las implicaciones que la histerectomía representaba. Ella se comenzó a sentir incompleta, incapaz de poder tener una pareja que la quisiera y la aceptara sin matriz, esto reafirma lo que Lagarde (2005) menciona acerca de la condición que vive la mujer dentro de la sociedad ya que lo esencial de la mujer, la femineidad, la identidad femenina está basada en la sexualidad reproductora, procreadora, la que da vida a los otros.

Fernanda: “Fue una situación muy difícil... desde los siete años que yo llegue aquí, imagínate pensar voy a ser una mujer normal, voy a hacer mi vida y de repente te enteras que no vas a tener hijos, que nos va a hacer una familia, que vas a tener la peor enfermedad de tu vida es muy pesado...”

No cabe duda alguna de que la femineidad, como capacidad de engendrar, ha sido considerada desde siempre como una potencia sagrada, en todos los pueblos se encuentran ritos de fertilidad, en los grandes sistemas religiosos aparecen deidades femeninas. La propia Virgen del cristianismo se define como “Madre de Dios” y se

representa como una divinidad materna (Leonelli, 1995). Precisamente, *Carina* nos muestra que la maternidad es algo poco relevante para ella, pero por la presión social en algún momento deseó tener un hijo, aunque actualmente percibe las cosas de diferente manera pues su pareja la apoyo en todo momento, es algo que no le preocupa, lo más importante para ella es mantener su salud.

Carina: Si yo ya no le iba a poder dar hijos, aunque nunca fue mi sueño dorado, pues si me pregunte que iba a hacer, más que nada por la sociedad...por la presión social porque las mujeres dicen y ahora que voy hacer si no puedo tener hijos, en que voy a trabajar, que voy a hacer, pero aún así creo que fueron más importantes mis ovarios por la parte hormonal que mi matriz, ¡¡sí!!

Por su parte *Emilia* tiene una percepción totalmente diferente, para ella la remoción del útero no significo algo relevante más que por la parte hormonal, pues a partir de esto comenzó con la menopausia terapéutica que implico cambios importantes en su cuerpo.

Emilia: Yo no era mujer porque tengo matriz, mi formación, mi conformación, mi fisiología, mi mecánica, también mi estructura femenina, también los órganos reproductivos femeninos, pero no soy más que todo eso y aquí estoy, sin ellos aquí estoy. Soy más que todo eso, mucho más, yo nunca le puse esa cualidad o esa característica que me hacían a mi ser quien soy no! a parte de mi cuerpo, de mis órganos, eran mis órganos reproductivos femeninos, nada más... ahora ya carezco de esos órganos. Pero soy yo!, sigo siendo yo, no me quitaron parte de mi ser intrínseco, no me quitaron algo con lo que no pueda vivir en la vida, no!!

Lo cual coincide con lo que Lagarde (2005) señala ya que algunas mujeres han dejado de vivir hitos de su feminidad y han encontrado nuevas formas de vidas, aunque esto las lleve a ser evaluadas por estereotipos rígidos (malas mujeres, incapaces, raras o locas).

Emilia: Mientras como especie no entendamos que damos todo y que somos todo y que somos necesarios todos. Pues vamos a seguir en esta matazón de gente y en esta negación de las mujeres en este discurso jodido de la feminidad y género... Nosotras somos las mujeres, nosotras somos las procreadoras..., pero más allá de eso, nuestras capacidades, inteligencias, talentos, pues ahí van... ¿qué significa ser mujer? Pus significa vivir, significa estar aquí y lo que te dije significa construirme...

Si bien algunas mujeres como *Emilia* han logrado cambiar hitos de su femineidad, otras siguen cumpliendo con lo que la sociedad les ha asignado e internalizan “su ser mujer” a

partir de normas, prohibiciones y deberes que de manera compulsiva las mantienen dentro o fuera del espacio normativo (Lagarde, 2005), por lo cual perciben que ser hombre es mucho más sencillo como es el caso de *Fernanda y Carina*.

Fernanda: A través de lo que yo viví, fue pesado, este llegó un momento en el que dije mejor hubiera sido hombre ¡no!, porque las mujeres vivimos tantas cosas que ¡hay no! es difícil, pero pues, finalmente estoy bien, con todo lo que eh pasado ahorita estoy contenta, estoy feliz, viviendo mi vida normal, cosa que no llegue pensar a hacerlo, pero aquí estoy.

Carina: Ser mujer, es algo muy difícil, muy, muy difícil, bueno para mí, porque me sentí muy sola...me valoro muy poco, además ahora ser mujer es ser exitosa, profesionalista, ama de casa tienes que ser todo a la vez; pero fuera de eso me parece que no importa el género, el rol que te toca vivir, bueno a mí me gusta atender a mi marido, me gusta cocinar, atender mi casa y toda esa parte y bueno el no poder tener hijos es algo que no nos preocupa.

Es por ello que las vivencias de las participantes han sido fundamentales para poder entender la manera en que convergen los factores culturales, sociales y psicológicos y con esto las condiciones de vida, su manera de ser y de relacionarse y han puesto al descubierto que continúan valorándose a partir de la capacidad de ser madres, pero al mismo tiempo se manifiesta la capacidad de poder reencontrarse con sus cuerpos y concebir que más allá de tener útero son seres integrales con una gran gama de posibilidades para vivir de manera distinta.

Maternidad

Como ya se había mencionado la proyección de la mujer siempre se ha dado en función de la maternidad como escena constitutiva de “ser mujer”, coronada esta idea por actitudes coherentes como la ternura y el sacrificio que son inculcados en la mujer por un orden cultural y por la madre quien fue educada de la misma manera (Araujo, 2002) .

En consecuencia las mujeres al verse ante la imposibilidad de ser madres, buscan diversas opciones que les ayuden a cumplir este deseo o esta norma, luego *Carina* reiteradas ocasiones menciona que para ella no es tan importante tener hijos, sin embargo cuando decide que le retiren la matriz empieza a buscar opciones, es así como su ovario hoy se encuentra en un Instituto de Infertilidad, esperando a que ella sea dada de alta en oncología para poder intentar tener un bebé.

Carina: No quisimos dejar la opción y esa posibilidad, bueno, hablamos con el director del Instituto y el nos dijo: ¡vamos!, vamos por el ovario para congelarlo, entonces yo le digo a mi oncólogo, investigue esto y esto y esto y van a venir y el me dijo yo no puedo dejar entrar al laboratorio, al quirófano a alguien desconocido ¡no! a un externo del seguro social, ¡¡y ora!! Bueno hable, yo operada y con todos mis traumas , me fui a hablar con todo el mundo, llegue hasta con el director de la gineco... hubo muchos nos al principio, no, no, no se puede, porque, porque en la clínica nunca se había hecho eso, nunca alguien había solicitado eso, entonces hable con todo el mundo, hice cartas, de allá de Guadalajara les dije por favor mándenme todo del Instituto para yo avalar que ustedes son una institución seria, no, no!! Hice un papeleo ¡no sabes! Y lo logre y vinieron las personas de Guadalajara, entraron a mi cirugía y se llevaron mi ovario, eso estuvo increíble!... fue una cosa muy buena entre todo lo malo, fue una cosa muy buena y allá esta mi ovario.

Por su parte *Fernanda* al terminar su tratamiento, hablo con su esposo de la necesidad que ella tenía como mujer de tener un bebé, entonces empezaron a buscar opciones que les ayudaran a tener un hijo, pero se encontraron con la burocracia en las instituciones para poder adoptar, así como requisitos que muchas parejas no pueden cumplir como ser casado tanto por la iglesia como por el civil, como si para ser padre tuvieras que ser católico para poder ser un buen padre o madre.

Fernanda: Una como mujer si quiere tener un hijo, ya sé que no puedo...empezamos a investigar en el DIF, en las casas hogar y demás pero nombre, te ponen una de condiciones que dices ¡ay dios mío! Mejor me quedo sin hijos, jajaja, no si este, de hecho estábamos enfocados a una casa hogar que se llama VIFAC, y pero, nos piden que seamos casados por el civil y por la iglesia, entonces por la iglesia no nos hemos casado, ni creo que nos casemos, pero este... luego vimos en el DIF y pues también, tantos son los requisitos que piden y aparte hay que ir a convivir con ellos, este, un mes, luego que si no se adaptan a nosotros que nos lo quitan, entonces, ¡¡ay no se!! Es muy difícil la adopción, ponen tantas trabas, pero así lo manejan; esa es la parte de la adopción que si la hemos visto pero no se nos ha hecho, ni creo que se nos haga porque te digo, es muy difícil!

De hecho coincide con lo referido por Friday (1996) ya que los inconscientes y más profundos sentimientos obtenidos de los seres más cercanos y claro de la sociedad de la que forman parte influye en la forma en la que actúan y viven no descansarán y solamente se sentirán en paz, seguras de sí mismas, cuando hayan cumplido con el

glorificado “instinto” para el cual han sido educadas, a través de la imagen de sus propias madre, repitiendo: “Tu no serás una mujer completa hasta que seas madre”.

Emilia vive la maternidad totalmente diferente a las otras entrevistadas ya que ella si tuvo la oportunidad de ser madre y aunque tuvo en algún momento deseo tener otro bebé con su actual pareja, ella se encontraba consciente de que el no deseaba un niño adoptado.

Grupos socializadores

Familia

La familia juega un papel fundamental en las primeras etapas de vida, pues en este espacio en donde se convive la mayor parte del tiempo y permite desarrollar y aprender pautas y normas de conducta para responder ante diversas situaciones de la vida. Desde el momento de nacer las personas son asignadas a una categoría sexual, a partir de esto se aprende como actuar si se es hombre o mujer y se internaliza todo esto, desarrollándose la identidad.

Dentro de la historias de vida se detectaron ciertas similitudes entre ellas la carencia afectiva de parte de algunos de los padres o de ambos, en el caso de *Carina* recibió muy poca atención de ambos padres, su principal cuidadora fue su abuela y a pesar de que tenía una hermana mayor su relación fue lejana debido a la diferencia de edades y al embarazo precoz de su hermana, aunado a la decisión que tomaron sus padres al correrla, pierde el contacto con ella hasta el momento en que nace su sobrina. Posteriormente ella se va a vivir con su mamá y con su pareja y ella vive sola; con su papá el contacto es casi nulo.

Carina: Me construyeron un cuarto, totalmente independiente de la casa, de hecho yo, al cuarto no podía entrar por la casa, yo tenía que rodear para entrar por otro jardín y entonces ya llegaba a la parte de atrás donde estaba mi cuarto, yo nunca entraba a la casa, entonces para mí, si vino una cosa para mí, que dije, ¡bueno, de que se trata! Sola, pues, ay ya voy a empezar a llorar, mmm... Pues si vivía sola, ahí, ya no debería de pasarme esto, ya pasaron muchos años ¡no!, pero bueno viví sola ahí atrás... o sea no me parece que fuera lo ideal para una niña de 15 años.

Por su parte *Emilia* tuvo un papá ausente, autoritario, machista, mujeriego, preocupado más por el trabajo que por otra cosa; con respecto a su mamá su relación era estrecha

aunque tampoco era muy afectuosa, *Emilia* la considero su mejor amiga hasta el momento de su muerte.

Emilia: El hubiera querido que yo fuera varón y eso lo supe, eso si, por supuesto, él, soñó que yo fuera varón, pero pus dios no cumple antojos si endereza jorobados jajaja!!... además el trato de mi padre era misógino.... Entonces, hay una película que se llama "la oveja negra"... el personaje del papá de Pedro Infante es mi papá..., cabrón, macho, jodido, explotador, vividor, este con un chingo de viejas, este, siempre de ojo alegre, siempre irrespetuoso.

Al ser la familia la institución principal en donde la vida emocional se conforma (Poal Marcet, 1993), la actitud del padre de *Emilia* influyo sobremanera en la conformación de su identidad y en la transmisión de roles.

Emilia: Mi papá nunca, o sea te digo yo no recuerdo que mi padre jamás, nunca en la vida me haya dado un beso... y te digo que mi papá siempre a lo que llegaba era a chingar...Mi mamá era como... como te puedo decir y mira que no era muy afectuosa, pero te vibraba la onda del amor, dicen que obras son amores ¡no! Esa era mi mamá, ella te demostraba como te quería a través de lo que hacía, no de lo que te decía o no porque te agarrara, te abrazara o te besuqueara... eran como esos detallitos ¿no?

Fernanda careció de una figura paterna, ya que su papá muere cuando ella es una niña y comienza a vivir con su hermana mayor que fue la que fungió como su madre.

Fernanda: Mi infancia la viví feliz, jajaja!! ... Mi hermana... fue mi segunda madre, ahí ella es la que me apoyo en todo, en mis estudios y a terminar mi carrera. De alguna manera nos veía como sus hijas.

Como se puede observar la familia es parte fundamental en la formación de los seres humanos, es por ello que Lamas (2000) reitera que la identidad de género proviene de diversas fuentes, entre ellas la familia ya que es la infancia donde los agentes socializadores influyen de manera significativa en los sentimientos y en la forma de actuar de las personas. Siendo esta el primer espacio de concreción, estas mujeres construyeron formas de vida que las hicieron responder de determinada manera ante las situaciones que se presentaron en su vida.

Carina: Sabes que paso conmigo, en lugar de pedir ayuda a lo mejor, irle a chillar a alguien o eso, pues no, yo me volví muy autosuficiente, desde el momento en que yo me vi sola dije haber si ya voy a estar sola... me hice la yo puedo sola, o. k. voy a estar sola, pues puedo sola o sea esto no me va a acabar y ¡yo puedo!

Emilia: Mira, yo le agradezco a mi papá varias cosas a él, me enseñó a ser responsable, me enseñó a respetar la palabra “enseñar”, me enseñó a trabajar, me enseñó a amar los libros y lo más importante es que me enseñó que un hijo de la chingada como él nunca iba a estar en mi vida y eso hay que agradecerlo, jajaja!!!

Fernanda: Cuando falleció mi papá, siempre le dije: voy a estudiar, voy a hacer algo en la vida, voy a regresar y te voy a comprar lo que tú quieras, te voy a hacer tu casa... Bueno lo que uno promete de chico ¡no!, entonces, si me hubiera gustado que mi vida hubiera sido de otra manera, pero digo que podía esperar

Ámbito académico

Al igual que la familia, la escuela como grupo socializador juega un papel fundamental en la estructura de personalidad y por tanto en la identidad, es así como los maestros transmiten ideologías a través de sus enseñanzas; precisamente *Emilia* encuentra su pasión en la primaria y a partir de esto toma la decisión de estudiar psicología, con respecto a *Carina* la vida escolar siempre le pareció muy sencilla, de este modo ella halla en la medicina un opción para desarrollarse, aunque hoy en día este decidiendo alejarse de esta porque sus expectativas se han modificado; para *Fernanda* los estudios fueron lo primordial siempre dejo al lado otros aspectos, ya que su hermana la trae a vivir al D.F. con la finalidad de que estudie, entonces para ella el ámbito académico fue fundamental para la conformación de su personalidad.

Emilia: A mis papas siempre les preocupo que yo tuviera una buena formación académica... desde muy pequeñita aprendí ese asunto de cooperar, de solidarizarse, de hacer las cosas en equipo... la secundaria fue padrísima.

Fernanda: Mi adolescencia...desde la secundaria este hacíamos lo mismo, mi hermana trabajando, yo en los estudios. Yo siempre tenía una meta ¡no!. No fui de las clásicas que hay!! Salen de la escuela y están llorando ¡no! y lo que sigue y lo que sigue.

Carina: Me la pasaba bien en la escuela en primaria, tengo algunos recuerdos de la primaria, de la secundaria, hay poquitos, pocos... y recuerdo que la primaria me gustaba tenía muchos amigos y siempre mí...no me considero que era una mala estudiante, me descompuse en la prepa, ahí si ya vinieron reprobadas y extraordinarios.

A pesar de que se menciona que la influencia se da en mayor medida en la infancia y en la adolescencia, cabe mencionar que continuar el estudio en siguientes etapas como en el caso de *Carina* y *Emilia* que terminaron una licenciatura, les permitió ver una gama más amplia de posibilidades e internalizaron “su ser mujer” de manera distinta, aunado a las experiencias adquiridas a lo largo de su vida.

Religión

De acuerdo a Rodríguez (2009) la religión es un agente que depende de la cultura y momento histórico en el que se esté viviendo. De hecho, la influencia que ejerce la religión es sumamente importante luego se puede observar que *Fernanda* la única que profesa la religión católica es la que tiene más arraigada la idea de la maternidad y se vio como una mujer incompleta ante la imposibilidad de tener hijos, pues la propia Virgen del cristianismo se define como “Madre de Dios” y se representa como una divinidad materna. Entonces la maternidad es el trabajo más importante para una mujer, es un compromiso vital

Mi hermana está en una comunidad católica... ellos empezaban a rezar a orar por mi y demás, no se como que me refugiaba y decía ¡no! que pecado yo cometí ¡no! para pasar por todo esto.

De tal forma *Fernanda* se pregunto en múltiples ocasiones, que había hecho para estar padeciendo esa enfermedad, en relación con esto Laplantine (1999) indica el cáncer es visto como una “enfermedad/ castigo” o “enfermedad /maldición”, provocada por faltas o negligencias ligadas a normas religiosas o médicas, llena de vergüenza pero sobretodo colma de culpa a las personas que la padecen. A diferencia de *Emilia* que no profesa ninguna religión ella se ve como alguien integral y *Carina* que se vio más influenciada por otros agentes, de hecho ella decide unirse al budismo y a la meditación que fueron cosas que le ayudaron a entender su enfermedad y con la cual comparte su forma de pensar.

Carina: Me uno a la meditación y al budismo porque cuando pasas por algo así buscas de donde agarrarte pero el catolicismo nunca me ha gustado, creo que existió Jesús, ¡claro! Pero de ahí a

adorar una estatua de yeso ¡no! pero el budismo es algo que comparto, todo lo que yo soy coincide con esta forma de vida.

Lenguaje

De acuerdo a Aguado (2004) la identidad se forma en el proceso de socialización, es entonces cuando el lenguaje ayuda a acceder a la psique y a la subjetividad, ya que es a través de este que se invisibiliza a las mujeres, se vuelve una herramienta que ayuda a transmitir la forma de interactuar dentro de la sociedad, desde el sistema de valores hasta el conjunto de relaciones posibles mujer/hombre. En nuestro lenguaje el hombre es el punto de referencia (sistema androcéntrico) en el contenido semántico el uso del masculino se generaliza para ambos géneros (Fuentes, 2009)

Fernanda: Cuando falleció mi papá, siempre le dije: voy a estudiar, voy a hacer algo en la vida, voy a regresar y te voy a comprar lo que tú quieras, te voy a hacer tu casa... Bueno lo que uno promete de chico ¡no!, entonces, si me hubiera gustado que mi vida hubiera sido de otra manera, pero digo que podía esperar si yo vivía en un pueblo.

Emilia: El (papá) tenía de amante a la dueña de los departamentos que vivía a la vuelta de la casa y los hijos de esa señora me espiaban a mí...y dije no cabrón!! ¡Qué desmadre es este! Entonces yo le dije a mi mamá, sabes que cabrón... o sea no tienes un poquito de dignidad, no tienes un poquito de vergüenza con ustedes ya no quiero vivir, a la chingada los dos.

Es así como *Emilia* y *Fernanda* se refieren a las mujeres desde este punto de referencia, se les ha enseñado a hablar de esta manera aunque algunas cosas si se han modificado pues en su discurso son pocos los momentos en que ellas hablan de esta manera, al igual que *Carina* pues son pocos los momentos en donde usa el sistema androcéntrico al expresarse.

Sexualidad

Con respecto a la adolescencia las mujeres viven un periodo de cambio que define de manera importante el ser mujer, pues se dan las primeras experiencias sexuales, así como la menstruación que es vivida por las participantes como algo terrible y doloroso, por una parte por la poca información recibida de parte de padres y maestros y por otro lado por los cambios que esto significa.

Carina: Mi menstruación vino a los 13 años y yo ya estaba preocupada porque yo ya iba en la secundaria y ya toda mis amigas ya y yo nada y yo decía pues cuando a mi? Estaba informada, sabía como iba a ser eso y cuando me llegó hay dije ¡válgame dios! De haber sabido, hubiera disfrutado el tiempo sin esta cochizada... toda mi vida de menstruación fue dolorisísima, de tirarme por lo menos los 2 primeros días de periodo, era tirarme, vomitar del dolor, mi estomago lo que me tomara me dolía, era un dolor terrible! Eh, siempre la sufrí mucho... era incapacitarme en trabajo, incapacitarme en la escuela ... me decían toma analgésicos 2 días antes de tu periodo, cuando te cases se te va a quitar yo decía, cuando yo era niña, que tiene que ver me casé con que se me quite el dolor, yo no entendía a lo que se referían, pero bueno yo supongo que ellos querían decir cuando iniciara una vida sexual se me iba a quitar, cosa que nunca paso yo toda la vida sufrí mucho de la menstruación.

Emilia: ¡Horrible!! Mi mamá ya me había platicado, te digo mi mamá era otra cosa...la menarca me duro 15 días... yo pensé ya va a ser siempre esto y pues eso pensé yo, porque salía, salía y seguía saliendo, tienes poco y no sabes cómo manejarte. Además me dijeron no puedes brincar, no puedes trepar a los árboles, no puedes correr y dije ¡uchale!... no fue nada traumático en el sentido de la sorpresa, bueno fue traumático por lo que significaba... siempre un día lo perdía yo completamente porque me venía casi, casi desmayando... siempre los cólicos fueron terribles, siempre. Me decían tonterías, se te van a quitar cuando tengas relaciones sexuales, se te van a quitar cuando vayas a parir un hijo, ¡¡¡no, no es cierto!!! Siempre fue así... Incapacitante un día cada 28 días, un día, o sea que yo vivía 27 días bien y el 28 lo sobrevivía.

La sexualidad y los cambios puberales es algo de lo que se habla poco, justamente *Fernanda* narra que cuando le hablaron de sexualidad en la escuela sacaron a los niños para poderle explicar a las pequeñas los cambios que estaban por venir, por lo que Gilligan (1982) menciona que el momento de la menstruación es parte fundamental en el desarrollo de la identidad de la mujer, pues es símbolo de madurez, transito de niña a mujer, pero sobretodo es un encuentro o desencuentro con la sexualidad, tabúes o restricciones impuestas por la sociedad. En consecuencia a algunas mujeres les cuesta mucho trabajo hablar de sexualidad como *Fernanda* pues en todo momento se mostró reservada y se limitó a contestar las preguntas realizadas, por su parte *Carina* se mostró más abierta a hablar del tema al igual que *Emilia* pues ella vivieron su sexualidad plenamente hasta que se presenta la enfermedad, ya que los tratamientos tales como la cirugía o quimioterapia conllevan efectos secundarios presentándose secuelas sexuales:

Vida sexual

Algunos factores relacionados con los síntomas y consecuencias de los tratamientos como la anemia, anorexia, debilidad conllevan una dificultad para la actividad sexual. Asimismo los factores de orden psicológico (creencias, afrontamiento, motivaciones e impacto emocional de la enfermedad) juegan un papel fundamental en la aparición de disfunciones. Precisamente *Emilia* y *Carina* tenían una vida sexual plena; *Emilia* comienza a tener dolor desde que aparece un flujo abundante ya no tenía relaciones con la misma frecuencia que antes, después viene la operación y tiene que tener un periodo de recuperación, terminando esto sigue con dificultades y hasta hoy en día presenta secuelas en su vida sexual.

Emilia: Hay una cosa que no se ha resuelto bien, en mi vagina... entonces no tenemos relaciones satisfactorias, desde antes por todo el cuadro que tuve y después no hemos podido recuperar, me duele mucho, ya le dije al médico, ya me mando ahí una cosa hormonal pero no, no, no!!... el no me ha dicho nada pero pus digo, finalmente a los dos nos corre la sangre por las venas ¡no! y además teníamos una relación muy plena y muy frecuente, entons ahora... y él se da cuenta... que a mí me duele, me lástima!... entonces no sé como lo vamos a resolver, todavía, es algo que está en pendiente.

De acuerdo a Chacón, Grau, Fleites y Llantá (1999) el cáncer ginecológico (vulva, ovario y cervical) y el de mama afectan de manera significativa la esfera sexual, este aspecto está asociado a que en el ser humano lo individual, lo psicosocial y lo cultural juegan una enorme influencia en la expresión de la sexualidad. Es por ello que *Carina* también presento algunas secuelas ya que su cuerpo dejo de generar estrógenos por la cirugía que le realizaron.

Carina: A mí me ha afectado lo que sucedió, lo que paso de la enfermedad, yo creo que la secuela más grande que me dejo fue la cuestión sexual..., entonces pues vienen muchos cambios, entre ellos la baja del libido, del deseo, eso, eso es lo que lucho porque a veces no tengo ganas, batallo mucho con... esta cuestión o aunque tenga ganas pues no hay suficiente lubricación...yo no le cuento mucho o sea a veces accedo a estar con él porque pienso en él, que él quiere, pero yo no quiero, no me dan ganas... tengo mucho miedo de que el busque a alguien más para eso porque que yo sepa él se siente muy bien conmigo en todos los aspectos, lo veo... porque yo pues no como debería o no como antes de que todo esto sucediera, ese es mi miedo hoy...

Con respecto a *Fernanda* como ya se había mencionado, se mostro muy reservada en cuanto este tema, pero menciona que no ha tenido ningún problema con su vida sexual, la recupero poco tiempo después de que le dijeron que se encontraba bien sin ningún problema. Asimismo, Chacón et. Al. (1999) refieren que algunas mujeres con histerectomía o exenteración pélvica mantienen la capacidad de tener orgasmos y algunas mujeres notan una mejoría notable en las relaciones sexuales por lo cual es importante tomar en cuenta las variables psicosociales y socioculturales.

Menopausia terapéutica

Algunos tipos de cirugía pueden producir la menopausia; al extirpar el útero (histerectomía) cesa la menstruación y al extirpar ambos ovarios (ooforectomía), los síntomas de la menopausia empiezan de inmediato, sin importar la edad. Es así como *Fernanda, Carina y Emilia* comenzaron con el climaterio aunque cada una lo experimento de manera distinta; para *Fernanda* los cambios han sido casi nulos estuvo tomando por un largo periodo estrógenos de origen equino pero al presentar recurrencia en el intestino y pasar por quimioterapia decidió no volverlos a tomar y hasta ahora cursa sin ningún problema.

Fernanda: Hasta el momento no he tenido ningún problema y ahorita no los estoy tomando, o sea yo los deje por lo mismo de que me da miedo que si los tomo... Como te digo son de origen equino, no yo no quiero buscar otras opciones... pero o sea no me he sentido mal, al grado de poder buscar esas pastillas ¡no! Hasta el momento me he sentido bien y no he tenido ningún problema para las relaciones sexuales.

De acuerdo al Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento (2011) la menopausia es la disminución en los niveles de las hormonas estrógeno y progesterona. En consecuencia, se puede dar pérdida de deseo sexual, poca o nula lubricación vaginal, resequedad en la piel y bochornos. Así, *Emilia y Carina* vivieron estos efectos causando problemas en la esfera sexual ya que presentaron poca lubricación vaginal por lo que al tener relaciones sexuales existe dolor en especial en *Emilia*. Por su parte presento perdida del deseo sexual, pero decidió al igual que *Fernanda* no tomar estrógenos por los peligros que la terapia hormonal representa, luego se puede dar una recurrencia o cáncer de mama, entonces ella ha tratado de sustituir los estrógenos de manera natural.

Carina: Yo tengo menopausia desde hace 2 años, entonces pues vienen muchos cambios, entre ellos la baja del libido, del deseo, eso, eso es lo que lucho, porque mi esposo tiene 28 años, o sea eso es lo único que quiere pues ha tenido él que adecuarse a mí, porque a veces no tengo ganas, batallo mucho con... esta cuestión o aunque tenga ganas pues no hay suficiente lubricación.

Emilia no ha podido recuperar su vida sexual a partir de la menopausia, ella a diferencia de las demás pidió terapia hormonal pero los médicos no le prescribieron ningún medicamento que pudiera sustituir la pérdida de estrógenos, por lo que al igual que Carina ha aumentado la ingesta de algunos alimentos para poder compensar la pérdida de hormonas en su cuerpo; aunado a esto ella comenzó a tener problemas con su peso y a pesar de llevar una alimentación balanceada sigue ganando peso, es por esta razón que Olivares (2004) sugiere que las mujeres que pasan por este proceso asistan a tratamiento psicológico, ya que las personas con menopausia temprana por cirugía tienden a presentar reacciones negativas como ánimo depresivo.

Emilia: Hay una cosa que no se ha resuelto bien, en mi vagina... entonces no tenemos relaciones satisfactorias... ya le dije al médico, ya me mando ahí una cosa hormonal pero no, no, no!!...

Ahorita en este momento estoy en una lucha por, por, perder los kilos, que he ganado, tengo 20 kilos, 20 kilos traigo encima....Los gane en este proceso, estoy luchando contra ellos y no veo, no veo que se resuelva y eso me da mucho coraje.

Relación de pareja

De acuerdo a Gómez (2007) la relación de pareja es entendida como la convivencia que se da entre 2 personas procedentes de familias distintas, conlleva un vínculo afectivo que determina formas de vivir y pensar.

Fernanda por mucho tiempo supuso que jamás iba a poder tener una pareja ya que no puede tener hijos, a su primer pareja formal no fue capaz de explicarle su situación y termino alejándose de él de esta manera, Hernández et al. (2006) reporta que las pacientes con histerectomía pueden sentir que su condición de mujer ha sido menoscabada, experimentando sentimientos de inferioridad frente a otras mujeres; suele aparecer un sentimiento de no poder ser una mujer como las demás, perturbación en su imagen corporal, expresada en “tener un hueco”, un miedo al vacío. Situaciones que afectan el desarrollo de la vida en pareja, en el caso de *Fernanda* se sentía insegura ante las relaciones que tenía. La segunda pareja que tuvo le propuso matrimonio, ella le

explico que no podía tener hijos y esta persona termino por aceptarla después de que le informo a su familia sobre la situación de *Fernanda*, pero tiempo después se fue a otro estado a conocer a una chica que había conocido en el chat sin decirle nada a Fer por lo que esta relación la hizo sentir más insegura e incapaz de tener una pareja que la valorara por ser mujer y no sólo por la capacidad de tener o no hijos. Después de 1 año conoce a su actual esposo, decide contarle de su enfermedad, él le dice que no importa que la quiere por lo que es, sin importar que no pueda tener hijos y continua su relación hasta que *Fernanda* presenta cáncer en el intestino haciéndose más fuerte su relación pues él se mudo a su casa y la estuvo cuidando todo ese tiempo, posteriormente ellos deciden casarse y actualmente viven juntos

Fernanda: Me cuidaba tanto, que, no sé, me dejaba sorprendida. Me apoyo mucho, me cuido mucho, este, cuando ya me sentía un poco mejor, este pues ya empezamos a platicar bien... estas seguro, le digo, porque yo no sé ahorita estoy bien, pero mañana, no sé, le digo yo espero en dios... Que esto ya se haya quitado y yo le hacía ver la parte de los hijos, acuérdate que yo no voy a poder tener hijos, ya me quitaron todo! Dice, los hijos para mí son importantes pero no necesarios, dice porque, este, es lindo tener un hijo, pero también son muy latosos, entonces pues este, no, no, importaría mucho, y este, dije pues bueno, digo todo te lo estoy planteando desde el principio, entonces tu decides ¡no! yo no te detengo ni nada.

Por su parte *Carina* tuvo varias relaciones la primera duro 9 años y decide irse a vivir con esta persona desde muy temprana edad, en parte porque se sentía muy sola viviendo con su mamá, posteriormente conoce a otro chico con el cual tuvo una relación muy tormentosa, él le es infiel, ella cae en una depresión y asiste con un psiquiatra que le comienza a dar antidepresivos y dura con este medicamento 8 meses.

Carina: Con los hombres... yo creo que siempre busque protección, siempre buscaba protección porque en lugar de tenerla de mi papá pues yo se la tuve que dar ¡no!... yo buscaba en un hombre que me protegiera, punto y era lo que tenía en mi novio de 9 años, te digo que no me tocaba ni con el pétalo de una rosa, no, no, él era ¡no! me cuidaba increíble muchísimo, yo creo que por eso dure mucho años con él...Manuel... me desprotegió, me sentí yo muy mal... por estar a la deriva ¡no!... fue terrible!. Heraclio aparte de que me cuida mucho, él estuvo conmigo en todo esto de la enfermedad, me cuida muchísima y aparte me enseña, me impulsa, me apoya en lo que sea, mi esposo es lo máximo, es lo máximo.

Finalmente conoce a su actual marido pasa alrededor de un año con él ya que se van al internado juntos, cuando regresan comienzan a vivir juntos y él pasa toda la enfermedad con ella, la cuida, la apoya y después de un tiempo deciden casarse. *Emilia* por su parte conoce a su esposo cuando ella es muy joven se casa y tiene una bebé, presenta una relación destructiva y se divorcia; tiempo después de que muere su mamá comienza a vivir con su actual pareja.

Emilia: Yo nunca quise al papá de mi hija, nunca le tuve amor. Era una relación totalmente disfuncional, totalmente disfuncional, pero llegó el punto donde yo decidí embarazarme y fui muy feliz con mi embarazo. Entonces, pues el otro cabrón... con una personalidad muy de, de alcohólico pues, ¡no! inseguro, celoso, neurótico, chantajista, manipulador y la aguante un chingo, mana, siete años... Si! Hasta que ya a la chingada y que me divorcio.

La relación que *Emilia* tiene actualmente es totalmente diferente, tiene una buena comunicación y al igual que las otras entrevistadas su pareja estuvo todo el proceso de salud- enfermedad apoyándola siendo parte fundamental en la toma de decisiones. Al respecto Díaz y Sánchez (2003) indican que la comunicación es el medio idóneo para poder expresar lo que se siente y a la vez se obtiene retroalimentación acerca de sí misma, apoyo, aceptación y confirmación de que se es un individuo digno para establecer una relación íntima exitosa. Este mecanismo, actúa como una entidad facilitadora en la emisión de ciertos comportamientos dirigidos a organizar la relación (toma de decisiones, manejo de conflicto), pues a través de ella, se asignan funciones y papeles y con ello se crea una visión conjunta del mundo.

Carina: Cuando a mi me hacen la cirugía, cuando me quitan la matriz y el otro ovario yo siempre estuve hablando con él, con él fue con el que más hable porque yo le dije dime que piensas, a lo mejor tú tienes planes, quieres tener hijos y bueno yo a lo mejor ya no pueda tener, dime que piensas y él me dijo que eso no importaba que tomara la mejor decisión y que no lo viera a él, que si en algún momento decidíamos tener hijos podíamos adoptar y bueno además vimos lo del Instituto de infertilidad.

Emilia: Mi compañero de vida en este momento es un tipo poca madre!... él hace sus cosas y yo hago las mías, cada quien en lo suyo. Lo que más agradezco con él, es que yo perdí a una amiga con mi mamá, pero me gane un amigo con él... yo le puedo platicar todo, cualquier cosa lo que siente, lo que le pasa, lo que veo... ¡¡padre!! o sea, ¡si claro! De repente nos agarramos del chongo... no como cualquier pareja, porque nos respetamos muchos.

Fernanda: Desde el tiempo que nos conocimos, eh, si hemos tenido una pelea es mucho. Pues tratamos de platicarnos todo, o sea, no ocultarnos nada y nos consultamos y si el pretender hacer algo me lo dice y si yo quiero hacer algo igual se lo digo ¡no!

Domínguez, Jadresic, Miranda, Palacios y Palacios (2002) destacan que en la medida que la persona presenta mayores vivencias negativas, hay un mayor grado de compromiso en el ámbito social, laboral y de pareja. Es así como podemos observar que hoy los varones al igual que las mujeres están cambiando formas de pensar y vivir, pues algunos no valoran a las mujeres por su capacidad de tener o no hijos, si no se dan cuenta que las mujeres son más que una matriz y que la comunicación es parte fundamental en las relaciones. Asimismo, Domínguez et al. (2002) menciona que las parejas pueden hablar abiertamente sobre el tema de la infertilidad con su compañera y por tanto ellas se pueden sentir apoyadas durante el tratamiento.

Cáncer ginecológico

De acuerdo a Rubín (2003) el cáncer corresponde a una serie de procesos degenerativos de las células que se puede dar en cualquier tejido; en la actualidad en México es una enfermedad con gran número de defunciones.

Fernanda: Es una enfermedad terrible que... que no se lo deseo a nadie, este, aunque parece que hoy en día está de moda, pero este el cáncer es lo más terrible. He visto gente que hablan de cáncer y les da miedo ¿no?, pero no es lo mismo estar hablando de él a estarlo viviendo, aun así hay mucha gente que no se cuida, que todo lo que produce cáncer lo hace.

Emilia: Es una cosa terrible, que es como lo peor que te puede pasar en la vida, lo peor, el cáncer hígole el cáncer es algo espantoso, da meyo, da meyo... Hay mala información, bueno ni siquiera los del estudio han podido dilucidar porque da, pero yo creo que el cáncer es como una célula inmortal...

Por esta razón *Fernanda* y *Emilia* lo ven como algo terrible, ya que cobra especial significación cuando es una mujer quien lo padece, luego los aspectos sociológicos y culturales asociados al cáncer (“una larga y penosa enfermedad”) hacen que continúe siendo vista, por la mayor parte de nuestra población, como una patología de pronóstico sombrío, mutilante, costosa desde el punto de vista económico, dolorosa a nivel de pareja, compleja a nivel familiar y una amenaza permanente (Rojas-May, 2006).

Calderón (2010) menciona que esta enfermedad puede verse como un castigo ante conductas varias, al punto que muchas mujeres son juzgadas de mala manera por haber obrado mal, de hecho *Carina* concibió al cáncer como un castigo ante su estilo de vida, posteriormente su percepción cambio y lo vio como una oportunidad para modificar las practicas destructivas en las que se veía envuelta, percibiéndose de otra manera y pensando siempre en el presente

Carina: Bueno, un castigo, lo vi, como un castigo por fumar, un castigo por tomar tanto alcohol, un castigo por andar de aquí para allá, por tantos anticonceptivos que tome y bueno después de bastante tiempo lo veo como un empujón que me dio la vida para cambiar, porque mi vida dio un cambio de 180 grados ¡no! de 360 cambio mi vida para bien, deje de preocuparme por cosas sin importancia y ahora lo que veo es mi salud, conservar mi salud.

Primeros síntomas y diagnóstico

Para poder un mejor análisis de esta categoría se retomo la trayectoria de las mujeres con cáncer que propone Calderón (2010). Las mujeres antes de llegar al oncólogo pasan por un largo recorrido entre médicos que no aciertan el diagnóstico o se enfrentan a falsos negativos, dado que se sabe que el Papanicolaou no garantiza certeza diagnóstica oportuna y su eficacia se basa en visitas repetidas (Lazcano, 2007)

Emilia: Le dije doctor cómo es posible que yo he sido muy cuidadosa mi mastografía y papanicolau, mi mastografía y papanicolau le dije ¿cómo es posible? Entonces que certeza puede una mujer tener con ese tipo de exámenes si no te protege de lo deberían protegerte, entonces me hice un examen que no cubre pues el margen de seguridad que debía de dar.

Cabe mencionar que *Emilia* fue una de esas personas que paso por un largo recorrido, a partir del papanicolau le detectan una secreción y le comienzan a dar medicamentos para ella y para su pareja, en este proceso cambia de médico varias veces ya que nadie la situación iba empeorando al grado de comenzar a tener dolor durante las relaciones sexuales; hasta que llega con un médico que sólo por los síntomas le dice que tiene cáncer.

Emilia: Fui con un médico y nada más por los síntomas que le dije, me dijo es que tiene usted cáncer, así, o sea sentí ¡cabrón! ... por lo poco profesional del tipo. Me lastimó horrible!! Porque

ya para esas alturas ya no toleraba yo que me tocaran, entonces que mete el pinché espejo y te lo meten hasta, como, como si fueras una pinche, un pinche hoyo ¡no!, me lastimó horrible, salí muy, muy lastimada. No me podía hacer nada, me quería hacer, tomar una biopsia, no lo pudo hacer. Luego me dijo que tenía que ir con otro cuate de él para que me viera... Llegué con el otro y a la hora que me quiso meter el espejo ¡me lastimo! Y le dije me duele, o sea ni siquiera lo introdujo, que agarra que cierra el espejo, o sea de la punta de la base, se quita los guantes y los avienta ¡no señora así no se puede!...

A partir de sus estudios anuales Carina descubre que tiene un quiste, le dan medicamento y ya no regresa a consulta hasta que empieza a tener dolor, entonces le dicen que la tienen que operar de urgencia, pero no la pueden intervenir y deciden enviarla con un oncólogo.

Carina: Entró a quirófano para el mentado quiste y...la ginecóloga abre ¡lo ve! O sea me despierta y me dice sabes que Carina no lo saque ¿Cómo? Nada más me abrió a lo ... ¿o qué?, me dice es que esta feo, está feo, no me gusto y no lo quise manipular, porque si es algo malo y yo lo rompo o corto algo mal, pues se riega, esta madre se riega, entonces, Mm, así lo deje, entonces ya viene un estrés para mi, ¿Qué diablos es? Pues acababa yo de salir de quirófano, cosida me llevaron a un laboratorio a hacer una tomografía, que yo supongo que la debí de haber hecho desde antes de someterme a la primera cirugía, pero bueno, me hicieron una tomografía y efectivamente, salió un bolononón, entonces me canalizan con un oncólogo...

De esta manera Elliot y Eisderfen, 1982, (Como se citó en Olivares, 2004) indican que las pacientes con cáncer ginecológico se enfrentan a una amplia gama de estresores entre ellos: estresores agudos limitados en el tiempo, como es el caso de la cirugía; secuencias de estresores, como es el proceso diagnóstico y terapéutico; estresores intermitentes, como es la quimioterapia o la espera de los resultados de las pruebas diagnósticas en el seguimiento, y por último estresores crónicos como la pérdida de un órgano y el miedo a la recidiva. Así, *Fernanda* se enfrentó a múltiples estresores desde muy joven, pues descubre que tiene cáncer al asistir al médico por no menstruar.

Fernanda: No tuve, no tuve menstruación precisamente de ahí surgió el problema, cuando yo me doy cuenta que no..., este, cuando llegue a los 18 años ya me preocupaba, bueno ¿qué paso?, ya es mucho ¡no! y de ahí fue cuando empecé a ir al seguro, ingrese al seguro y me empezaron a hacer estudios y demás... y ya este, analizaron mi caso y este, me dijeron que tenía la matriz infantil, entonces, dijeron que no, que no iba yo... a poder tener bebés. El doctor me dijo que...

me tenían que seguir estudiando, que mi caso era medio raro...me dicen que lo que yo tenía en la matriz estaba propenso a ser un tumor.

Tratamiento

En esta etapa se realizan una serie de estudios que determinaran el tratamiento a seguir de acuerdo al tamaño del tumor y a sus características. Es así como *Carina* vuelve a ser programada para una cirugía en donde le extirpan un ovario y otras estructuras de acuerdo a los protocolos, posteriormente viene la espera de 15 días para el resultado final que fue tumor maligno, por lo que la vuelven a intervenir en esta ocasión para quitarle el otro ovario y la matriz, decisión que fue difícil y además consensuada con su familia y su pareja. Para finalizar su tratamiento ella asiste a quimioterapia, todo esto aunado a la difícil recuperación.

Carina: Me dice el oncólogo, es una cirugía grande, no te voy a poder abrir donde mismo te abrieron, te necesito abrir desde el ombligo hasta el pubis, o sea voy a entrar, voy a verte, durante tu cirugía ... va a haber un patólogo que te va hacer un estudio ahí mismo para determinar si es maligno o es benigno y dependiendo del resultado que él me de ahí mismo en quirófano yo decido si quitarte ovario, eh ganglios, si es malo te tengo que quitar un buen de cosas, lo autorizas ¿Qué hago? Tuve que tomar decisiones así... mi esposo siempre estuvo conmigo, mi mamá se regresó de haya de estados unidos, mi papá, que mi papá nunca fue, no, pero a todo el mundo le avise, entonces bueno viene la segunda cirugía que la programaron como 8 días después de la primera, entonces me internan... ¡fue para mí una cosa terrible!

Esto coincide con lo que Fernández (2004) indica que lo “anormal” o excesivo no es la respuesta del enfermo sino la situación a la que debe enfrentarse. En la mayoría de los casos, estos cambios constituyen un nuevo evento vital estresante al que los pacientes de cáncer deben hacer frente. Su capacidad para aceptarlos, integrarlos en una nueva imagen corporal y encontrar soluciones alternativas que permitan minimizar las limitaciones que conllevan, influirá directamente en su ajuste emocional, su calidad de vida y en su funcionamiento social y laboral.

Así fue como *Fernanda* y su familia tuvieron que adaptarse a la nueva situación que tenía que enfrentar, ya que comenzó con una laparoscopia, posteriormente le realizan la histerectomía con ooforectomía, la vuelven a intervenir por piedras en la vesícula. Ella continua en sus consultas de seguimiento, pero llega el momento en que las deja y

regresa hasta que tiene un dolor muy fuerte entonces los médicos le dicen que regreso el cáncer la vuelven a intervenir pero no le pueden realizar ningún procedimiento y deciden cerrarla y mandarla a quimioterapia como única opción.

Fernanda: Como es posible, eso ya es este terrible ¡no! después de que me hacen tanta cosa y que me digan que no!, entonces pues este, no sé, me quede sorprendida, impactada, igual, o sea mi hermana empezó ahí a decir que porque, como era posible y dicen, es que, realmente no sabemos el porqué surgió esto y porque le está afectando a su intestino, y dice entonces, va a ser necesario que vaya a quimioterapia...tanto los doctores como mi familia estaban totalmente sorprendidos ¿no? que porque tanto.

A pesar de que *Emilia* paso por un largo recorrido antes de tener recibir la atención adecuada, fue la que tuvo tratamientos menos invasivos, pues ella cursaba en las primeras etapas de cáncer cervicouterino y no fue necesario otro tratamiento. Por otro lado es importante mencionar el rol de sus familias en estos momentos, ya que para *Fernanda* y *Carina* sus familias fueron un gran apoyo, tal como lo señala Velasco (1999) las familias responden con sus propios recursos, algunas como menciona Calderón (2005), lejos de lo que pudiera suponerse, las relaciones a nivel familiar se deterioran a partir del diagnóstico. Las pacientes manifiestan que se sienten rechazadas, situación que vivió con su hija.

Emilia: Yo tengo una hija...vino mi hija, yo creo que estuvo 5 minutos se frikeo tanto que se fue...esa relación ya la doy por descartada, porque si empiezo a pensar, me deprime, me enoja, ya!! Ni siquiera es capaz de visualizar que la bronca no es con ella, la bronca es con su papá, no conmigo, yo nunca la golpee, nunca la madre, nunca la acose, nunca la violente, todas esas son vivencias con su papá, pero bueno.

A diferencia de *Carina* y *Fernanda* que sus familias se unieron más y cambio la relación que tenían con sus parientes, pues se hicieron más frecuentes las visitas y la ayuda moral así como económica. Tal como menciona Calderón (2010) se reorganizaron para que la familia funcionara, cada uno de los miembros reaccionado con los recursos particulares que tiene en su estructura de personalidad

Fernanda: La familia no es muy unida, pero a través de mi enfermedad se junto, todos venían a verme, mmm....., la familia que nunca esperaba vino ¡no!.... Todos sufrían, de hecho mi hermano

con el que yo este... Te digo casi no nos veíamos, el también empezó a llorar y dijo que ¿por qué yo? ¿Que por qué me había pasado esto?...no lo podía asimilar ¡no! pero pues ni modo, nos empezó a ayudar económicamente, pues yo no percibía sueldo, este mi novio en ese entonces fue el que nos apoyo económicamente y pues ya la familia de mi hermano... recibimos mucho apoyo de parte de ellos.

Carina: Mi esposo siempre estuvo conmigo, mi mamá se regresó de allá de estados unidos, mi papá, que mi papá nunca fue, no, pero a todo el mundo le avise.

Etapa de vigilancia y control

Esta etapa consiste en revisiones periódicas primero son cada mes, después cada 3 meses, etc... Dependiendo de la evolución de las pacientes. Precisamente, en esta etapa se encuentran las 3 entrevistadas, tratando de recuperar su vida cotidiana, pero con un miedo intenso a la recurrencia.

Emilia: Me han estado haciendo eh!! Mis revisiones periódicas de antígenos empezaron al mes... me mandaron a tres meses y ahorita ya me mandaron hasta septiembre...es la emoción, salió muy bien, yo solita eh!!!!

Es importante mencionar que el impacto de la intervención y de los otros tratamientos tiene que ver con diversos sistemas que se encuentran implicados como la familia, las redes de apoyo, la comunidad, que de una u otra forma también resultan afectados. Ahora bien, el grado y tipo de repercusiones que la enfermedad les ocasiona sobre los sistemas a los que pertenece el sujeto variara de acuerdo a la fase del ciclo vital que la familia este viviendo (Hernández et. Al., 2006), por ello cada participante afronto la situación de manera particular y usando los recursos disponibles de acuerdo a su personalidad y cada una de ella hoy está tratando de retomar sus vidas obviamente con algunas modificaciones como por ejemplo en su alimentación, así como en la eliminación del alcohol y cigarro.

Carina: Mi etapa control empezó a los 3 meses después de haber terminado las quimios, de ahí a los tres meses y todo muy bien me hacían las tomografías, después a los 6 meses me mandaron a hacer un PET que es un estudio en donde te meten un líquido para ver si no hay celullitas malignas...el doctor me dice estas excelente ¡Qué te digo! Pues que estoy muy bien y así voy a seguir.

Fernanda: Me dieron la noticia final de que yo había salido bien, ya nada más tenía que estar en constante chequeo, de hecho ahorita me están revisando cada seis meses, este, me hacen el estudio de marcadores tumorales para que cualquier cosa, este se detecte a tiempo ¡no!...

Cuerpo

El cuerpo humano es concebido como un organismo vivo constituido por una estructura físico-simbólica que es capaz de crear significados. Este proceso implica una interacción continua del sujeto con otros seres dentro de un espacio determinado, lo que lleva a un proceso de identidad; el cual implica el reconocimiento de sí mismo a partir de otro y del otro a partir del sí mismo (Aguado, 2004). Es así como las mujeres antes de enfermar se percibían de tal forma que recreaban las vivencias que tenían, por su parte Fernanda se veía como una mujer completa, con metas y con una clara idea de lo iba a ser su vida.

Fernanda: Antes de que yo me enfermera yo me veía al espejo y decía ¡que linda niña! No, este, y dije voy a ser exitosa, voy a lograr mis metas con el apoyo de mi hermana, yo pensaba terminar toda mi carrera hasta la licenciatura, yo tengo que ser algo, yo voy a estar bien, para ayudarles a ellas, me veía bien, me sentía bien y entonces, este, tenía muchos sueños a futuro, igual sin saber nada de lo que me iba a pasar... voy a ser mujer, voy a casarme, voy a tener hijos, una familia y cual fue mi sorpresa, entonces yo lo veía de esa forma.

Carina vivió una infancia difícil lo que la llevo a prácticas destructivas como fumar, consumir alcohol, práctica sexual sin protección y relaciones destructivas lo que la hacía percibirse de manera negativa

Carina: Viene el tal M y todo lo contrario, el no me cuidaba absolutamente nada... yo me sentía desamparada, fea, gorda, todo lo peor me sentía yo, todo, todo, porque yo decía, porque no me quiere! Y luego las otras chicas con las que andaba ¡no! pues ya sabes bien bonitas, edecanes, entonces me sentía peor, porque todavía que lo engañen a uno con alguien más feo, dice pues hay bueno, pero él unas chavas que yo decía estoy fea, estoy gorda...yo pesaba 50 kilos, pero yo me sentía asquerosa! ¡No!, porque él se fijaba en otras, entonces yo estaba fea!!

Con Emilia pareciera que los cambios que sufrió no fueron importantes, pero narra la dificultad que tiene algunos días para realizar las actividades que son cotidianas pues está pasando por un proceso de duelo que ella describe como una depresión ya que de acuerdo a López Ramos “el cuerpo humano es el receptor de una cultura, fruto de ello a su vez elabora sus procesos de acomodación de la información de acuerdo con las formas de

socialización y no sólo eso, la prolongación de los modelos socializados como padres, hermanos, que desempeñan un papel muy importante para la construcción subjetiva de las emociones y las percepciones por parte de los individuos, y eso conduce a la creación de mecanismos para la interiorización de las experiencias que involucran las sensaciones” (Araujo, 2002, p. 12).

Emilia: Mira, este, yo creo que se puede definir como depresión, porque... hace tres días no me podía ni levantar, tenía yo un sueño pero en serio, que me levantaba yo y hacia cualquier cosa y andaba así como ... porque además yo misma me asuste, me asuste... de que no me podía detener de pie, no podía yo, este, mantener, así, con lo ojos abiertos y me caía de sueño y entre no... Y eso sí, eso sí lo he notado, que me da una pinche somnolencia, cabrona, pero cabrona!! ¿No sé si me explico?... en mi cuerpo esta como duérmete, duérmete...

La percepción de las participantes cambio después de su histerectomía y de los efectos que sufrieron, tanto *Fernanda* como *Carina* que además de la cirugía fueron sometidas a quimioterapia por la etapa en la que se encontraban del cáncer, es por ello que Brito, Glaser y Pellegrini (2005) sugieren que el cuerpo no sólo un hecho biológico sino una idea histórica de los seres humanos, entonces las mujeres histerectomizadas reorganizan su identidad de género debido a que el cambio en su cuerpo vivido no permite una articulación de la femineidad a partir de la no -maternidad

Fernanda: Cuando yo salí del quirófano y empecé a estar consciente, este, te digo no podía creer lo que estaba viendo, porque de mi cuerpo, estaba toda saturada, desde el estomago hasta abajo, ¡no, no, no! que me hicieron ¡no!... cuando yo llegaba a la casa me ponía a llorar, no es que, que le están haciendo a mi cuerpo? ¡Cómo voy a quedar!

Carina: Yo estaba súper delgada llegue a pesar 46 kilos, porque me daban las quimioterapias una semana y dos descansaba entonces me reponía y subía 2 kilos, pero otra vez llegaba y otra vez... al final llegue con 48 kilos, pero para esto yo ya había bajado de peso en el servicio baje 6 kilos yo pesaba 60, pero yo creía que era porque había cambiado algunos hábitos, cuando yo comienzo a andar con mi actual esposo, dejo de fumar, bueno ya no tanto, sólo me fumaba uno, y dejo de tomar, además dejo de comer chocolates porque yo comía todo eso por los vacíos que sentía por no tener novio, entonces cuando comienzo a bajar de peso ¡súper! Mejor para mí porque siempre he luchado por la delgadez.

Así, las mujeres cambiaron la percepción que tenían de su cuerpo y comenzaron a asimilarlo de manera distinta, tal como lo señala Desmond (2005) las pacientes tras una intervención cambian el modo de conducirse, la manera de vestir, el lenguaje, los gestos, la conducta en general cambia, sienten miedo a sí misma, luego no se reconocen.

Imagen corporal

Partiendo de la definición de Raich (Como se citó en Fernández, 2004) la imagen corporal es un constructo multidimensional que hace referencia a cómo uno percibe, imagina, piensa, siente y se comporta respecto a su propio cuerpo. Es así como las participantes se percibían de manera distinta antes de sufrir todos los cambios a partir de la intervención y los otros tratamientos. Para *Fernanda* la cirugía y todos sus efectos significaron cambios físicos importantes a tal grado que le costaba trabajo verse al espejo y que otros la vieran en esa situación, ya que estaba sumamente delgada, sin cabello, con moretones en los brazos por todas las inyecciones que le habían aplicado, decaída por el tratamiento y con una enorme cicatriz resultado de 3 cirugías que le habían practicado.

Fernanda: No quiero que me vean así... después de la cirugía, yo dije, que le hicieron a mi cuerpo porque estaba toda ahí cosida, este, donde quedo esa Fernanda que yo veía en el espejo ¡no! este... mal terriblemente...en un principio pesaba 68 kilos y llegue a pesar 40 kilos. Este en la segunda (quimioterapia) ya se me empezó a caer el cabello... de uno por uno. Cuando me bañaba ya veía los mechones que se caían, entonces, este ya parecía yo hombre ¡no! Le dije a mi novio, sabes que córtame el cabello porque no soporte ver que se me este cayendo uno por uno, es mejor que me lo cortes y decidí raparme totalmente.

Al respecto Fernández (2004) menciona que el cáncer y sus tratamientos frecuentemente alteran el aspecto físico de los pacientes que lo padecen; estos cambios pueden ser temporales, como la caída del pelo, alteraciones en la piel, uñas, cambio de peso u otros que son permanentes, como los efectos de algunas cirugías, de hecho *Carina* sufrió cambios importante en la forma de verse más allá de cambios ella de alguna manera cambio la forma en que se percibía.

Carina: En la parte física ¡eh! cambiado mucho, me veo en las fotos con mi cerveza en la mano y me veo totalmente diferente, soy otra, pareciera que no, pero yo me veo súper diferente, muy cambiada, además que ya estoy recuperada le digo a mi esposo ya estoy jamoncita porque mi ropa que ahorita traigo ya me queda bien y antes tenía que ponerme cinturones y jalármelos pero

así...lo que si me dejaron muy mal fueron las cirugías porque tengo una cicatriz enorme que nunca se me va a quitar

Muchos de estos cambios están asociados a una insatisfacción corporal y un deterioro en la percepción de la imagen corporal; esto va acompañado de un gran impacto emocional, ubicando a la persona en una crisis con una alta vulnerabilidad psicológica. Es esto lo que de alguna manera vivió *Emilia* pues ella menciona que no hubo grandes cambios físicos sin embargo se encuentra en una lucha por bajar de peso pues la menopausia le ha hecho subir bastante de peso, además que hay periodos en donde ella se decae mucho al grado de sólo querer está durmiendo.

Emilia: Creo que más bien, era por la parte hormonal, por la que yo quería mi matriz ¡no!, porque además tengo muchas operaciones, entonces estoy muy harta de que me estén quitando mis partes ya chinga!! Es mi cuerpo, no tienen porque estarme quitando pedacitos de mi cuerpo, entonces, ahora, este, fue igual, bueno ya te dije y pues si tiene toda una función en el interior del torrente sanguíneo que todos tus órganos reproductivos estén allí, tienen algo que hacer y eso te mantiene límpida y te mantiene bonita...

Prácticas de salud

De acuerdo a Costa et. Al. (2005) las prácticas de salud dirigidas a las mujeres producen determinadas formas de ser, vivir y sentir, constituyen modos de ser mujer y de ser hombre. Es así como las entrevistadas a través de una serie de experiencias dentro del sector salud comenzaron a vivir sus cuerpos de manera ajena, lo cual concuerda con lo que Rovalletti (1998) menciona ya que el cuerpo se expresa de manera peculiar a través de las vivencias del tiempo y del espacio; el cuerpo nos lleva a ocupar un lugar en el mundo, habitarlo, proyectarlo, compartirlo y recordarlo, vivir corporalmente da un sentido a la realidad

Fernanda: Fui bien atendida, este el personal, las enfermeras y demás me tuvieron muy bien, este, nada más lo único malo, es eso, lo de esa parte que no me gusto y este en el caso de los doctores de la 4 igual, que no me supieron explicar claramente el ¿Por qué? ¿No? entonces, a lo mejor ni ellos mismos se entendían o no sé, porque me hicieron una cosa y después me salen con otra...

Asimismo, es importante indicar que las mujeres se enfrentan a la insensibilidad, falta de calidez, premura, despotismo, engaño, subestimación, regaño y negligencia entre otras actitudes del personal médico.

Emilia: Los pinches misóginos como médicos son una verdadera amenaza para nosotras, quieren..., ellos, ellos quieren que te comportes de cierta manera, quieren que reacciones de cierta manera, según su sistema mental, a ti no tiene porque dolerte, no tiene porque lastimarte, porque tú tienes un hoyo ¿no? y en ese hoyo, pus, cabe todo; con toda la mierda que traen en su cabeza te la vuelcan.

Galván (2004) indica que las pacientes tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, calidad idónea, atención profesional y ética responsable, trato digno y respetuoso de todo el personal médico. Lo cual en México no se da con frecuencia, pues la mayoría de las personas se quejan de malos tratos por parte de los médicos y médicas, así como del personal que los atiende.

Emilia: En la última cita que vine... ya señora se puede ir, me lastimaron paso una vieja, luego paso un cabrón a revisarme y el médico un tal especialista, ahí sentado... este, ya vístase señora, ya se puede retirar la vemos en... shhhhhh y así le hice eh!!! Shhhhh, pereme dígame ¿Cómo estoy? ¿Qué paso? Como que ya se puede ir, pero yo le tuve... y si ya me había encabronado... Si la paciente soy yo, o sea para llenar el papelito que meten a la computadora y que lo llenen ¡no! La medicina alópata, como esta no sirve para nada eh!! Para nada, más que para generar iatrogenia, entonces te dan una cosa te compones, te dan otra y ahí se la van llevando; porque pues hay que comprar carro y casa y presumir de que son doctores.

Por su parte *Carina* se siente agradecido por el servicio que recibió pero reconoce que la atención médica que le proporcionaron fue mala.

Carina: Tengo mucho agradecimiento con el seguro social porque si no hubiera sido, pues que hubiera hecho ¡no! , no hubiera podido pagar las cirugías, ¡ni nada! Entonces, pero de que te tratan como res, te tratan como res, entonces era internarme y las enfermeras ya sabes, pásate a que te rasuren porque ya te van a meter a quirófano, te mueres de frío, ahí te rasuran con un rastrillo desechable espantoso que jala, no rasura jala! Este, no, para mí todo fue traumático, el cuarto, mis vecinas de cuarto, muy mal, ¡horrible! Yo tengo recuerdos de eso ¡horribles!

Justamente, al construir formas de vivir y de pensar a partir de las prácticas de salud las experiencias que Carina cambió su forma de ver la medicina alópata, ya que dejó de creer en ella y de ejercerla como antes lo hacía, ahora está abocada al control de peso y a la medicina alternativa.

Carina: Ya no creo en la medicina alópata una porque sé que las enfermedades vienen desde dentro y otra porque me es insoportable entrar a los hospitales todo lo que viví, el olor, todas las personas que vi, bueno no horrible, entonces quiero poner mi negocio de comida.

A pesar de esto ellas agradecen por la atención de algunos médicos(as) que las atendieron y les dieron la posibilidad de continuar con sus vidas. Sin embargo, *Fernanda* vivió algunas circunstancias cuando ella estaba internada, la mala atención del personal médico, la vaga explicación de lo que era su enfermedad, llevaron a su familia a quejarse en múltiples ocasiones, una de ellas reclamando la negligencia de los médicos, sin obtener respuesta alguna.

Fernanda: En la segunda sesión... cuando yo estaba ahí cometieron otro error los doctores, cuando me dicen que el mal que yo tenía, que era irreductible o algo así, entonces... dicen la tenemos que aislar que por qué no puede estar en contacto con nadie, pero, o sea obviamente todo eso se lo decían a mi hermana y a mí solamente me trasladaban de aquí pa allá, de allá pa acá, ¡no!... me tienen aislada en un, en un cuarto y la persona que entrara a visitarme tenía que entrar totalmente cubierto y... resulta haz de cuenta eso nos los dicen en la mañana, me aíslan y este y en la tarde viene el doctor y me dice le queremos pedir una disculpa porque nos equivocamos en, en los expedientes y este, no se preocupe usted está muy bien, este no es usted la persona que teníamos que aislar. Lo que pasa es que nos confundimos con el expediente del otro paciente, dice, este pero nada más, su paciente está muy bien...

Buggs y Casanova (1997) indican que estas situaciones a las que se enfrentan las pacientes, tienen un impacto negativo acompañado de impotencia, coraje y tristeza por no haber sido consideradas sus necesidades y expectativas. Así, *Emilia* indica que el trato de los médicos es terrible y que el sector salud está viviendo una crisis.

Emilia: Los médicos ya no tienen capacidad de empatía les vienen valiendo madres como pacientes, les vale madres si te duele, si no te duele, si te sientes mal, toda la parte emocional parece que son un invento de sus neuronas y el que se toma cinco minutos contigo es porque te cobra una muy buena cantidad de dinero; estamos viviendo una crisis muy fuerte, muy profunda y

desafortunadamente nos toca a todos sufrirlo, porque esta uno indemne, porque no puedes acudir a nadie todos están cortados exactamente igual, creo que ya no les dan filosofía, si les hablas de ética...Ah!! Es un examen que hay que pasar, para ellos eso es la ética responder a una serie de preguntas, ahí se acaba, no lo llevan a su vida personal, mucho menos a su vida profesional.

Podemos mencionar que la atención en el sector salud en México es pésima, ya que no se cuenta con la infraestructura necesaria y los médicos y médicas se han olvidado que tratan con seres emocionales y sociales.

Medicina alternativa y recursos complementarios

De acuerdo a Pavón (2007) la medicina alternativa se refiere a toda práctica o cuidados de salud que no es considerada parte de la medicina alópata, pero además de esta es importante mencionar que cuando una persona se encuentra ante la pérdida de la salud, buscan todos los recursos disponibles para poder superar esa situación.

Es así como *Fernanda* y su familia comenzó a buscar por todos los medios para poder de alguna manera intervenir en el proceso de sanación, se acercaron más a la religión católica y encontraron en ella un apoyo, pero sobretodo *Fernanda* se sintió protegida y acompañada por algo superior, de donde tomo fuerzas y le ayudo a seguir adelante; su hermana le leía la biblia en su internamiento en el hospital y le iban a rezar a su casa con la única finalidad que sanara.

Fernanda: Mi hermana está en una comunidad católica... ellos iban rezar a mi casa a orar, este, en la iglesia mi hermana pedía por mi salud, le buscaron por todos los medios. El día que me iban a dar la noticia de que yo ya estaba bien, este, tuve un sueño raro por decirlo así... eso se lo conté a la persona que iban a hacer oración por mí y me dijo ya ves!! El te está ayudando, este y yo se que él no te va a dejar sola, entonces, este... pues para mi si fue importante, fue muy importante, de hecho, este fui a dar un testimonio de lo que pase, de lo que viví, frente a una iglesia, dicen que es de sanación, este, di mi testimonio de lo que viví y este, no se me sentí bien, para mí fue algo muy bonito, no, este, este placentero.

A diferencia de *Carina* que no encontró bienestar en la religión católica, sino en la medicina alternativa quizá por el desacuerdo en la relación médico- paciente, aunado a que sus creencias no coincidían con esta religión. Encontró en la meditación, el reiki y el budismo una salida a la situación en la que estaba viviendo; ya que gracias a la

meditación ha encontrado respuestas a situaciones de su vida, ha aprendido que todo lo que sucede al exterior del cuerpo tiene una conexión con las emociones, ha crecido como persona y está aprendiendo a vivir de una manera distinta.

Carina: Me gusta la medicina alternativa, así es que estudie Reiki, meditación, etc. Ofrezco un método de sanación distinto al convencional y pues eso me hace sentir muy bien...La meditación me ha ayudado a sanar muchas cosas porque descubrí que las enfermedades vienen desde dentro ¡no!, nosotros somos los que nos provocamos las enfermedades porque uno tiene muchas cosas atoradas y retomo otra vez a mi maestro de meditación que todo el rencor y todo lo que hice, estaba atrapado y bueno hasta que reventó.

Emilia siempre creyó más en la medicina alternativa que en la tradicional, pues su madre le enseñó que la herbolaria era una gran herramienta, desde que era niña, pero además por la insatisfacción de los resultados médicos y el desacuerdo con la relación médico-paciente pues como muchos médicos y médicas han olvidado que tratan con seres emocionales.

Emilia: En México por fortuna seguimos teniendo una ramita de posibilidades maravillosa que es toda esta parte de la medicina alternativa la herbolaria, los curanderos, los homeópatas... los tipos son bien tranquilos y te preguntan desde si te despiertas en la noche...y los otros pero ni se les ocurre siquiera preguntarte esas cosas... No señora, eso que está usted diciendo, eso, no, o sea hasta se meten en tu cuerpo y entonces ellos responden las preguntas bien cuadradito..., y si no te atienes, eres una piche vieja briososa ¡no! neurótica que nada más les estas buscando broncas, que nada más les estas buscando como molestarlos.

CAPITULO 5. DISCUSIÓN

Al hablar de la identidad genérica se debe hablar de lo sociocultural, ya que es a partir de la cultura que se construyen las diferencias entre hombres y mujeres, desde el momento en que se nace se da una asignación sexual, es por ello que este fenómeno es un hecho social que se da a través de la sociedad y por la sociedad. A partir de la identidad se instauran formas de pensar y vivir que son parte fundamental para la conformación de la personalidad; Asimismo, la identidad de género se configura a partir de las experiencias que son adquiridas a lo largo de la vida, las actitudes, comportamientos, sentimientos, creencias, formas de pensamiento, lenguaje y relaciones específicas son determinadas culturalmente, y deben ser acatadas para estar dentro de la normatividad, cumpliendo el rol que se ha asignado en específico a las mujeres dentro de este espacio, ya que al salir del mismo, se da una discordancia entre lo que la sociedad espera de las mujeres y lo que ellas deciden para su vida.

Lo cual coincide con lo que se observo en el presente estudio, en donde las mujeres se siguen valorando a partir de su capacidad procreadora. Entonces, al verse ante la pérdida de la matriz, un órgano con fuerte carga simbólica, las mujeres se perciben inferiores, menoscabadas pero ante todo se sienten menos mujeres ante la imposibilidad de ser madres.

Es así como cada fémina a lo largo de su vida internaliza “su ser mujer” a partir de normas, prohibiciones y deberes que de manera compulsiva la mantienen dentro o fuera del espacio normativo. Creando así mujeres cautivas, cuerpos-para- otros, procreadores o eróticos, pero no ambos, adultas con relaciones dependientes y políticamente inferiores a los varones, definidas filosóficamente como seres incompletos, cuerpos dispuestos a ser ocupados y dominados por los otros (Lagarde, 2005).

Situación que Capaccione, Huerta- Franco, Morales y Páramo, 2010; Vargas y Rosas, 2010, señalan por la conmoción que produce en las mujeres la pérdida de la matriz, reconociendo las complejas implicaciones psicosociales para las pacientes que son intervenidas quirúrgicamente, en especial en una cirugía que representa un asalto al cuerpo como la histerectomía que suele marcar el fin de la capacidad reproductiva, produciendo un elevado impacto psicológico en la mujer y su pareja. Disminuyendo de manera significativa su autoconcepto.

Asimismo Hernández et al. (2006) indica que las pacientes pueden sentir que su condición de mujer ha sido quebrantada, experimentando sentimientos de inferioridad ante las personas que las rodean; suele aparecer un sentimiento de no poder ser una mujer como las demás, su imagen corporal se ve perturbada y sienten un gran miedo al vacío “tener un hueco”.

Es importante enfatizar que estas ideas se han ido afirmando a lo largo de la historia, mismas que se han afianzando por algunas instituciones como la iglesia, ya que esta juega un papel fundamental en el rol que ocupan las mujeres. Hoy en día no sólo basta con tener hijos, sino se debe tener más de uno para cumplir con lo que esta institución señala acerca de la maternidad. En un artículo recientemente publicado por la arquidiócesis encabezada por el cardenal Norberto Rivera Carrera se hace mención sobre la importancia de tener hijos, señalando: “Cuando los esposos se unen en matrimonio, dentro de la Iglesia o fuera de ella si no son católicos, sus objetivos son tener hijos y darles una familia en la que haya amor” (Román, 2011). Asimismo, hablan acerca de la concepción pronunciando que el tener un solo hijo hace a los pequeños egoístas y niños insanos.

Cabe mencionar que en nuestro país se han dado cambios con respecto a la concepción, como lo mencionan las estadísticas del INEGI, 2011, los índices de natalidad han disminuido a partir de unos años, sin embargo el tener hijos continua siendo fundamental para algunas mujeres. Es entonces que al verse ante la imposibilidad de tener hijos biológicos, comienzan a buscar nuevas opciones que las lleven a cumplir este anhelado deseo. Incluso con el fuerte desgaste emocional que estos procesos conllevan, luego en México el adoptar pareciera no ser una opción viable ante lo múltiples requisitos que se han de cumplir ante las instituciones correspondientes. Claro ejemplo de ello son DIF y VIFAC que piden requerimientos difíciles de cumplir, uno de ellos, que los solicitantes estén casados por lo civil y por la iglesia como si esto les diera la posibilidad de ser mejores padres, reiterando así el poder eclesiástico que persiste en este país.

Siendo difícil el adoptar un pequeño las opciones se reducen, la fertilización *in vitro* se vuelve un camino igual de sinuoso o más que el anterior, ya que se encuentra al alcance de pocas personas por los altos costos y por las escasas clínicas confiables existentes en este país. Es aquí donde cuerpo se inscribe recordando que las mujeres son más que útero y que sus capacidades van más allá de la procreación. Sin embargo es esta misma

capacidad procreadora la que las lleva a vivir su cuerpo de manera distinta, al poseer un sistema reproductivo complejo, vulnerable a disfunciones o enfermedades que trascienden el antes y el después del periodo atribuido a la vida reproductiva.

Es así como la multifactorialidad del cáncer ginecológico cobra especial significación cuando es una mujer quien lo padece, ya que al vivir y enfrentar el cáncer sufre alteraciones orgánicas y problemas emocionales que afectan diversas áreas de su vida, entre ellas relaciones de pareja e interpersonales y desempeño laboral, incapacitándolas para realizar actividades cotidianas; brotando múltiples intentos de adaptación a su nuevo estado surgiendo trastornos emocionales de tipo adaptativo que las protegen de su amenazante realidad.

Aunado a estos cambios, el cuerpo se ve modificado por el cáncer y los tratamientos a los que son sometidas. Lo que las lleva a cambiar la forma en la que se piensan, sienten, se perciben y actúan en relación con su propio cuerpo. Por ello Rovaletti (1998) indica que las pacientes comienzan a aislarse se abandonan, dejan su mundo, renuncian a la vida que tenían y rompen el contacto con el mundo exterior; esta actitud de renuncia, de ruptura es una precipitación a la enfermedad, siendo las patologías el primer paso a la muerte, es cuando el cuerpo es “no ser para sí” y pasa a ser total y definitivamente “ser para otro” el cuerpo se vuelve extraño, deja de ser cuerpo y pasa a ser objeto, se vuelve cadáver, materia de estudio, experimento, etc...

Más allá de la parte médica en donde el cuerpo se vuelve objeto de estudio, el cuerpo de las mujeres tiende a ser de otro por su capacidad reproductora, es de los padres, de la pareja, de los hijos, pero jamás de ella misma, aún más cuando enferma, el cuerpo es vivido como intruso, a partir de la intervención el cuerpo es ajeno y aunque la pérdida es interna, ese órgano que por años se halló invisible a los ojos de las mujeres, se hace presente ante la pérdida y crece un deseo enorme de ser madre aún cuando esto no estaba en sus planes.

Además, la extirpación de la matriz afecta el desarrollo de la vida en pareja, pues si bien físicamente una mujer sometida a histerectomía puede sostener relaciones sexuales normales y satisfactorias, el miedo al vacío es compartido por la pareja que en muchas ocasiones, vivirá de forma angustiante el reinicio de las relaciones sexuales; es aquí donde el cuerpo vuelve ser para otros, las mujeres retoman su vida sexual aún cuando no

se sienten preparadas para reiniciarla, con tal de satisfacer las necesidades del otro, sin pensar en las propias.

Es por ello que es indispensable que las mujeres con esta enfermedad sean guiadas y acompañadas en este proceso tan complejo por un equipo multidisciplinario que vea al cuerpo de manera integral y con esto permita a las mujeres vivir de manera distinta la enfermedad. Asimismo, es importante que exista una relación más estrecha entre el personal médico y los psicólogos (as).

Por otro lado es primordial destacar que en las mujeres el aumento de cáncer, es más intenso a partir de los 20 años, debido probablemente a la ineficacia de los escasos programas preventivos que existen en nuestro país; por lo que es substancial que se creen programas de salud con perspectiva de género, que atiendan las necesidades particulares de hombres y mujeres, ya que al presentar características diferentes experimentan y enferman de manera distinta.

Pero más allá de esto se debe buscar que la sociedad permita a las mujeres percibirse de manera distinta y abra la posibilidad a una nueva educación en donde las féminas cambien sus prácticas de salud fomentando la prevención y tratamiento oportuno, lo que conllevaría cambios importantes en los hábitos de las pacientes y en el número de muertes por esta enfermedad.

De la misma forma, es importante que la sociedad se vuelva más tolerante y de apertura a cambiar hitos de la femineidad que ya están siendo modificados por algunas mujeres que se viven distintas y se desarrollan en otros ámbitos. Asimismo, las mujeres deben ser vistas como seres integrales, capaces de desarrollarse en todas las esferas, seres en potencia, donde la maternidad no sea pieza clave para “ser mujer” y entonces sea una elección de vida y no obligación el tener hijos. En donde el cuerpo de las mujeres se resignifique, se valore y se viva de manera distinta y sus procesos no sean discutidos en las políticas del estado sino cada mujer tenga la posibilidad de decidir sobre su cuerpo y entonces como sugiere Lagarde, (1995, p.8) “Cada espacio y cada proceso de desestructuración del ser- de y para- otros que define la femineidad significan una afirmación de las mujeres; son hechos innovadores, hitos de libertad y democratización de la sociedad y la cultura”.

CONCLUSIONES

El objetivo del trabajo fue conocer la identidad de género en mujeres con cáncer ginecológico que fueron histerectomizadas, el cual se ha cumplido. Se pudo constatar que las mujeres se siguen valorando a partir de su capacidad procreadora, ya que los significados atribuidos a la identidad de género tienen que ver con la maternidad, institución prescrita para las mujeres. Por lo que tratan de cumplir el rol que se les ha asignado en la sociedad para mantenerse dentro del espacio normativo. Sin embargo, es importante señalar que algunas mujeres están dejando de vivir hitos de la femineidad y han aprendido a vivir de manera diferente sobretodo aquellas que cuentan con un mayor nivel de escolaridad ya que esto les permite ver una gama más amplia de posibilidades, lo que las lleva a desarrollarse en otros ámbitos y ver a la maternidad como una elección y no como obligación. Cabe mencionar que los varones también se encuentran en un proceso de cambio ya que algunos no valoran a las mujeres por su capacidad procreadora y basan sus relaciones en la comunicación y la comprensión, apoyando las decisiones que sus parejas toman sobre sus cuerpos.

Por otro lado las mujeres antes de enfermar se percibían de manera distinta, ya que la percepción de sí mismas y por tanto la autoimagen depende de las vivencias que tuvieron a lo largo de su vida, al ser el cuerpo receptor de la cultura, la socialización y los principales modelos que se tienen como los padres, hermanos(as), maestros(as) entre otros, que desempeñan un papel fundamental en la construcción subjetiva de las emociones y percepciones, es así como cada participante experimento su cuerpo ya sea de manera positiva o negativa de acuerdo a sus experiencias.

Es importante enfatizar los cambios que se dieron a partir del enfermar de cáncer, ya que la autoimagen de las pacientes se vio alterada, así como la concepción de sí mismas, por los cambios que se dieron tanto por la enfermedad, como por los tratamientos, ya que la histerectomía conlleva fuertes cambios a nivel psicosocial, cualquier intervención quirúrgica representa un asalto al cuerpo de las pacientes, más si se enfrentan a la pérdida de la matriz pues suele marcar el fin de la capacidad reproductiva produciendo un impacto psicológico en la mujer y en su pareja. Asimismo la condición de mujer queda quebrantada y comienzan a sentir sentimientos de inferioridad ante las personas que las rodean. De la misma forma, los cambios a nivel físico como la pérdida del cabello, de peso, las cicatrices por la cirugía las llevo a percibirse de manera distinta, el modo de

conducirse, de vestir, su lenguaje entre otros se modificaron mostrando insatisfacción corporal, lo que las llevo a reorganizar su identidad de género a partir de su experiencia de no-maternidad.

Es por ello que ante los conflictos emocionales que resultan de padecer una enfermedad crónica, surge la necesidad de que los profesionales de la salud mental se involucren en la atención de este tipo de pacientes con el objetivo conjunto de restablecer el bienestar con una visión integral que abarque además del área física, el área emocional y el área social.

Por otro parte es importante mencionar que a partir de la información obtenida nos percatamos de la mala atención por parte del servicio médico y de las carencias que como país se tiene en el sector salud, así como la insuficiencia de información con respecto al cuerpo y a las enfermedades más frecuentes como lo es el cáncer; pero más allá de esto, se pudo observar que algunos profesionales de la salud, tienen una visión errónea sobre el cuerpo, ya que lo ven como la suma de órganos, sangre y piel, olvidándose que tratan con seres emocionales, seres integrales que no pueden ser vistos en partes o fragmentados, sino deben ser percibidos como seres completos y en consecuencia ser atendidos.

Asimismo es importante mencionar la poca o nula efectividad de los programas de prevención que se realizan en nuestro país, por lo que es importante que los psicólogos (as) junto con un equipo multidisciplinario trabajemos creando programas con alto impacto para prevenir este tipo de enfermedades, pero al mismo tiempo se puedan crear programas de apoyo psicooncológico para pacientes que van a ser sometidas a intervención quirúrgica para brindarles el apoyo necesario y disminuir en lo posible las secuelas emocionales y ayudar a su pronta recuperación.

De la misma forma, es fundamental trabajar con la corporalidad de las personas, para que puedan concebir al cuerpo de manera integral, sobre todo las mujeres que reconozcan la importancia del mismo, que aprendan a respetarse y a reconciliarse con su condición femenina, y por tanto reconocerse como seres completos capaces de decidir sobre sus vidas y sobre sus cuerpos. Por su parte el sector masculino deberá tratar de entender el equilibrio quebrantado y reconocer sus emociones y percepciones. Lo cual

nos lleva a mencionar que la identidad de género es vital para que se dé un cambio en la concepción sobre lo que hoy es ser hombre y mujer.

Así, las mujeres tendrán la oportunidad de reencontrarse con ellas mismas a partir de la concientización de su cuerpo, del reconocimiento y la aceptación de sí mismas. Lo cual dará apertura a romper con “modelos clásicos” que persisten y permitirán deconstruir esos modelos hasta hoy propuestos, de lo que hoy significa ser “mujer”.

Referencias

- Aguilera, G., Alcaraz, J. R. Ávila. A. J. Herrera, O. I. López, R. S. López, S. O. & Rivera M. (1998). *Cuerpo, identidad y psicología*. México: Plaza y Valdés editores.
- Ahumada, A. Aliaga, P. y Bolívar N. (2001). Enfoque integral de la paciente histerectomizada. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 12(3): 229-234
- Alanis, C. J. (2008). *Cuerpo de mujer: el escondite de la emoción. Un análisis de las emociones y procesos corporales femeninos*. Tesis que presentada para obtener el título de Lic. en psicología. UNAM, México.
- Araujo, A. (2002). *El abandono corporal y psicológico de la mujer*. Tesis que para obtener el grado de: licenciado en Psicología. UNAM. FES Iztacala, México.
- Aguado, V. J: (1998). *Cuerpo humano, ideología e imagen corporal en el México contemporáneo*. (Tesis Doctoral). UNAM, México.
- Aguado, V. J. (2004). *Cuerpo humano e imagen corporal*. Notas para una antropología de la corporeidad. México: UNAM. Instituto de investigaciones Antropológicas. Facultad de medicina.
- Barbera, H. E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel.
- Benito y Vidal. Ma. Del C. (2008) *Psiquiatría y Psicología del paciente con cáncer*. México: Polemos.
- Bertherat, T y Bernstein, C. (1987). *El cuerpo tiene sus razones*. España: Paidós.
- Borges, G, García, C, Franco, M, López, C, Mohar, B y Tirado, G. (2005). Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. *Salud Pública Mex* 47. pp. 342-350.

- Brito, Glaser y Pellegrini (2005). *Significados de la masculinidad en lo corpóreo.: relatos de vida de hombres prostatectomizados*. Salud. Violencia. El juego del hombre (memorias).
- Bruchon –Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Editorial Herder.
- Buggs, L. A. & Casanova, P. E. (1997). ¿Quién dijo que todo está perdido?...yo vengo a exigir calidad... en los servicios de salud. *FEM*, 166, 24-25.
- Burín, M. (1998). Subjetividad femenina y salud mental. En: Pérez- Gil, R, Ramírez, R, J. y Ravelo, B. P (Eds). *Género y Salud femenina*. México: Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social. Universidad de Guadalajara.
- Calderón, B. (2005). *Trayectoria de las mujeres con cáncer cervicouterino*. Hospital General de México.
- Calderón, B. (2010). *La vivencia del cuerpo en el cáncer cervicouterino*. (Tesis Doctoral). UNAM, México.
- Capaccione, K., Huerta- Franco, M.R., Morales, E. A. y Páramo C. (2010); El autoconcepto de mujeres sometidas a histerectomía. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*. 29(1): 23-27
- Castañeda, S. M. P. (1995). Construyéndonos: identidad y subjetividad femeninas. En: Riquer, F. (Ed.). *Bosquejos... Identidades femeninas*. (pp.11-38) México: Universidad iberoamericana.
- Chacón, R., Grau, A., Fleites G., y Llantá A. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Rev Cubana Oncol*. Vol. 15 No.1. Pp. 49-65
- Coria, C. (2004). *Las negociaciones nuestras de cada día*. Buenos Aires: Paidós.

- Costa, S., Hillesheim, B., Dhein, G. y Lara de L. (2005). Prácticas de salud y construcción del cuerpo femenino. *Diversitas. Perspectivas en psicología*. Vol. 1, No. 2. pp. 174-182
- Creasman, W. y Disaia, P. (1995). *Oncología ginecológica clínica*. Barcelona: Mosby /Doyma S. A.
- Cuevas, C. (2004). *La construcción psicológica y social de la maternidad*. Tesis que para obtener el título de lic. en psicología. UNAM, México.
- De Beauvoir. (1984). *El segundo sexo*. Siglo XXI. Buenos Aires.
- Deutsch, H. (1960). *La psicología de la mujer*. Parte II. Maternidad. Buenos aires: Editorial Losada, S. A.
- De Villiers, E.M. (2003). Relationship between steroid hormone contraceptives and hpv, cervical intraepithelial neoplasia and cervical carcinoma. *Int. J. Cancer*. Vol. 103: 705–708
- Descartes. (2004). *Las pasiones del alma*. México: Ediciones Coyoacán. Primera reimpresión.
- Desmond, M. (2005). *La mujer desnuda*. Barcelona: Planeta.
- Díaz, L. R. y Sánchez, A. R. (2003). Patrones y estilos de comunicación de la pareja: diseño de un inventario. *Anales de psicología*. Vol. 19. N. 2 pp. 257-277.
- Domínguez, R, Jadresic M E, Miranda, C V., Palacios B E., y Palacios F B., (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Rev. chil. obstet. ginecol.* vol.67 no.1
- Echevarri (1997). *Aspectos socioculturales en la conformación sentimental de la mujer*. Tesis que para obtener el título de lic. en psicología. UNAM, México.
- Erickson, H. E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. (Vol. 42). Argentina: Biblioteca de Psicología social y sociología.

- Feist, J. y Feist, J. G. (2007). *Teorías de la personalidad*. España: Mc Graw Hill.
- Fernández, A.M. (1992). *Las mujeres en la imaginación colectiva*. México: Paidós.
- Fernández, A. I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*. Vol. 1, Núms. 2-3, pp. 169-180
- Fitzpatrick et. Al. (1990). *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de cultura económica. Consejo Nacional de ciencia y tecnología.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. Obras Completas. Volumen XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. Obras completas. Volumen XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Obras completas. Vol. IV. Madrid: biblioteca nueva.
- Freud, S. (1926). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1932). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras, 33ª conferencia. La feminidad*. Obras completas Volumen XXII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Friday, N. (1996). *Mi madre / Yo misma: las relaciones madre-hija*. México: Colofón.
- Fuentes, C.Y. (2009). *Identidad de mujer: un aspecto biológico que se interpreta como destino*. Tesis presentada que para obtener el título de Lic. En psicología. UNAM. FES Iztacala. México.

- Galván, T.M. (2004). *Uso y abuso del cuerpo femenino en las exploraciones e intervenciones médicas*. Tesis que para obtener el grado de Licenciada en Psicología. UNAM. FES Iztacala, México.
- Garduño, Ma. A. (1994) *La categoría de género en la explicación de los perfiles de enfermedad y muerte de varones y mujeres*. Salud Problema N° 25... UAM Xochimilco.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. United States of America: Harvard University Press
- Godina, H. C. (2001). *La teoría del género en la perspectiva fenomenológica del cuerpo vivido*. (Tesis de Maestría). UNAM, México.
- Goffman, Erving (2006). *Estigma*. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez, J. (2007). *La relación*. Barcelona. Extraído 5 Agosto de 2011. Disponible en: <http://www.sexologias.com/html/relacion.htm>
- Gordon, S.J. (1997). *Manifiesto para una nueva medicina*. Barcelona: Paidós contexto.
- Gonzáles, L. I. (2008). *Sexualidad femenina e histerectomía*. Cuba. Extraído 15 Mayo de 2010. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEZFuZukpyWSxgVuwV.php>
- González- Merlo, J. González Bosquet y cols. (2000). *Ginecología Oncológica*. Barcelona: Masson.
- Hernández, Et. al. (2006) Histerectomía Abdominal. Vivencias de 20 Mujeres. Index de Enfermería. 15: 52-53
- Holland, J y Lewis. (2003). *La cara humana del cáncer*. España: Herder.
- Horney, K. (1979). *El nuevo psicoanálisis*. México: Fondo de cultura económica.

- Instituto Nacional de Cáncer. NNIC. (2010). *Preguntas frecuentes*. Estados Unidos. Extraído 15 de Junio 2010. Disponible en: www.cancer.gov/espanol
- Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento. (2011). Menopausia. Estados Unidos. Extraído 21 de Agosto 2011. Disponible en: http://www.geosalud.com/climaterio_public/menosintomas.htm
- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI). Tasa de natalidad. México. Extraído 1 de Octubre 2011. Disponible en: <http://www.linegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/vitales/tabulados.htm>
- Ito, S.M.E, y Vargas, N. I. (2005). *Investigación cualitativa para psicólogos. De la idea al reporte*. México: FES Zaragoza & Miguel Ángel Porrúa.
- Janeway, E. (1978). *El despertar de la mujer*. México: Editores Asociados.
- Lamadrid, A. (1998). *Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino*. *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro*, 14(Supl. 1):33-40
- Lamas, M. (2000). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: editorial Ángel Porrúa.
- Lamas, M. (2000). *Miradas feministas sobre las mexicanas*. México: Siglo XX. Fondo de cultura Económica.
- Lagarde, M. (1990). Identidad femenina. Omnia. *Revista General de estudios de Posgrado*. México. UNAM.
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM. PUEG.
- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.

- Lau, Jaiven A. (1994). *La historia oral: una alternativa para estudiar a las mujeres*. México: Instituto Mora.
- Lazcano, P. (2007). Nuevas alternativas de prevención secundaria del cáncer cervical. *Salud pública de México*. Instituto de salud pública. Año/vol. 49 pp. 32-34
- Leonelli, L. E. (1995). *Más allá de los labios*. Barcelona: Editorial Noguer, S. A.
- Le Bretón, D. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos aires: Ediciones Nueva Visión.
- Levi- Strauss, (1985). *Las estructuras elementales del parentesco*. México: Editorial Paidós. Artemisa.
- López, S. (2007). *De la Costilla de Adán al útero de Eva*. México: UNAM. FES Iztacala.
- Marías, J. (1987). *La mujer y su sombra*. Madrid: Alianza.
- Martínez, C. y Paterna, C. (2005). *La maternidad hoy: Claves y encrucijada*. España: Minerva Ed.
- Mendoza, R. G. (2008). La condición social de la mujer y sus formas de enfermarse. Tesis que para obtener el título de lic. En psicología. UNAM. FES Iztacala, México.
- Montecino, S. y Rebolledo, L. (1996). *Conceptos de género y desarrollo*. Chile: Universidad de Chile. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género.
- Olivares, C. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 29-48.
- Pavón, C. (2007). Terapias complementarias alternativas, técnicas ancestrales que resurgen en nuestros días. Tesis que para obtener el título de Lic. en psicología. UNAM, México.

- Pérez, M.N. (2007). Entre el cuerpo y la danza la apertura del significado. Una mirada a la danza nudista de un table dance en la Cd. De México. Tesis presentada para obtener el grado de Licenciada en Etnología. ENAH, México.
- Poal, M. G. (1993). *Entrar, quedarse, avanzar: aspectos psicosociales de la relación mujer-mundo laboral*. Madrid: Siglo XXI
- Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNMM). (2001). *La situación epidemiológica del cáncer en México*. México. Extraído 10 de Junio de 2010. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>
- Restrepo, E. H. (1993). Epidemiología y control del cáncer de la mujer en America Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Washington E.U.A.
- Rial, B. y Seifer. C. (2005). Efectos psicológicos en la paciente con cáncer ginecológico. México. Extraído 30 de Julio de 2010. Disponible en : [http://www.psicooncologia.org/articulos/30cagineco.doc]
- Rich. A. (1996). *Nacemos de mujer*. Universidad de Valencia: ediciones Cátedra. Instituto de la Mujer.
- Rojas-May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Rev. Med. Clin. Condes*. 17(4): 194 – 97
- Rodríguez, B. (2002). *Climaterio femenino*. Del mito a una identidad posible. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Rodríguez, R. (2009). *No hay mal que dure 100 años. Ni mujer que lo resista*. México: Planeta.
- Romo, H. A. (2002). La identidad femenina en la obra de Lucy Irigaray, desde una perspectiva filosófica. (Tesis doctoral) UNAM. Facultad de Filosofía y Letras, México.

- Román, S (2011). *¿Cuántos hijos debo tener?* Extraído 30 de septiembre 2011. Disponible en: <http://www.siame.mx/>
- Rovalletti, M. L. (1998). *Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ruiz, O.J. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sánchez-Bringas, A (2003). *Mujeres, maternidad y cambio*. México: UNAM. PUEG.
- Sau, V. (1995). *El vacío de la maternidad*. Barcelona: Icaria & Antrazyt.
- Schnake, A. (1995). *Los diálogos del cuerpo*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Shapiro, D. (1993). *Cuerpo mente. La conexión curativa*. México: Robin Book.
- Sebastián, et. al. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*. Vol. 18 n.º 2 - Págs. 137-161.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas*. Madrid: Taurus.
- Soulier, B. (1995). *Los discapacitados y la sexualidad*. Barcelona: Herder.
- Taylor, S.J. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paídos.
- Torres Lobatón. (2004). *Cáncer ginecológico*. México: Mc Graw Hill.
- Tubert, S. (1998). La construcción de la femineidad y el deseo de ser madre En: Chávez F. (comp.) *Cuerpo y subjetividad femenina*. Salud y género. México: Siglo XXI.

- Ussher, J. (1991). *La psicología del cuerpo femenino*. España: Ed. Arias Montano.
- Vargas y Rosas. (2010). Aspectos psicológicos de la histerectomía: experiencia con una paciente. Centro Regional de Investigación en Psicología. 4 (1): 11- 13 Extraído 13 Junio 2011. Disponible en: http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/48_aspectos_psicologicos_histerectomia.pdf
- Velasco, C. M. (1999). *Manual del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias*. México: Manual Moderno.

ANEXOS

Guía entrevista

Inicio de la entrevista y presentación del entrevistador.
Establecimiento de rapport.

Presentación de la participante

Datos generales:

1. Seudónimo
2. Edad
3. Lugar de nacimiento
4. Estado civil
5. Nivel de escolaridad
6. Genograma: familia actual y de origen

Ocupación

7. ¿A qué se dedica?
8. ¿Cómo se siente?
9. Si mal, ¿a que le gustaría dedicarse?
10. ¿Actualmente Ud. se encuentra laborando? . ¿En qué?
11. ¿Cómo se siente?

Educación en la familia de origen:

12. Platíqueme acerca de su infancia ¿Cómo fue?
13. ¿Cómo era la relación con sus padres?
14. Y con sus hermanos ¿cómo se llevaba?
15. ¿Vivía con alguien más? ¿Quiénes eran?
16. ¿Cómo se relacionaba con ellos?
- 17.. ¿Cómo era el trato que recibían las mujeres en casa?
18. ¿Alguna vez Ud. noto alguna distinción en el trato que recibían los varones en su hogar?
19. ¿Y él trato hacia las mujeres era distinto? ¿Cómo te sentías?
20. ¿Qué opinas u opinabas del trato que les daban o da en su casa a las mujeres?
21. ¿Cómo consideras el trato que le daban a dan a los hombres en su hogar?

Identidad de género

22. ¿Acerca de los hombres, que opina su mamá?
23. ¿Cómo se comportaba su mamá frente a ellos?
24. ¿Qué pensaba su mamá de ser mujer?
25. ¿Cómo se comportaba su mamá con las mujeres?
26. ¿Qué opinión le tiene lo que pensaba su mamá?
27. A partir de esto ¿cómo era su relación con ella?
28. ¿Qué opinión tenía su padre acerca de las mujeres?
29. ¿Cómo se comportaba su papá frente a ellas?
30. ¿¿Qué opinión tenía o tiene su padre acerca de los hombres?
31. ¿Qué opinión le tiene la manera de pensar de su padre?
32. ¿Cómo se ha sentido con el trato dado por su familia?
33. A partir de esto ¿Cómo la hizo sentir su familia?
34. ¿Cómo le gustaría que fuera o hubiera sido su familia?
35. Para Ud. ¿Qué significas ser mujer?
36. ¿Qué piensa de sí misma?
37. ¿Qué piensa su familia acerca del matrimonio?
38. ¿Y para Ud. es importante el casarse?
39. ¿Qué piensa su familia acerca de la reproducción?
40. ¿Es importante para ellos el que Ud. tenga hijos?
41. ¿Y para Ud. es importante tener hijos?

Información y educación sexual:

42. ¿Cómo fue su adolescencia?
43. ¿Cómo fue el manejo de la información sexual en su familia? ¿Quién se lo explico?
44. ¿Alguna vez le hablaron acerca de los cambios que ocurren en el cuerpo femenino (menstruación, crecimiento de senos, vello púbico, etc.)?
45. ¿Cómo se entero acerca de los cambios en los hombres (sueños húmedos, vello púbico, engrosamiento de la voz, etc.)?
46. ¿Qué sabe acerca de: la concepción?
47. ¿Alguien le habló acerca de las relaciones sexuales?
48. ¿Qué sabe acerca del embarazo y parto?
49. ¿Hubiera deseado saber más o mejor información?
50. ¿De quién, le hubiera gustado recibir esta información?
51. ¿Cómo la hizo sentir su primera menstruación?
52. ¿Cómo la hizo sentir el crecimiento de sus senos?
53. ¿Cómo la hizo sentir su familia a partir de estos acontecimientos?
54. ¿Ha tenido relaciones sexuales?
55. ¿Cómo la hizo sentir su primera relación sexual? ¿Fue su decisión?
56. A partir de esto, ¿Cómo concibe su cuerpo?
57. ¿Qué significan para Ud. los órganos; en específico la matriz?

Relación de pareja

58. ¿Has tenido pareja?
59. ¿Cómo han sido esas relaciones?
60. ¿Cómo se ha sentido a través de ellas?
61. ¿Tienes una relación actualmente?
62. Describa su actual relación de pareja
63. ¿Hay algún problema frecuente al que se enfrente con su pareja?
64. ¿Cómo ha enfrentado esos problemas?
65. ¿Cómo describiría la relación que tiene?
66. Describa como es la comunicación que tiene con su pareja
67. ¿De qué manera le muestra su afecto?
68. ¿De qué manera expresa sus emociones con él?
69. ¿Cómo le gustaría que fuera su pareja?

Enfermedad y cuerpo

70. ¿Qué cree que piensa la gente sobre el cáncer?
71. Su familia ¿Qué dice acerca de esta enfermedad?
72. ¿Qué reacción tuvo su familia ante todos estos acontecimientos?
73. ¿Cómo la hizo sentir?
74. ¿Qué era el cáncer para usted antes de enfermar?
75. Y ahora ¿Cómo lo describiría? ¿Sabe Ud. porque le dio?
76. ¿Qué sabe acerca de los estudios, como el Papanicolaou?
77. ¿Alguna vez se realizó este tipo de estudio? ¿Con que frecuencia?
78. ¿Cómo se percato que tenía esta enfermedad? ¿Tuvo algún síntoma?
79. ¿A dónde acudió a solicitar atención?
80. ¿Cómo fue la atención que recibió?
81. ¿Cómo se entero de su diagnóstico? ¿Cómo se lo dijeron?
82. ¿Qué pensó de sí misma a partir de la atención que recibió de los médicos?
83. ¿Cómo se sintió ante esta situación?
84. ¿Qué le han explicado las personas que la atienden con respecto a su enfermedad?
85. ¿Usted ha quedado satisfecha con esas explicaciones?
86. ¿Necesitaría recibir más información?
87. ¿Cómo la ha hecho sentir la atención de las personas que la atienden?
88. Me pueda contar algún suceso que recuerde de esos días

89. Desde el momento en que se entero de su Dx ¿cómo ha sido la relación con las personas con las que convive?
90. ¿Quién la ha acompañado a sus citas en el hospital?
91. ¿Cuándo estuvo internada quien estuvo con usted?
92. ¿Quién le ayudo durante su proceso de recuperación?
93. ¿Qué sentimientos tiene con respecto a su enfermedad?
94. ¿Qué la ha hecho pensar el saber que está enferma de cáncer?
95. ¿Cómo se imagina al cáncer?
96. ¿Sabía Ud. que el cáncer es un tumor?
97. ¿Podría describir lo que es un tumor?
98. ¿Qué creencias tiene acerca de esta enfermedad?
99. Y su pareja ¿Qué reacción tuvo ante todos estos hechos? ¿Cómo la hizo sentir?
100. Hubo alguna reacción dentro de su comunidad ¿Cómo se enteró?
101. ¿Qué se dice en su comunidad de las mujeres que enferman de cáncer ginecológico?
102. ¿Las tratan de manera diferente?
103. ¿Cómo la hizo sentir el trato de las personas al saber que ud. estaba enferma?
104. ¿Cómo la ha hecho sentir la localización de la enfermedad?
105. ¿Por qué cree que se enfermo de este tipo de cáncer?
106. ¿Por qué lo ve de esa manera?
107. ¿Cree Ud. que hubo alguna situación en su vida que la llevo a vivir esta enfermedad?
108. A partir de esta enfermedad ¿Qué sentimientos le despiertan sus órganos genitales: su vagina, su clítoris, su matriz?
109. Cuando le hablaron del tratamiento a seguir ¿Qué sentimientos le despertaron sus órganos genitales, en específico la matriz?
110. ¿Qué pensó o piensa acerca de la cirugía?
111. El personal del hospital ¿le hablo acerca de los efectos a corto y mediano plazo de la cirugía?
112. ¿Qué ha pensado acerca de ya no tener matriz?
113. ¿Qué piensa su familia acerca de esto?
114. ¿Qué opinión tiene su pareja?
115. ¿Lo hablaron antes de decidir realizar este tratamiento?
116. ¿Cómo se sintió al saber que iba a perder la matriz?
117. ¿Deseaba o desea tener hijos?
118. ¿Ha pensado en alguna otra opción, para tenerlos? ¿Cómo la han hecho sentir?
119. ¿Qué cambios ha sufrido su cuerpo?
120. ¿Cómo la han hecho sentir los cambios en su cuerpo por el cáncer?
121. ¿Cómo la han hecho sentir los cambios por los tratamientos?
122. ¿Qué ha cambiado en Ud.?
123. ¿Cómo se percibe actualmente?
124. ¿De alguna manera el enfermar cambio su vida sexual?
125. ¿Se vio interrumpida su vida sexual en algún momento desde que Ud. enfermo?
126. Si se vio interrumpida ¿Ha pensado en reanudar su vida sexual?
127. Si ya lo hizo ¿Cómo se siente?
128. En caso contrario, ¿Por qué no ha reanudo esta parte de su vida?
129. ¿Cómo se siente ante los contactos sexuales con su pareja?
130. ¿Cómo la hace sentir su pareja?
131. ¿Ha hablado con su pareja acerca de lo piensa y siente con respecto a su enfermedad?
132. ¿Cómo ha sido para usted tener contacto con otras personas enfermas de cáncer?
133. ¿Qué ha pensado acerca de tener esta enfermedad en los órganos genitales?
134. ¿Cómo se siente ante esta situación?
135. En esta etapa de su enfermedad ¿Qué piensa de lo que está viviendo?
136. ¿Qué sentimientos tiene en esta etapa del cáncer?
137. ¿Qué piensa acerca del futuro?

EJEMPLO DE ANALISIS DE ENTREVISTA

Seudónimo: Fernanda

Edad: 31 años

Lugar de nacimiento: Estado de México

Estado civil: casada

Nivel de escolaridad: bachillerato

Religión: católica

Familia de origen: es la hija menor de un matrimonio de 5 hijos, su padre murió cuando era pequeña y su mamá actualmente tiene 68 años.

Identidad de género

Este, pues mira, a través de lo que yo viví, fue pesado, este llevo un momento en el que dije mejor hubiera sido hombre ¡no!, porque las mujeres vivimos tantas cosas que ¡¡hay no!!, es difícil, pero pues, finalmente estoy bien, con todo lo que eh pasado ahorita estoy contenta, estoy feliz, viviendo mi vida normal, cosa que no llegue pensar a hacerlo, pero aquí estoy.

No (importancia de tener hijos)

(Hermana) para ella lo más importante era que yo, este, terminara mis estudios, una carrera, y no sé de alguna manera compensarla a ella del apoyo que me dio ¡no! porque era lo que ella veía en mí.

Fuimos con el doctor y le dijimos sabe que, este sí, quítame todo, yo no quiero saber nada de mi matriz... me quitaron todo.

En el momento en que yo me entero que no podía tener hijos, pues si me pregunte ¿qué voy hacer? Entonces, este, pues no sabía..., me sentía mal, al grado de decir pues no sé, ya no voy a ser mujer, ¡¡no!! Entonces yo veo a las mujeres y te digo ya después de todo lo que he pasado, pues uno aprende a vivir ¡no! ni modo así fueron las cosas.

Yo vivía el momento... nada más pensaba en mi bienestar, y pues ya, a través de eso yo decía que es que no me importa ...yo no me voy a casar, pues no sé, a lo mejor tendré los novios que quiera, pero no voy a llegar a casarme, eh, como todo hombre quiere tener hijos ¡no! y obviamente yo no puedo, entonces mejor soltera y lo hice así esa va a ser mi meta, voy a estudiar, voy a trabajar, voy a juntar mi dinerito, este, voy a darme mis gustos hasta donde yo pueda, ayudar a mi mamá en lo que necesite, a mi hermana, este, pero un hombre ¡yo no tengo! , porque, sabía yo, como estaba, no, y dije, este, va a llegar un hombre a mi vida, pero... o sea yo el día que se presentara, dije yo le voy a plantear mi situación y si él quiere y está dispuesto, ¡adelante! y si no, sin ningún problema, entonces con esa idea vivía.

Yo creo que hubiera sido igual, en que parte te de este, lo veo por el lado de los hijos, porque creo que... como toda mujer quisiera tener un hijo ¡no! digo, bueno no voy a poder tener hijos y me hice a la idea ¡no! pero... hubiera sido de alguna manera lo mismo para mí.

Una como mujer si quiere tener un hijo, ya sé que no puedo, pero podemos buscar otras opciones. ¡Sí! y entonces ya empezamos a investigar en el DIF, en las casas hogar y demás...

Fue una situación muy difícil... desde los siete años que yo llegue aquí, imagínate pensar voy a ser una mujer normal, voy a hacer mi vida y de repente te enteras que no vas a tener hijos, que nos va a hacer una familia, que vas a tener la peor enfermedad de tu vida es muy pesado... como dice mi marido, dice eres una mujer muy fuerte y has sabido superar cualquier cosa.

Eso es normal de todos los hombres que son bien chillones, yo digo bueno nosotras somos más aguantadoras ¡no! pero, pero no siempre se puede, no, llega un momento en que también uno se debilita tanto que dice uno, ya hasta aquí!

Grupos socializadores

Familia

Mi infancia la viví feliz, jajaja!! Porque yo vivía en, haya en el pueblo con mi mamá, este y mi papá. Entonces, me vine a los 7 años bueno mi hermana me trajo a vivir con ella para acá, a pasar unas vacaciones y aquí me detuvo, este, me inscribió en la escuela. Hasta terminar la primaria, la secundaria, bachillerato todo eso lo hice aquí.

Porque extrañaba mucho allá, mis lugares de juego, mis amiguitas y todo eso. Entonces estuve aquí cursando el segundo grado cuando mi papá empieza a enfermarse. Mi papá... falleció cuando yo tenía como los siete años, todos estábamos chicos mi hermana la mayor fue la que se hizo cargo de todo y de todos nosotros, porque mi mamá no tenía sostén.

Mi hermana... fue mi segunda madre, ahí ella es la que me apoyo en todo, en mis estudios y a terminar mi carrera. De alguna manera nos veía como sus hijas bueno ella finalmente terminó separándose de su marido.

Prácticamente nos quedamos puras mujeres, este te digo, después de que mi papá fallece y mi mamá justamente se queda con una hermana que es la penúltima y con otra de mis hermanas ya casada.

Bueno nada más, mi hermana la última, este, bueno no se ha casado ni nada, pero no se, si tenga algún caso similar...pero nadie, ni de parte de mi mamá, afortunadamente ¡no! y le pregunte a mi mamá, fijate que el doctor me dijo esto, le digo alguien de la familia, un abuelo o alguien tuvo cáncer y dice, no, que yo sepa ¡no! ni de tu papá ni los míos. Todos han estado bien, todas han tenido hijos sin problema y luego de pueblo tienen muchos hijos.

De todos sus hijos que tiene, eh, la que más le ayuda soy yo, bueno desde chica siempre procure, este, ver por ella, igual que mi hermana la grande ¡no! y si ella me quiere mucho ¡no! yo siempre..., soy la consentida jajaja!!

No, yo no tuve novio ni en primaria, ni en secundaria. Yo no tuve ningún novio hasta ese momento en que termine el Cetís.

Le dije a mi hermana, este vamos a hacer la lucha por lo ultimo ¡no! le digo si no se puede pues ni modo, entonces pues ya te imaginaras como estaba toda mi familia este angustiada, triste, sintiendo de todo, es que ¿Qué te van a hacer? ¿Por cuánto tiempo? Todas las dudas del mundo y este y ya este, mi mamá nuevamente decide venir a estar conmigo a acompañarnos, porque en la casa nada más vivíamos mi hermana, mi sobrina y yo y ya. Mi hermana... dejo de trabajar realmente para poder acompañarme, en el trabajo me dieron incapacidad y afortunadamente no me despidieron. Me sentía mal tanto por la enfermedad como por ellos ¡no!

En la segunda etapa, bueno durante el lapso de que yo llegó a mi casa para estar descansando 15 días...llegó un momento en que me debilitaba tanto que no me quería levantar, entonces, este mi mamá se la pasaba llorando decía que le echara ganas y que todos estaban conmigo y pues si...no me puedo levantar, pero ¡no! as un esfuerzo y este mi hermana de tanto que me insistía le decía no pues déjala mamá que repose, ya se levantara en algún momento, pero yo nada más quería dormir.

La familia no es muy unida, pero a través de mi enfermedad se junto, todos venían a verme, mmm....., la familia que nunca esperaba vino ¡no! y este conocidos. Todos sufrían, de hecho mi hermano con el que yo este.. Te digo casi no nos veíamos, el también empezó a llorar y dijo que ¿por qué yo? ¿Que por qué me había pasado esto?...no lo podía asimilar ¡no! pero pues ni modo, nos empezó a ayudar económicamente, pues yo no percibía sueldo, este mi novio en ese entonces fue el que nos apoyo económicamente y pues ya la familia de mi hermano, mi cuñada también supieron y nos llevaban una despensa... recibimos mucho apoyo de parte de ellos. Entre mi hermana y mi cuñada fueron las personas que estuvieron en el hospital, este se ayudaban, un día y un día. Cuando yo termine mi quimioterapia. Yo quise reunir a todos, este todos los que estuvieron ayudando, este, cooperando con cualquier cosa, los reuní a todos y este, bueno hicieron una comida en la casa.

Ámbito académico

Mi adolescencia...desde la secundaria este hacíamos lo mismo, mi hermana trabajando, yo en los estudios. Yo siempre tenía una meta ¡no!. No fui de las clásicas que hay!! Salen de la escuela y están llorando ¡no! y lo que sigue y lo que sigue

Lenguaje

Cuando falleció mi papá, siempre le dije: voy a estudiar, voy a hacer algo en la vida, voy a regresar y te voy a comprar lo que tu quieras, te voy a hacer tu casa... Bueno lo que uno promete de chico ¡no!, entonces, si me hubiera gustado que mi vida hubiera sido de otra manera, pero digo que podía esperar si yo vivía en un pueblo

Sexualidad

No sólo lo que yo aprendí de la escuela, como te digo como mi hermana trabajaba prácticamente todo el tiempo, era rara la vez que platicábamos cosas de mujeres, pero obviamente lo que aprendí en la escuela.

Pues sí, por lo menos para saber que me va pasar ¿no? porque a uno de repente lo sorprende. Pues normal ¡no!, te digo yo... me gustaba siempre ir un paso adelante, ¿que hacia? entonces me ponía a investigar, no estaba permitido hablarnos de eso, sacaban a los hombres para podernos hablar de eso, que te va a pasar esto y el otro, entonces en la escuela me ponía a ver y a revisar en los libros, entonces yo más o menos ya estaba preparada.

No tuve, no tuve menstruación precisamente de ahí surgió el problema, cuando yo me doy cuenta que no..., este, que llegue a cierta edad, a los que serán 16 años, en la secundaria, la doctora en la escuela, así como tú me estas preguntando ahorita, este como se llama ¿ya tienes tu periodo? Y a mi me preguntaron no, pues a mi todavía no, estas chica no era algo relevante. Pero ya cuando llegue a los 18 años ya me preocupaba, bueno ¿qué paso?, ya es mucho ¡no!

(Primera relación sexual) Híjole, ya ni me acuerdo... este... que será... a los veinti... a los 24 años

Secuelas sexuales:

Vida sexual

Eh, las relaciones? no, obviamente tuvimos que esperar cierto tiempo hasta que yo me recuperara bien porque yo andaba bien débil, jajá!! y entonces tuvimos que esperar un cierto tiempo, considerable que yo ya tuviera, este, fuerzas para hacerlo ¡no! porque si no pues como.

Menopausia terapéutica

Ya no va a tener matriz, ya no va a generar estrógenos, entonces me dieron estrógenos de origen equino. Este el mismo doctor me dijo te preguntaras porque te damos de origen equino ¿no? le digo si oiga deme de otro tipo ¿no?, no dice para su caso son necesarios, este porque si tu no tomas estrógenos, este, eh de alguna manera te vas a sentir muy débil y me dijo que mis senos se iban a empezar a reducir. Los tome como por 3 años.

(Ingestión de estrógenos) Hasta el momento no he tenido ningún problema y ahorita no los estoy tomando, o sea yo los deje por lo mismo de que me da miedo que si los tomo... Como te digo son de origen equino, no yo no quiero buscar otras opciones... pero o sea no me he sentido mal, al grado de poder buscar esas pastillas ¡no! Hasta el momento me he sentido bien y no he tenido ningún problema para las relaciones sexuales.

Relación de pareja

Tuve mi primer novio, pues, fue con el de la manito sudada y bueno ¡no!, cuando yo entro a trabajar, este, encontré un trabajo primero del que ahora tengo y tenía un novio que no sabía nada de lo que yo padecía ¡no!, entonces, este, si él me insistía vamos a casarnos, vamos a tener hijos, formar una familia y yo le daba su avión, jajaja!!, entonces, pero llega un momento en que me fastidia tanto que mejor lo... lo mande a volar sin decirle nada. Si le digo mi situación, luego, luego me va a mandar bien lejos.

Era muy ensimozado, pegote, fastidioso, no sé, en un principio, pues este, empezamos y todo, dije no, igual y funcione ¿no?, pero no sé, llegó un momento en que se condujo, así la relación, que dije ¡no! esto no va a llegar a ningún lado, entonces, te digo, terminamos.

Me salgo de esa empresa porque ese era un trabajo eventual, este, me voy a otro, obviamente conoces nueva gente y este ahí conocí a otra persona, empezamos a tratarnos y todo, íbamos bien, el si me planteaba de alguna forma una relación estable y yo decía a lo mejor sí, a lo mejor no, no sé, entonces llega un momento en que le empiezo a platicar mi situación y él me dijo que no había ningún problema, no te preocupes, no hay ningún problema, los hijos son importantes, pero no tanto para mi, le digo estas seguro de lo que me estás diciendo, le digo, porque es muy difícil ... este, no sé, yo creo que los hijos..., dice, hay otras formas de buscarlos, ¿no? podemos adoptar uno y todo, le digo pero no es lo mismo, le digo, además que va a decir tu familia ¡no!, y este, dice, tú no te preocupes, de momento me quede sorprendida y dije ¡será! Llegamos a un momento en que el me dijo que si nos íbamos a casar y no sé qué, pero si estás seguro de lo que vas a hacer, porque acuérdate de todo lo que ya te platicue, este, no soy una mujer normal se podría decir..., no, no importa, este mi familia sabrá comprender, este, además tú te vas a casar conmigo no con ellos, le digo pues sí, pero la familia siempre es importante.

Yo me sentía insegura. Digo duramos un año y dice no sabes que ya hable con mi familia, este, ya les dije sobre tu situación y me dijeron que es decisión mía, finalmente, por ellos no hay ningún problema.

¿Cómo te hizo sentir eso, de que él tuvo que consultar su familia para que te aprobaran?

Pues que bueno ¡no! Has de cuenta yo me caso y resulta que al año o al tiempo que tú quieras, iban a decir, oye pues ya ten un hijo ¡no! entonces, de una vez plantearles la situación, porque yo no quiero que su familia me diga, tu no le puedes dar un hijo.

Empezaron los preparativos supuestamente del casorio, pero....era bien celoso, me cuidaba mucho. A él lo despiden... nos distanciamos. Me puso el cuerno, este se fue a conocer a una chava a Monterrey, entonces, cuando pues yo me enteró pues si me cae como bomba, porque él me había prometido muchas cosas... me dio mucho coraje, este, pues si me puse a llorar y hay no!!. No supe de él, sino que su familia me habló y me dijo que él había ido haya y demás. Después me llamo y ya me dijo que estaba muy arrepentido y que no se que... y yo le dije pues por lo menos me hubieras dicho ¡no! sabes que ahí nos vemos y ya. Damos por terminada la relación y dije con esa experiencia quien va a querer tener pareja, definitivamente me sigo con la idea de no saber nada de hombres.

Conocí a otra persona, que ahora es mi esposo y lo empecé a tratar y demás, pero pues te digo yo siempre con la idea de que yo no... después de lo cruel de mi vida, y con todo lo que paso, pues quien me va a querer ¿no?, entonces, este... pero pues ya decidimos salir, para ese entonces el ya era mi novio. No le platique mi situación, hasta cuando llegue el momento en que se lo tenga que contar, pues ni modo ¿no? y este ya después, el dijo que quería formalizar una relación ¡otra vez! Yo dije hay no otra vez no! y este y entonces de ahí decidí platicarle desde un principio, sabes que mi caso esta, así, así y así, entonces le dije no se qué tan factible es para ti estar conmigo porque, no sé, no soy una mujer normal, se podría decir, no pues de momento le sorprendió mucho ¡no! y dice no pues este, eh, ya me hacia raro... eres una mujer diferente, ¡no!. Me dijo que no le importaba, no me importa yo te voy a querer tal como eres... eso me dijeron la primera vez y este, entonces... ya me dijo que no importaba y seguimos saliendo... ya después voy a la clínica y me hacen todos los estudios, y demás y yo le dije sabes que te acuerdas de lo que te platique, no pues este, me he sentido mal y no sé que sea, pero ya tengo antecedentes de cáncer y este pues tu decides ¿no? vamos a esperar y vemos, pero mientras voy a estar contigo y en lo que pueda ¡no!.Le empecé a presentar a mis amigos a mis hermanos y de entrada cayó bien y ya cuando me avisan otra vez que mi mal había regresado el me sigue acompañando.

Cuando mi novio recibió la noticia fue algo impactante, pero de hecho yo hable con él y le dije no sabes que mejor búscale por otro lado porque yo no sé cuánto va a durar esto, no sé si realmente voy a sanar, no sé qué va a pasar conmigo, con mi cuerpo ¡no se! Le digo el tiempo que estuvimos todo había sido muy padre pero hoy ¡pues no se! Y este, dice tú no te preocupes, yo te voy a cuidar, este, y ya veremos ¡no! vamos a ver que tanto avance vamos a tener, dijo, con las quimioterapias, tu eres una mujer muy valiente, muy fuerte y que no se qué, pues si... pero imagínate cuanto, cuanto no he pasado, o sea y esta pudiera ser la última ¡no! me dijo tú no te preocupes yo, yo te apoyo en lo que necesites y ya vas a ver como sales librada de esto.

Mi novio que era en ese entonces habló con mi hermana y le dijo, este, no me vayas a tomar a mal pero eh! Yo quiero a Fabiola como es, yo quiero apoyarla en todo lo que se necesite, entonces si no es inconveniente para ti, inconveniente para nadie, este, pues venirme a vivir a tu casa en lo que ella se recupera y ya después veremos. Iba a verme al hospital, saliendo del trabajo, me decía que no me preocupara que todo iba a salir bien y le decía esperemos que si que todo salga bien.

Me sentía yo mal por él, por lo mismo ¡no!, pues a lo mejor él, no sé, tenía otras ideas a futuro conmigo y sin embargo pues a lo mejor yo no le iba a poder responder, o sea por ese lado lo veía así, y por el otro pues ya, qué bueno! Qué lindo que este conmigo apoyándome en lo que yo necesite, otro en su lugar, pues, yo creo se iba. Bueno de la familia de mi hermano, él lo dijo francamente yo en tu lugar, se lo dijo así a mi novio que ahora es mi esposo, le hace, yo en tu lugar la verdad me hubiera rajado y me hubiera ido, porque es una enfermedad muy difícil y yo la verdad no hubiera aguantado. Entonces, eso se lo admiran a él.

Me cuidaba tanto, que, no sé, me dejaba sorprendida. me apoyo mucho, me cuida mucho, este, cuando ya me sentía un poco mejor, este pues ya empezamos a platicar bien, oye yo se que este ya paso todo...lo peor, efectivamente, no sé que pienses hacer, ¡no!, bueno, yo voy a hablar con tu hermana le voy a decir, este, ya estás bien ya acabaste estas sana, esperemos que sea completamente, este vamos a tratar de hacer las cosas como debe de ser y este, y pus ya, veremos ¡no! estas seguro, le digo, porque yo no sé ahorita estoy bien, pero mañana ,no sé, le digo yo espero en dios y en .. Que esto ya se haya quitado y yo le hacía ver la parte de los hijos, acuérdate que yo voy a poder tener hijos, ya me quitaron todo! Dice, los hijos para mí son importantes pero no necesarios, dice porque, este, es lindo tener un hijo, pero también son muy latosos, entonces pues este, no, no, importaría mucho, y este, dije pues bueno, digo todo te lo estoy planteando desde

el principio, porque al rato no quiero no que tu, que yo, no que no se que, entonces tu decides ¡no! yo no te detengo ni nada.

Le dije bueno si ya decidiste, este, quedarte conmigo, le digo y dices que vamos a hacer las cosas bien pues ya para que te vas ¡no! pues ya quédate eh, pero es que primero tengo que hablar con tu familia haber que dicen ¿no? pues que van a decir le digo, malo... que cuando todo esto paso, cuando estuve enferme me hubieras mandado bien lejos y no hubieras estado ahí ¡no! pero tu estuviste apoyándome en todo momento le digo; de hecho hasta él lavaba la ropa ¡no! este a ese tal grado llegó.

Mi mamá también me decía ¡oye de donde sacaste a ese hombre! Empezó a hablar con mi hermana, con mi mamá y con los demás y dijo bueno pues ya! decidió quedarse, tal vez por el momento vivamos en unión libre. Empezamos a vivir juntos. Decidimos casarnos, este, pero sin invitar a nadie jajaja!! Fuimos al registro, solos, bueno nos casamos más bien, en una... donde hacen bodas en comunidad por lo civil, decidimos hacer eso y este yo le dije oye le digo, yo en mi punto de vista yo si quisiera tener un hijo, le digo, pero, este, yo se que nos va a costar mucho trabajo y dice hay mira si se nos da la oportunidad que bueno y si no también, dice, total estamos bien sin hijos ¿no?

No hubo ningún problema, desde el tiempo que nos conocimos, eh, si hemos tenido una pelea es mucho. Pues tratamos de platicarnos todo, o sea, no ocultarnos nada y nos consultamos y si el pretender hacer algo me lo dice y si yo quiero hacer algo igual se lo digo ¡no!

Ahorita mi marido y yo estamos tratando de comprar un terreno para independizarnos, este, eh, no sé, hacer, este, nuestra casa, eh, en el caso de los hijos te digo si nos llega qué bueno y si no pues ni modo, pero, este yo sigo buscando la forma de tener a alguien ¡no!...lo estamos pensando de esa manera, ahorita estoy a gusto y feliz con lo que tengo.

Cáncer ginecológico

(Significado cáncer) Es una enfermedad terrible que... que no se lo deseo a nadie, este, aunque parece que hoy en día está de moda, pero este el cáncer es lo más terrible. He visto gente que hablan de cáncer y les da miedo ¿no?, pero no es lo mismo estar hablando de él a estarlo viviendo, aun así hay mucha gente que no se cuida, que todo lo que produce cáncer lo hace.

(Familia) Pues todos saben que es una enfermedad, este, muy fea, pero... a raíz de eso, pues también se cuidan. De alguna manera todos ellos si cambiaron un poco su forma de comer y de beber.

Bueno así como me lo explicaban que eran las células cancerígenas, este, yo me imaginaba, no sé, este algo, una bola dentro de mi cuerpo y que las células se estaban tratando de agarrar a las demás partes de mi cuerpo ¡no! En el caso de mi intestino que lo estaban jalando, entonces, este yo así me los imagino y con los dolores que yo tenía, ¡no! Del lado izquierdo, yo sentía la bola, ahí duro, duro, imagínate, así me la imagino la bola, con las células ahí jalando lo demás ¡hay no! qué bueno, que desapareció.

Primeros síntomas y diagnóstico

No tuve, no tuve menstruación precisamente de ahí surgió el problema, cuando yo me doy cuenta que no..., este, que llegue a cierta edad, a los que serán 16 años, en la secundaria, la doctora en la escuela, así como tú me estas preguntando ahorita, este como se llama ¿ya tienes tu periodo? Y a mí me preguntaron no, pues a mi todavía no, estas chica no era algo relevante. Pero ya cuando llegue a los 18 años ya me preocupaba, bueno ¿qué paso?, ya es mucho ¡no! y de ahí fue cuando empecé a ir al seguro, ingrese al seguro y me empezaron a hacer estudios y demás, ahí fue que empecé a ir a la gineco 4 y ya este, analizaron mi caso y este, me dijeron que tenía la matriz infantil, entonces, dijeron que no, que no iba yo... a poder tener bebés.

El doctor me dijo que... me tenían que seguir estudiando, que mi caso era medio raro...me dicen que lo que yo tenía en la matriz estaba propenso a ser un tumor, entonces que no podría yo... ¿Cómo te digo? O sea tener una matriz normal, o sea entonces, este, ya después me informaron que mi matriz no se alcanzo a formar totalmente, que quedo muy chiquito.

Tratamiento

Me quería yo morir y ¿ahora qué hago? paso el tiempo, entonces este me dijeron que me tenían que operar, sino con el tiempo eso se podía extender y pues fue lo mejor, entonces, este, me dijeron que era una sola cirugía, cosa de un día, y que al otro día ya estas normal, entonces me tenían que hacer una laparoscopia y entonces yo le comente a mi hermana, sabes que los doctores me dijeron que en mi matriz tengo un tumor ahí que se está desarrollando, que no es, que me lo quitan y yo seguiría mi vida normal, y lo tuvo que

asimilar, y me dice si es para tu bien que te quiten eso pues de una vez, le dije bueno, pues si me sometí a la cirugía...

Cuando me lo quitan, me dijeron lo vamos a estudiar y este posteriormente la vamos a citar. Me hablan y me dice el doctor, este, hablo de la gineco 4, tenemos sus resultados de la operación que se realizo y este fijese que su tumor es maligno... la tenemos que operar nuevamente.

Me voy a la clínica...me hicieron todos los estudios necesarios y ya este me dijeron ya después de que me hicieron todo eso, me dijeron ellos que me tenía que volver a someter a cirugía, este tenían que abrirme para poder raspar todos los residuos que habían quedado porque si no, eso podía volver a crecer... me costó mucho trabajo asimilarlo, este dije ¡no! otra vez, que no están haciendo bien su trabajo.

Yo le decía al doctor oiga que soy o que ¡no! este dice usted es un caso diferente a los demás, de su caso casi no hay, entonces pues si, a todos los doctores les interesa ver...no me gustaba pero pues ni modo.

Me dicen que me tenían que operar nuevamente pero, este, una de dos, que me quitaran toda la matriz, porque digo me iban, este a seguir checando cada 3 meses porque ese tumor era maligno y si le quitamos la matriz ya usted se libera de todo y si la dejamos puede volver a retoñar, dice, ahora sí que usted piénselo ¡no! y me dieron mi tiempo, no, dice usted sabrá, este, a que se atiende y ya lo consulte con mi familia, a mi hermana principalmente... y a mi mamá, nadie sabe de mi situación, toda mi demás familia saben que me operaron, pero no saben exactamente porque.

Mi hermana me dijo, imagínate que en un futuro no te quitan la matriz vuelve a retoñar lo que tienes ahí y otra vez ahí vamos, mejor que te la quitan ¿no? y te evitas de problemas, pues si...naturalmente fuimos con el doctor y le dijimos sabe que, este sí, quítame todo, yo no quiero saber nada de mi matriz... me quitaron todo.

Ahí fue cuando mi hermana ya estuvo conmigo, este, mi mamá, todos mis familiares se enteraron...me retiran todo, y entonces ya me dijeron no sabe que con esto ya va a estar bien... ya no va a tener matriz, ya no va a generar estrógenos, entonces me dieron estrógenos de origen equino...porque si tu no tomas estrógenos, este, eh de alguna manera te vas a sentir muy débil y me dijo que mis senos se iban a empezar a reducir. Los tome como por 3 años.

Yo iba a chequeo y normal; entonces llegó el momento en que yo dije ¡hay yo ya estoy bien! Ya para que voy, entonces deje de ir un año... valiéndome. Este resulta que durante ese año estuve tomando los estrógenos, pero me comencé a sentir mal, este tuve un dolor... abdominal muy terrible.

Una noche, me sentí tan, tan mal que me doblaba del dolor, pues hay voy de urgencias a la clínica 4. Llegue al hospital, casi, casi desmayándome en la madrugada. Me empezaron a revisar y todo, estuve internada dos días. Al otro día me trasladan con mi doctor y ya me dijo es que usted no había venido a sus citas y dice le vamos a volver a hacer estudios para ver si usted no tiene otro tumor... otra vez tuve que someterme a todo y este, pues no sé ni siquiera que haya sido, yo siento que fueron los estrógenos los que me hicieron sentir ese dolor. Me dijeron que llevaba una colitis nerviosa, que este... era un dolor abdominal y hasta ahí quedo y te digo ya después me hacen todos los estudios y te digo yo pienso que fue eso pero ... una año después que no acudí a mis citas me empecé a sentir así y ya este me dijeron... bueno ya paso eso, salí y me dieron cita para creo que 3 meses, ahí es cuando me vuelven a dar los estrógenos, pero dije yo ya no me los tomo otra vez y entonces los deje de tomar.

Me empiezo a sentir mal con dolor abdominal otra vez y dije ¡no! pues ahora si quien sabe, este, le platico a mi hermana, sabes que siento una bola en el vientre y dice ¿Cómo? Si mira, es que me duele y se me empezaba a manchar la piel. Me dice has ido a tu revisión, no y dice porque no fuiste, es que ya me sentía bien y este, dice es que no tenías porque haber dejado de ir. Pues ya y resulta que me vio un doctor particular y pues me dijo tenemos que hacerte estudios, pues ya me hacen estudios y todo y resulta que... tenía este piedras en la vesícula, hay dios mío!! Bueno, entonces, este el doctor decide mandarme al seguro.

Me dijeron que con tratamiento ya no se quitaba. Me fui con naturista, porque decía a lo mejor con algún remedio o no sé, se me quitaba. Pero no, desesperante y horribles sus tratamientos y yo dije ¡hay no! Fui al seguro otra vez, me hacen los estudios y me dicen que había que quitar la vesícula y obviamente operación nuevamente, este, pues decidí quitármela y otra intervención quirúrgica... ya era la tercera. Salí bien librada de esa también... dije bueno ahora si ya quede bien jajá!! Pero pues no...decido cambiarme de trabajo, pues ya este, empecé a trabajar en febrero ya todo un año, hasta marzo del siguiente año, otra vez me empiezo a sentir mal ¡hay no, otra vez!

Obviamente fui a sacar mi cita...me regañaron que porque no había venido, es que usted y este, y este me hicieron nuevamente estudios, prueba de los valores tumorales, y este, y resulta que la cosa que me habían quitado, ya retoño, le digo pero ¿cómo es posible? Le digo, si se supone que ustedes me dijeron que quitándome la matriz yo ya no tenía que sufrir este tipo de cosas ¿no? y dice la verdad no nos sabemos explicar el porqué volvió a resurgir esto ¡no! deciden volverme a hacer todos los estudios necesarios y este decía ¡otra vez ya no!

Cuando nos dan la noticia otra vez que el tumor había, este, retoñado, entonces ahí el doctor es cuando me dice, me da las dos opciones: la primera es someterme nuevamente a cirugía, pero abriéndome desde más arriba del vientre, casi donde empieza el estomago hasta abajo para poder, no se... raspar todo el problema y no se regara ni nada ¡no! y la otra es la quimioterapia obviamente yo no sabía que era..., nos empezó a platicar cual era la mejor opción si era quimioterapia pues tenían que haber una persona que me estuviera acompañando a y la operación, te operan te quitan lo que te tengan que quitar y ya más fácil.

Ese día empezamos a consultarnos entre nosotros, entre mi novio y yo que me acompañaba... optamos por la operación nuevamente.

Yo pienso que fue por los estrógenos que yo estaba tomando, o sea los doctores no me dijeron que era eso... pero yo lo sentí porque a raíz de que estuve tomando eso, durante tres años y meses, eh! Me empecé a sentir mal.

Cuando yo salí del quirófano... el doctor me empezó a explicar que este, que habían tratado de quitar todo lo, lo posible, este, pero iban a analizar más mi caso a través de tomografías y demás, entonces me mandan a hacer los estudios, este y resulta que me dicen que no pudieron eh, realizar totalmente la operación como ellos esperaban porque lo que estaba afectando este la... el cáncer o el tumor o lo que yo tenía estaba en una parte de mi intestino, dice si le hubiéramos quitado toda esa parte, este, teníamos que haberle cortado una parte del intestino y dice, eso obviamente es más complicado, entonces lo que hicimos fue únicamente revisarla bien por dentro y obviamente no le hicimos nada ¡Híjole dios mío!

Pero cómo es posible, eso ya es este terrible ¡no! después de que me hacen tanta cosa y que me digan que no!, entonces pues este, no se, me quede sorprendida, impactada, igual, o sea mi hermana empezó ahí a decir que porque, como era posible y dicen, es que, realmente no sabemos el porqué, surgió esto y porque le está afectando a su intestino, y dice entonces, va a ser necesario que vaya a quimioterapia. Aunque hubiera dicho que no a la quimioterapia de todos modos me la tenían que hacer, entonces, y ¡ya desesperada y demás!, este, fue como a la semana, dijeron tienen que ser lo más pronto posible, lo mismo que me han planteado, sino esto se puede regar y va a ser mucho peor... y entonces pues ya hicimos los tramites... me dieron pase al centro médico.

Le dije oiga pues que me van a hacer ¿no? y dice mire, primero las quimioterapias son unos químicos que se les ponen, esperemos que con eso, dice, este lo que tenga usted de células cancerígenas se mueran...tanto los doctores como mi familia estaban totalmente sorprendidos ¿no? que porque tanto.

Me dijeron van a ser cuatro sesiones, este, este, las quimioterapias en una semana, va a ser una cada 20 días perdón, era una semana descansa 20 días, una semana y 20 días.

La quimioterapia te debilita pero terriblemente... me dijeron se te va a caer el cabello, este te vas a quedar... totalmente ¡no! pelona, pues sí, este... pues ya empezó la primera quimioterapia y ¡hay! ¡!!Fue terrible!!! Hay pues ascos, vómitos, no te da hambre, este, nada más, bueno yo quería estar durmiendo, este, igual obviamente los piquetes que te dan a cada rato, te sacan sangre en la tarde, en la mañana, no, no!! Fue... mi cuerpo en la primera lo resintió mucho. Te da un frío pero terrible!!, terrible el frío!! Entonces, por más que te pongan cobijas y demás no se calienta uno y luego imagínate era en diciembre, no pues si estuvo terrible la primera vez y este obviamente no puedes comer gran cosa, eh, pura fruta prácticamente te, te digo de lo acostumbrada que yo comía bien ah todo eso, desde el inicio de la operación, de la cirugía, luego imagínate con la quimioterapias.

En la segunda sesión... cuando yo estaba ahí cometieron otro error los doctores, cuando me dicen que yo, que... que el mal que yo tenía, este, era muy fuerte y que no, este, que era irreductible o algo así, entonces... dicen la tenemos que aislar que por qué no puede estar en contacto con nadie, pero, o sea obviamente todo eso se lo decían a mi hermana y a mí solamente me trasladaban de aquí pa allá, de allá pa acá, ¡no! entonces dije ahora ¿Por qué no? y dije oye ¿ahora porque me van a dejar sola? ¿No?, obviamente en los hospitales compartes con todas y este, es que el doctor me dijo que necesitas estar aislada porque estas muy débil y no puedes compartir con nadie porque esto lo pudieras transmitir a alguien más ¿Cómo? ¿No? ¡¡Hay dios mío, no, no puede ser!!, entonces, me tienen aislada en un, en un cuarto y la persona que entrara a visitarme tenía que entrar totalmente cubierto y este ...eso te digo se me hizo muy raro ¿no? y resulta haz de cuenta eso nos

los dicen en la mañana, me aíslan y este y en la tarde viene el doctor y me dice le queremos pedir una disculpa porque nos equivocamos en, en los expedientes y este, no se preocupe usted está muy bien, este no es usted la persona que teníamos que aislar. Lo que pasa es que nos confundimos con el expediente del otro paciente, dice, este pero nada más, su paciente está muy bien.

Me cambian otra vez y me regresan al cuarto en donde yo estaba, entonces, este te digo ahí conocí a varias personas, conocí a una señora que tenía un tumor en la garganta y que estaba igual mal, ella tomaba su enfermedad con mucha alegría, me decía es que tu velo como algo pasajero, no te preocupes, este, eh yo siempre digo hay bendita quimioterapia, tu me vas a aliviar, me vas a debilitar un poco pero no importa yo te amo porque tu me vas a sanar.

Terminando la tercera etapa, este me mandan a llamar a mi consulta y me dicen que ya estaba yo curada yo dije ¿Qué? Y dice si, este, increíble pero cierto, usted ya esta sanada, con las 3 quimioterapias fue suficiente para el cáncer que tenía, sin embargo, tiene que terminar el tratamiento.

Cuando les di la noticia a todos felices ¡hay que bueno!... ese día yo estaba feliz, contenta, quise llegar a mi casa y dije aunque me este vomitando denme de comer y este, y pues si este, casi, casi ahí en la casa hacen fiesta.

Después del descanso que yo tengo de los 20 días para volverme a internar, me vuelvo a sentir mal... vuelvo a tener un dolor abdominal, este, que le dije a mi hermana, sabes que vamos a tener que ir otra vez al hospital porque no me siento bien ¿qué otra vez? Le digo si otra vez!! bueno y este ahí venimos al hospital ¡no! y este pues ya me... en el transcurso del camino yo iba más o menos bien, pero de repente me empezó a dar el dolor más fuerte, entonces, me empezó a punzar, no, este, no, no, no, no aguante y me doble y este llegando al hospital me tenían ahí en espera, este, pero no obviamente no te atienden luego, luego. Pues hasta que me vieron que ya estaba desmayándome me metieron a urgencias rápidamente y me dieron una inyección contra el dolor. Como 3 días internada, y pues ya me volvieron a hacer estudios y demás y era, este, por los ácidos gástricos que obviamente a consecuencia de las quimioterapias, eh, eran muy fuertes. Salgo del hospital y ya me empiezo a recuperar poco a poquito, este, termine la última quimioterapia, este, y ya con la idea de que iba a estar bien.

Conocí a una chavita, bueno yo el tiempo que estuve en los hospitales, este mi hermana siempre llevaba su biblia, este, me la leía en el tiempo que estaba yo ahí, este, no dormía, este, en ese momento uno busca ayuda de todos lados ¡no! y este, esa chava tenía un tumor también en el vientre, en la matriz y este, y nos dijo necesito que me presten su biblia porque siento que ya no voy a poder continuar, porque este anoche ya me desahuciaron, ya no, ya me dijeron que mi mal ya no tiene remedio, ya me van a dar de alta dice, yo veo que usted lo lee con tanta fe, que no se, a lo mejor yo pudiera encontrar ahí una paz ¡no! una tranquilidad; bueno finalmente se la prestó y pues ya este, se despidió de mi, me dijo que le echara ganas, me dijo tu no te preocupes, tu si vas a sanar, veme a mi ya me desahuciaron, este, me voy muy triste pero pues ni modo, dios quiso que fuera así y ni modo ¡hay no!.

Etapa vigilancia

Fue una experiencia totalmente desagradable, te digo ni a mi peor enemigo se lo deseo, porque es algo muy, muy difícil. Termine mi cuarta quimioterapia y ya regrese a la gineco 4 y los doctores me dicen hay si la libro Jajaja!... , me dieron la noticia final de que yo había salido bien, ya nada más tenía que estar en constante chequeo, de hecho ahorita me están revisando cada seis meses, este, me hacen el estudio de marcadores tumorales para que cualquier cosa, este se detecte a tiempo ¡no! esa es la triste historia de mi vida jajaja!!

Feliz, me siento tan bien, que ahorita te lo cuento y ya no lloro. No pienso en un futuro, ahorita trato de, de... estar, de disfrutar al máximo mi presente, este, ahora sí que lo que hacía de chica y que tal vez me hacía falta... ya no guardo nada para vestirme en ocasiones especiales, lo que compro me lo pongo, este no se ¡hoy estamos, mañana quién sabe!

Cuerpo

Antes de que yo me enfermera yo me veía al espejo y decía ¡que linda niña! No, este, y dije voy a ser exitosa, voy a lograr mis metas con el apoyo de mi hermana, yo pensaba terminar toda mi carrera hasta la licenciatura, yo tengo que ser algo, yo voy a estar bien, para ayudarles a ellas, me veía bien, me sentía bien y entonces, este, tenía muchos sueños a futuro, igual sin saber nada de lo que me iba a pasar... voy a ser mujer, voy a casarme, voy a tener hijos, una familia y cuál fue mi sorpresa, entonces yo lo veía de esa forma.

Cuando yo salí del quirófano y empecé a estar consciente, este, te digo no podía creer lo que estaba viendo, porque de mi cuerpo, estaba toda saturada, desde el estomago hasta abajo, ¡no, no, no! que me hicieron ¡no!

Para ese entonces yo ya había bajado de peso terriblemente!... Quede hecho un hueso... todo me dolía

Este no cuando yo llegaba a la casa me ponía a llorar, no es que, ¿qué le están haciendo a mi cuerpo?, ¡cómo voy a quedar!

Imagen corporal

Antes de que yo me enfermera yo me veía al espejo y decía ¡que linda niña!

No quiero que me vea así, o sea así como estaba y pues ni modo y así estuvo conmigo apoyándome. , después de la cirugía, yo dije, que le hicieron a mi cuerpo porque estaba toda ahí cosida, este, donde quedo esa Fabiola que yo veía en el espejo ¡no! este... mal terriblemente...en un principio pesaba 68 kilos y llegue a pesar 40 kilos. Para mi estatura entonces, imagínate ¿Cómo me veía yo? Y te digo no soportaba la cama porque me dolían todos los huesos, mal, mal

Este en la segunda ya se me empezó a caer el cabello... de uno por uno. Cuando me bañaba ya veía los mechones que se caían, entonces, este ya parecía yo hombre ¡no! Le dije a mi novio, sabes que córtame el cabello porque no soporte ver que se me este cayendo uno por uno, es mejor que me lo cortes y decidí raparme totalmente.

Religión

Mi hermana está en una comunidad de, de... comunidad católica, entonces ellos empezaron a visitarme de alguna manera para acercarme a dios y este, pues sí, ellos iban rezar a mi casa a orar, este, en la iglesia mi hermana pedía por mi salud, le buscaron por todos los medios.

Yo sentía una paz interior, o sea me daba pena porque llegaban y pues me veían ahí ¡no! toda ahí tirada en la cama, sin fuerza, sin nada, pero cuando ellos empezaban a rezar a orar por mi y demás, no sé como que me refugiaba y decía ¡no! que pecado yo cometí ¡no! para pasar por todo esto, este, este, pero de alguna manera si me hacían sentir bien y este yo, yo me iba a meter y decía si con puras oraciones se me quitara esto, no se me iba a Chalma a bailar o no sé.

Yo no sé qué pecado cometí o que hice, porque he vivido cada cosa que no puede ser ¡no!

El acercamiento con dios, porque este de alguna manera, eh, todas las oraciones, este y misas que hicieron por mí, este, te digo que a mí me hizo sentirme bien... El día que me iban a dar la noticia de que yo ya estaba bien, este, tuve un sueño raro por decirlo así, porque haz de cuenta que yo... estaba soñando conmigo misma, este, que iba a llegar al hospital y que muy enferma, muy enferma al tal grado de que ya no había que hacer... entonces yo iba a pasar ese puente y que me detuve y visualice de alguna manera a Dios y me dijo tú no puedes pasar aquí, porque todavía tienes muchas cosas que hacer y hay no se!!! Sentí bien feo!! Hay no sé, sentí algo como muy bonito y eso se lo conté a la persona que iban a hacer oración por mí y me dijo ya ves!! El te está ayudando, este y yo se que él no te va a dejar sola, entonces, este ... pues para mi si fue importante, fue muy importante, de hecho, este fui a dar un testimonio de lo que pase, de lo que viví, frente a una iglesia, no sé cómo se le llame pero dicen que es de sanación, este, di mi testimonio de lo que viví y este, no se me sentí bien, para mí fue algo muy bonito, no, este, este placentero.

Maternidad

Una como mujer si quiere tener un hijo, ya sé que no puedo, pero podemos buscar otras opciones y entonces ya empezamos a investigar en el DIF, en las casas hogar y demás pero nombre, te ponen una de condiciones que dices ¡hay dios mío! Mejor me quedo sin hijos, jajaja, no si este, de hecho estábamos enfocados a una casa hogar que se llama VIFAC, y pero, nos piden que seamos casados por el civil y por la iglesia, entonces por la iglesia no nos hemos casado, ni creo que nos casemos, pero este... luego vimos en el DIF y pues también, tantos son los requisitos que piden y aparte hay que ir a convivir con ellos, este, un mes, luego que si no se adaptan a nosotros que nos lo quitan, entonces, ¡¡hay no se!! Es muy difícil la adopción, de hecho en muchos programas de radio y de Internet lo han dicho, que adoptar un hijo es lo más difícil que tener uno, entonces, no se porque ponen tantas trabas, pero, pero así lo manejan; esa es la parte de la adopción que si la hemos visto pero no se nos ha hecho, ni creo que se nos haga porque te digo, es muy difícil!

Practicas de salud

La hermana de mi cuñada , ella también tiene cáncer, tiene cáncer, en..., en el pecho, pero ella me vio como estuve yo, iba a verme al hospital, este, me veía como estaba yo con el tubo, con el liquido y dice que le da un miedo y dice yo no soportaría eso y la hemos tratado de convencer para que se atienda y no quiere; entonces, yo le digo es que sabes que tienes que atenderte y hay momentos en que se siente mal y se desmaya, por lo mismo de que se siente mal, pero no, yo no me quiero hacer nada, yo no quiero que me operen, yo no quiero

que le apliquen nada a mi cuerpo, yo así nací, así me quiero morir. Dice es que si me estoy atendiendo, dice que está yendo con naturistas y así yo inicie en un principio ¿no? y este ella dice que si le está resultando de alguna manera, pero...no sé, es un proceso muy largo, muy, muy, difícil.

Fui bien atendida, este el personal, las enfermeras y demás me tuvieron muy bien, este, nada más lo único malo, es eso, lo de esa parte que no me gusto y este en el caso de los doctores de la 4 igual, que no me supieron explicar claramente el ¿Por qué? ¿No? entonces, a lo mejor ni ellos mismos se entendían o no se, porque me hicieron una cosa y después me salen con otra, entonces, este, te digo por ese lado no me agrado, de ahí todos los servicios que tuve donde fue mi estancia fueron buenos; yo sé que hay mucha gente que se queja del seguro pero afortunadamente a mi me toco un buen trato.

En la segunda sesión... cuando yo estaba ahí cometieron otro error los doctores, cuando me dicen que yo, que... que el mal que yo tenía, este, era muy fuerte y que no, este, que era irreductible o algo así, entonces... dicen la tenemos que aislar que por qué no puede estar en contacto con nadie, pero, o sea obviamente todo eso se lo decían a mi hermana y a mí solamente me trasladaban de aquí pa allá, de allá pa acá, ¡no! entonces dije ahora ¿Por qué no? y dije oye ¿ahora porque me van a dejar sola? ¿No?, obviamente en los hospitales compartes con todas y este, es que el doctor me dijo que necesitas estar aislada porque estas muy débil y no puedes compartir con nadie porque esto lo pudieras transmitir a alguien más ¿Cómo? ¿No? ¡¡Hay dios mío, no, no puede ser!!, entonces, me tienen aislada en un, en un cuarto y la persona que entrara a visitarme tenía que entrar totalmente cubierto y este ...eso te digo se me hizo muy raro ¿no? y resulta haz de cuenta eso nos lo dicen en la mañana, me aíslan y este y en la tarde viene el doctor y me dice le queremos pedir una disculpa porque nos equivocamos en, en los expedientes y este, no se preocupe usted está muy bien, este no es usted la persona que teníamos que aislar. Lo que pasa es que nos confundimos con el expediente del otro paciente, dice, este pero nada más, su paciente está muy bien

Medicina alternativa y complementaria

La hermana de mi cuñada, ella también tiene cáncer... Dice es que si me estoy atendiendo, dice que está yendo con naturistas y así yo inicie en un principio ¿no? y este ella dice que si le está resultando de alguna manera, pero...no sé, es un proceso muy largo, muy, muy, difícil.

Tenía estas piedras en la vesícula... me dijeron que con tratamiento ya no se quitaba... me fui con naturista, porque decía a lo mejor con algún remedio o no sé, se me quitaba y este, fui con un naturista, pero no, desesperante y horribles sus tratamientos y yo dije ¡hay no!, no voy a aguantar tanto, y no creo que en mi trabajo me aguanten tanto tiempo, entonces me dijo pues vete al seguro y fui al seguro otra vez.