

La identidad “positiva” como violencia simbólica en mujeres con cáncer

The “positive” identity as symbolic violence in women with cancer

Ma. del Rocío Figueroa Varela

Universidad Autónoma de Nayarit

Resumen

La identidad de las mujeres se transmuta a través de las transformaciones corporales que sufren por los tratamientos oncológicos. El cuestionamiento de su valor como mujer, situado en su corporalidad definida para la reproducción, en el sistema sexo/género dominante, se produce al atravesar por un diagnóstico de cáncer cérvico-uterino, el cual le quita lo que han determinado su esencia: la posibilidad de la maternidad. Si se sufre de un diagnóstico de cáncer de mama, viven la mutilación derivada por las intervenciones quirúrgicas —como la mastectomía— como un cuerpo imperfecto que ya no cumple con los estándares de los ideales corporales. Las biopolíticas definen al “positivismo” como un ideal para que sean “buenas” mujeres y “buenas” pacientes; ahora ya son guerreras adscritas a una batalla en donde la actitud positiva es la que mágicamente alejará la es-

Abstract

The identity of women is transmuted through the bodily transformations they suffer from undergoing oncological treatments. The questioning of their value as women, situated within the corporeality of reproduction defined by the dominant sex/gender system, occurs when going through a diagnosis of cervical cancer, which takes away the essence of traditionally-defined femininity: the possibility of motherhood. For women who suffer from a diagnosis of breast cancer, they experience bodily mutilation resulting from surgical procedures such as the mastectomy, living in an imperfect body that no longer meets the standards of bodily ideals. Biopolitics define a “positive attitude” as an ideal for “good” women and “good” patients; now they are warriors assigned to a battle where a positive attitude is what will magically turn away the sword of Da-

pada de Damocles y vencerá al fantasma del cáncer y de la muerte, el cual habita en su imaginario. A través de este artículo se busca reflexionar sobre los mecanismos que la biopolítica establece como mecanismos de violencia simbólica hacia las mujeres, en donde los cuerpos de las mujeres, aun en el proceso de enfermedades oncológicas es disociado, y en donde la sumisión a lo establecido y la no-agencia se definen como estructura vinculante, del deber ser de lo femenino.

Palabras clave

Subjetividad femenina, psicooncología, deber ser femenino, violencia simbólica, corporeidad.

mocles and overcome the ghost of cancer and death, which inhabits their imaginary. This paper seeks to reflect on the mechanisms of biopolitics and the establishment of mechanisms of symbolic violence against women, where the bodies of women, even in the process of oncological disease, is dissociated, and where submission to the “must be” and non-agency, is defined as the overarching feminine duty.

Keywords

Female subjectivity, psycho-oncology, feminine duty, symbolic violence, corporeality.

Introducción

Los contextos oncológicos son una mina de información recolectada en investigaciones de diversas áreas del conocimiento, no sólo desde una perspectiva sanitarista o clínica, dadas las implicaciones e impactos en los diversos campos de la vida de quienes padecen estas enfermedades, de sus familiares o del equipo tratante. El abordaje de las investigaciones sobre el cáncer tiene múltiples aristas y cuando se produce la divulgación, la información puede transformar los imaginarios sociales y producir cambios en las actuaciones personales y colectivas, modificando el bienestar y calidad de vida, deseables como parámetros de salud.

La inmersión de varios años en el campo de investigación de padecimientos oncológicos en mujeres, permitió el análisis de este contexto desde una intersección de la perspectiva de género y la psicooncología. Buscar entender los posicionamientos y prescripciones médicas, el lenguaje que se utiliza en la relación médico-paciente, las actitudes, esquemas cognitivos, corporalidad, afrontamiento emocional ante el padecimiento y otros procesos psicosociales, fue un ambiente propicio para reflexionar sobre aquellas transiciones, observadas o deseables, en las mujeres con-

vertidas en pacientes al iniciar con tratamiento de cáncer, que pudieran devenir en nuevas formas de violencia hacia las mujeres.

A través de la lectura de este trabajo se presenta un análisis de cómo la identidad de una mujer se puede transformar cuando juega un rol de paciente aquejada por cáncer, el cual la confronta con su significado de vida, dada la observancia sobre el cuerpo femenino, en el sistema sexo/género decantado en biopolíticas del proceso salud-enfermedad. En este análisis se enfatiza en que la identidad femenina tiene un "deber ser", incluso en la enfermedad, que las debe convertir en "buenas pacientes" con una "actitud positiva". Así también se revisan las metáforas utilizadas en el lenguaje sobre el cáncer, reafirmanes de un sistema masculino de guerra y lucha, para hacer referencia al cáncer. El escrito se aborda desde el análisis de investigaciones y constructos teóricos que apuntan a considerar que esta *actitud positiva* se prescribe para ser asumida como una *identidad positiva*, constituyendo así una forma de violencia simbólica hacia las mujeres.

Se habla en los derechos generales de los y las pacientes, entre otros, del derecho a decidir por la atención, lo cual infiere una capacidad de poder de agencia y decisión. En las normas oficiales para la atención médica en todos sus niveles, incluso se habla del proceso de empoderamiento de este colectivo denominado "pacientes". Por ello, es importante revisar desde cuál perspectiva se puede hablar acerca del poder de decisión de las mujeres que vivencian un padecimiento confrontante con la muerte, en un sistema de salud susceptible de violentarlas. La problemática sociocultural como un determinante social de la salud, así como la cultura hegemónica, han traducido el cáncer en campañas mediáticas en donde se informa qué se debe pensar, sentir y actuar cuando se está frente al cáncer. Pero estas campañas sólo muestran una cara del cáncer en donde lo sombrío y el sufrimiento físico y psíquico, muchas veces vivenciado, es eludido e invisibilizado.

La conclusión central de este escrito resulta del análisis de esos cambios identitarios que van reconfigurando a las mujeres con cáncer. Cambios con los que se resignifica su vida y su valor.

Estos aspectos deben ser abordados, analizados críticamente y visibilizados con el fin de llegar a significativos procesos de empoderamiento basado en relaciones de igualdad, así como en el conocimiento y reconocimiento de los derechos (Castro, 2014) como personas, mujeres y pacientes.

El modelo biomédico y la biopolítica de la eficiencia corporal

La vida y la muerte han sido de los grandes enigmas de los seres humanos, quienes han invertido tiempo y recursos para encontrar su significado, así como de los procesos de salud y enfermedad que inciden en la vida. Esto produce conceptualizaciones socio-históricas, y en el siglo XIX, algunos pensadores e investigadores asociaron los estados de salud y enfermedad con las condiciones materiales de vida y trabajo, desarrollando un paradigma biológico, individual y reduccionista que actualmente sustenta la práctica médica (Ríos-Osorio, 2011) o modelo biomédico, el cual a su vez se adscribe a una perspectiva positivista de la ciencia y un esquema económico globalizador.

En este modelo biomédico se busca la eficiencia del cuerpo y considera, dentro de las leyes del mercado, el *bienestar biológico humano y ambiental* dejando de lado que hay problemas estructurales en el proceso de salud/enfermedad, como son las relaciones de poder, dominación y resistencia, con un gran significado para la conformación de la identidad y subjetividad de las personas (Faretta, 2013).

Sobre la causalidad de la enfermedad entonces se entiende una interacción de tres componentes: el agente o factor responsable, el huésped o sujeto de enfermedad y el medio ambiente o sitio en donde ocurre la interacción. Grau, J, y Hernández, E. (2005) mencionan que la salud —vista desde algunos modelos médicos multideterminados alejados de ese modelo biomédico— es un balance de equilibrio dinámico entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y las características ambientales, tales como los aspectos biofísicos, sanitarios, socioeconómicos y culturales. Bajo esta conceptualización se habla de los determinantes sociales para la producción de este estado de salud, deseable en la población humana, el cual sería un proceso continuo con au-

sencias de daños y limitaciones morfológicas y funcionales, con determinado nivel de bienestar subjetivo y social, propicio para el desarrollo de todas las potencialidades y capacidades humanas, por lo tanto, este sistema individual afecta y es afectado por los sistemas comunitarios y culturales en donde interactúa.

Los procesos de salud y enfermedad ocurren y transcurren en un cuerpo. Las políticas o lineamientos que los Estados siguen sobre sus habitantes en materia de salud pueden incluir conceptos reduccionistas, de tal suerte se conforman biopolíticas en donde se asume y prescribe cómo deben comportarse los cuerpos. En este sentido Rodríguez (2008), reseña que la biopolítica de dispositivos de salud establecidos por un Estado, están bajo la consideración de la población en tanto recurso productivo, de esta forma se establecen un sistema de seguridad social como una forma de regulación entre los Estados y los individuos, y les modela el estilo o patrón de vida a seguir asegurando la continuidad de su sistema socioeconómico. Es así como la biopolítica se convierte en gestión técnica de la vida y del cuerpo, e integra y prescribe a toda la población la conceptualización de dispositivos de salud perfecta que deben obedecer. El Estado se autodefine como ente indicador de lo deseable para los cuerpos, de acuerdo a los intereses de las élites del poder. Esto queda patente, por ejemplo, en la tendencia denominada *gap 10/90*, la cual implica que el 90% de los recursos destinados para la investigación en salud se utilizan para patologías en donde se afecta al 10% de la población, priorizando esquemas y modelos de atención médica de rehabilitación, las cuales son más rentables para las grandes empresas farmacéuticas, que controlan los mercados de la salud, en lugar de prevenir patologías.

De acuerdo con los preceptos médicos de ahora, bajo estas biopolíticas recae la responsabilidad de la salud en las personas y se olvidan de los determinantes sociales de la salud. Por este precepto se entiende que si las personas se enferman es por "algo" que hicieron o dejaron de hacer, y se les culpabiliza de haber llegado a enfermarse (incluso de morir), pues seguramente no cumplieron con algunos preceptos de "lo saludable", esto es, aquellas acciones de nutrición, actividad y cuidado físico o bien de cumplimiento de actividades preventivas de salud, tales

como vacunaciones o acudir al sistema sanitario para tamizaje o diagnóstico de enfermedades.

De la identidad de mujer a paciente

La identidad es el resultado de la internalización del mundo de la vida cotidiana, el cual impone significado a una persona para la confrontación entre el yo, el nosotros y los otros o ellos. La identidad no es inmutable, hay una continua reestructuración producto de las interacciones intersubjetivas (Jasso, I. J. 2011). El término de identidad evoca similitud, aunque también implica una diferencia o particularidad en donde una persona se define a sí misma (Mercado, A. y Hernández, O., 2010). A través del proceso de separación y delimitación o diferenciación que le distingue de los objetos y demás personas con las cuales interactúa, toma conciencia de su condición de similitud y de diferencia y con ello puede también agruparse a los otros colectivos de seres y así conformar una identidad social o colectiva.

La identidad social, entonces, es la representación de las personas y su posición ante sí misma y ante los grupos considerados con la misma posición o categoría social. Las identidades individuales y colectivas como construcciones dinámicas responden a un mundo social en donde se fundan las normas sociales (roles, estatus) para lograr la interacción, pero son flexibles y están en constante negociación. Tienen referentes históricos, se privilegian y ocultan en razón del contexto y el “otro” ante el que se presentan. Se forman por contraste e involucran sentimientos de pertenencia; posicionan al agente social en su relación con el otro (Jasso, 2011). Ante esta descripción identificativa que le representa y le da una atribución grupal, con la cual se atribuirá entre otros aspectos, expectativas, valores, costumbres, modos de socialización. Esta valoración y evaluación le informará con respecto a sí mismo y a su grupo de pertenencia (Mercado, A. y Hernández O., 2010).

Si estamos bajo un sistema binario sexo/género, las mujeres se identifican como seres que también tienen subcategorías de acuerdo a otros atributos, como la belleza atribuida a su cuerpo (Muñiz, 2014); esto le conferirá un valor determinado en la escala social de referencia. En los

hombres, los atributos de racionalidad, valentía, independencia y fortaleza guiarán sus destinos, sus cuerpos serán las locaciones perfectas para mostrar las cicatrices de las batallas en las que mostrarán su arrojo y sagacidad para enfrentar la problemática y su resistencia a las enfermedades.

En la subjetividad femenina el género establecido en el sistema sexo/género es sinónimo de feminidad primaria (Dio Bleichmar, 2010). Las representaciones corporales y las identificaciones transmiten las expectativas, deseos, formas de interacción, e incluso, los modos de relación y de existir en una pareja. Se reconoce que hay un cuerpo que se vive, con una vivencia cuyo significado no siempre es consciente del todo, pues el efecto panóptico del sistema le lleva a tener una aguda consciencia de su cuerpo, el cual puede ser mirado por el otro en el poder; entonces la auto-representación es interferida, pues su cuerpo, que es visto y mirado por los otros, no puede apropiarse en su totalidad.

En los primeros pasos para la individuación femenina se efectúan introyectos a propósito de una determinada actitud ante la vida. Muchas de las afirmaciones sobre la feminidad se asentaron sobre ideas preconcebidas en torno a un "ideal femenino", derivadas de su rol tradicional como esposa y madre, que remite a la perspectiva moral femenina y prioriza como problema el cuidado y la responsabilidad en las relaciones, entonces el *self* es un derivado del cuerpo femenino.

El cuidado de la vida y las relaciones, la entrega y la capacidad para la empatía, se prescriben como imperativo categórico de género en las mujeres, por ello, las mujeres están dispuestas a cualquier sacrificio con la intención de ser amadas y aceptadas. El incumplimiento del sistema normativo sociocultural produce culpabilidad cuando se transgrede, y sufrimiento cuando no se alcanzan los ideales que se han fijado: cuidar y ser cuidada.

El reaseguramiento del vínculo y cuidar la relación con los otros genera en las mujeres la idea del *maternaje* como un atributo de su valor como ser femenino. Por ello, se sienten atrapadas en vínculos que, por una parte, les refuerzan el sentirse necesitadas y, por otra, les frustran e irritan, pues paralelamente pueden registrar el abuso en términos de explotación e intercambios no correspondidos, pero a los cuales no pueden

poner límites, pues se encuentra introyectado el mandato de ser querida por los/las otras, so pena de sufrir de la culpa por no cumplir con estos metaideales o sentir la amenaza de la pérdida de los vínculos.

El cuerpo es el territorio del *self*, es una materia variable e individualizada para las representaciones de género. Es un sustrato de una persona que está en interacción relacional con otras personas y el contexto sociocultural, le dota de representaciones y simbolizaciones de su esencia, su funcionalidad y finalidad (Kulish, 2010), esto es, las mujeres entienden su feminidad por ese cuerpo que les ha demarcado, con una morfología y con un valor específico asociado. Por ello su matriz le proporciona el valor de la maternidad, su figura debe ser de senos o mamas prominentes y de talle esbelto, para ser atractivo ante la mirada masculina, por lo tanto, también debe ser limpio de todo vestigio de vello corporal, exceptuando de una cabellera larga y frondosa. La menstruación le recuerda regularmente que debe limitarse, constreñirse, a los espacios privados. Su fortaleza corporal deberá ser dirigida para tener un “cuerpo saludable y esbelto”, el cual mostrará a los demás para determinar su adscripción a una categoría social en donde cumple con todos los preceptos necesarios que le marcan las biopolíticas.

Son mujeres *superwoman* sobrecargadas, pues deben ser bellas, eternamente jóvenes, atractivas para sus parejas, excelentes madres y, mejor aún, deben desarrollar talentos en el ámbito profesional o público, pero de tal forma que “nunca descuiden su principal rol: ser madres y esposas”.

Ese cuerpo manipulado, cuidado, en escrutinio constante y presentado a los otros, con el cual se logró una identidad femenina, puede decirse que posee salud si tiene un funcionamiento o desarrollo normal de sus procesos biológicos. Cuando este funcionamiento corporal no se rige por lo considerado como deseable puede ser sometido a diferentes intervenciones con el fin de regularizar su función, las cuales le darán ahora una nueva subcategoría identitaria para actuar: la de paciente, subordinada a un sistema sanitario.

Este cambio implica una reconceptualización o resignificación de aquello dado por sentado. En la mujer con estado de enfermedad, los elementos de seguridades y certezas en la vida se diluyen, ahora en su nue-

vo rol de paciente se le exigen nuevos atributos, el de mayor relevancia es el de ser *buena paciente*, esto es, debe adherirse a los tratamientos médicos prescritos, con una actitud determinada.

La paciente de cáncer y su actitud positiva

Cuando se da un diagnóstico de cáncer se alude a la muerte, tristeza y dolor, dado el imaginario social imperante (Figueroa, Valadez y Rivera, 2016; Palacios-Espinosa, Lizarazo, Moreno y Ospino, 2015). Además, comenta Sontang (2003), el cáncer es construido culturalmente por la culpa, pues es un castigo al cuerpo que ha caído, que no cumple con su eficiencia y se instaura la batalla por controlarlo. Sobre el impacto del diagnóstico del cáncer, se ha documentado el estrés, las inseguridades, tristeza y miedo, en donde inicialmente se presenta la incredulidad y la negación (De la Flor, De Molina, Sirgo y Montes, 2015).

La cultura e investigación ignora, trivializa o tergiversa las vivencias de las mujeres, asimilándolas a los modelos patriarcales de la realidad. En el contexto de las biopolíticas se hace énfasis en la importancia del autocontrol y de la responsabilidad individual para mantenerlo, entonces el cáncer es un producto de una falla de este cuidado, no se toman en cuenta los determinantes sociales de salud, en donde el individuo está en un contexto que puede detonar la aparición y evolución del cáncer (Wilkinson, 2008).

Las identidades se transforman de acuerdo al pasaje del tratamiento al cáncer para llegar a ser “un paciente de cáncer” (Willig, 2011), esta denominación es un aspecto discursivo intersubjetivo en donde se busca reconocer y legitimar una condición médica, dando lugar a una moral médica a la cual hay que cumplimentar, así el rol del personal médico tiende a ser desvinculante, en donde no se espera su involucración, sino el cumplimiento de sus mandatos autoritarios (Castro, 2014).

El contexto médico en donde se da el diagnóstico es un ambiente en donde hay una relación jerárquica de poder (Castro, 2014), en donde los profesionales son los expertos sobre el tema y en donde las mujeres deben jugar un papel de pacientes pasivas y dependientes a la prescripción (Coll-Planas, 2014). El lenguaje técnico, incomprensible al inicio

del diagnóstico por ellas, especialmente porque no están habilitadas emocionalmente para digerir esos términos por su impacto psicológico (Palacios-Espinosa *et al.*, 2015; Vivar, 2012), las coloca en un papel de ignorancia sobre el tema y dejan de ser vistas como personas para convertirse en pacientes con tumores y masas con quienes tienen que luchar y vencer los profesionales médicos.

Sólo quienes tienen poder tienen agencia sobre esos cuerpos, luego entonces se puede inferir la no agencia de las mujeres sobre su cuerpo enfermo; se les somete a las intervenciones y tratamientos, ignorando su subjetividad y vivencia.

Los cuerpos de las mujeres son ahora el territorio de la batalla por el prestigio médico en donde encarnizadamente se busca negar y eludir a la muerte. Se habla de “luchas” y “batallas por”, con metáforas militarizadas (Sontang, 2003) de un poder masculino. Estas metáforas tienen la finalidad de introducir información técnica (Periyakoil, 2008), así como articular y dar sentido y lógica a una realidad amenazante (Sumalla, Castejón, Ochoa y Blanco, 2013), al recontextualizar conceptos a través de la imaginación y el lenguaje, lo cual podría ser en una oportunidad de comunicación entre las personas legas y el proveedor de salud (Harrington, 2012). Ahora se habla incluso de que la metáfora de la “guerra del cáncer” debe cambiar por una metáfora incluyente de la complejidad de las enfermedades oncológicas y de sus tratamientos, las cuales no son batallas en las que siempre se gana (Hanahan, 2014). Pero estas metáforas niegan la subjetividad de la mujer enferma de cáncer, sólo se ven personas que deben “colaborar” con el poder médico, sin considerar la experiencia de vivir con cáncer, ni el contexto en donde se efectúa el diagnóstico y/o tratamiento, efectuando la ruptura de aquello que se desea comunicar, y la persona con cáncer queda alienada de su propio cuerpo (Rojas y Fernández, 2015).

En esa nueva existencia del cuerpo se exige también una “actitud positiva” en busca de una supremacía de la mente sobre el cuerpo con el fin de evitar pensar en la muerte. Se ofrece la creencia de que los pensamientos positivos, la fuerza de la voluntad y la esperanza, son los elementos principales para tener alejada la “espada de Damocles” que se cierne

sobre ellas en relación a su sobrevivencia. Por ejemplo, en una investigación efectuada por López (2015), las mujeres con cáncer de mama se dibujaron a sí mismas sin enfermedad, "los cuerpos no importaban tanto, ya que los dibujos y las descripciones se enfocaban en el alma y la mente de cada una de ellas" (López, 2015: 63), como si eso fuera lo más importante, poniendo de manifiesto la binariedad mente/cuerpo, asociada en el sistema sexo/género.

El pensamiento positivo se considera como aquel que busca un férreo control emocional para bloquear pensamientos no acordes al estado de felicidad y sobre los sentimientos considerados como negativos: el miedo y la tristeza.

La nueva imposición cultural de pensar positivamente sobre las mujeres-pacientes, es de tener siempre fe, esperanza y la creencia de que las cosas *van a ir bien*, llegando a la deseada cura y, por lo tanto, evitar la muerte. Se considera que la supremacía de la mente sobre el cuerpo llevará a tener una adecuada actitud de lucha a través de la represión de pensamientos fatalistas y adecuado manejo emocional (Rojas y Fernández, 2015). El pensamiento mágico tiene primacía sobre el racional, pues se busca dar respuestas a lo que la ciencia aún puede resolver y, paradójicamente, quienes detentan el poder prescriben esta actitud como una forma de curación. En forma coloquial se escucha en los pasillos de los campos médicos que se "deben echar ganas" en los tratamientos y en la vida en general, esto se retoma en la interacción médico-paciente, al tener imaginarios semejantes (Figueroa, Valadez, Rivera y Hernández, 2014).

A este respecto, se debe aclarar sobre evidencia científica en donde se respalda la premisa de que estados emocionales con altos índices de ansiedad o depresión afectan el estado inmunológico (Spiegel, 2012), lo cual incide en la sobrevivencia al cáncer, pero el sólo "pensar en positivo" no lleva a la prevención o cura de este padecimiento.

Reconocer la posibilidad de la muerte o "pensar en la muerte" se considera como una preocupación mórbida que no ayuda en el proceso de curación. El cáncer es "algo" al que hay que ganar a toda costa, incluso aunque se pierda la propia calidad de vida. Así, por ejemplo, los efectos secundarios de los tratamientos *deben* ser sufridos con estoicismo y

con una actitud sonriente para asegurar su efectividad, son daños colaterales por la vida. Nunca darse por vencido es el imperativo categórico para estas personas que viven el proceso de la enfermedad y se celebra y admira su fortaleza y positividad interna (Sumalla, *et al.*, 2013). La frustración, las quejas o el miedo no se deben expresar durante el tratamiento.

El pensamiento positivo discrimina a las personas que tienen éxito en su curación, vitoreando el sistema establecido a quienes estoicamente han logrado *ganar la lucha contra el cáncer* y, en contraparte, se considera como un fracaso la reincidencia del cáncer o se puede estigmatizar a quienes no logran adherirse a esa identidad de *buenas pacientes*.

A través de este *pensamiento positivo* se disemina la creencia de que el cáncer es una llamada para despertar a la vida, proceso para repensar su significado y una oportunidad para iniciar un nuevo camino para una vida más saludable, integrada y armónica. Paradójicamente, se espera que sea una oportunidad en la vida de alguien para alcanzar la trascendencia. En el estudio efectuado por Van der Spek, Vos, Van Uden-Kraan, Breitbar, Tollenaar, Cuijpers y Verdonck-de-Leew (2013), esta premisa se cumple parcialmente; esto es, algunas personas significan la experiencia del cáncer como una mejoría en su sentido de vida y en las relaciones interpersonales, aunque por el contrario otras personas con cáncer sienten pérdida de este sentido de vida especialmente por las actividades que deben ser abandonadas, llevándoles a experimentar aislamiento. En el estudio efectuado por Palacios-Espinosa y colaboradores (2015), se documenta el significado del sentido de vida y de la muerte y su reconfiguración al atravesar por un padecimiento oncológico. El significado de la muerte es asociado al cáncer, y el de la vida está en la lucha a la que se enfrentan a través de los tratamientos.

Por otra parte, en los diversos medios de comunicación se ensalzan las nuevas virtudes de las pacientes femeninas, algunas de ellas se muestran y auto-representan en positivo como una forma de exorcizar su enfermedad. La sociedad sólo quiere que hablen del cáncer en esos términos, no quiere ver más que sólo un lado del proceso de la enfermedad, el de la lucha. Entonces la sociedad se viste de moños rosas y violetas en algunos meses para simbolizar que se está en pie de lucha contra

el cáncer de mama y/o el cérvico-uterino, padecimientos oncológicos de alta tasa en las mujeres.

Color rosa para simbolizar la feminidad y cierta infantilidad, pero también la evanescencia de la vida. Hay campañas mediáticas intensivas en donde la sociedad trata de expulsar el cáncer, de su imaginario y para desestigmatizarle promueve que el evento del cáncer se muestre como experiencia o evento de aprendizaje positivo, en donde se presenta a las mujeres como objetos cuyo atractivo está basado en la apariencia corporal (Johansen, Andrews, Haukanes y Lilleass, 2013), aun cuando están enfermas (Sumalla, *et al.*, 2013).

Al respecto, Steinberg (2015), aporta el análisis sobre la comercialización de estas campañas, las cuales articulan lo comercial, lo médico y discursos moralizantes imperativos dirigidos a la sociedad, en donde se recaptura el imaginario del cáncer, y redefine a una persona ordinaria en una *luchadora del cáncer*, la cual, al terminar el tratamiento, vence al cáncer. La exhortación imperativa pues, es hacia el deseo de vivir y la agencia racionalizada. No cumplir con estos preceptos implica que se es un *mal paciente*, concluye Steinberg. Agrega, además Porroche (2017), que en estas campañas es usual encontrar desinformación o información errónea con tendencias y perspectivas heteronormativas. Por otro lado, Pui-gpinós-Riera, y Serral (2017) advierten que estas campañas, si bien no visibilizan el lado oscuro de la vivencia del cáncer, son momentos donde las mujeres pueden percibir que no están solas.

No debemos dejar de lado que puede existir el fenómeno de resiliencia humana, esto es, la capacidad de adaptarse a situaciones adversas. Esta cualidad puede ser reforzada para mejorar su calidad de vida desde el diagnóstico hasta el tratamiento del cáncer, pero el afrontamiento no necesariamente tendrá un efecto positivo o duradero en la sobrevivencia de esas valientes mujeres que vivieron esos procesos.

Ristovski-Slijepcevic y Bell (2014) comentan algunos de los elementos con los que se ha investido este pensamiento positivo y que devuelven las mujeres en sus discursos sobre su experiencia: *el cáncer es una elección, es un logro haber tenido el cáncer, es el mejor maestro de vida, es un regalo, lo mejor que me ha pasado*, un punto de quiebre en la vida... *el cáncer*

te hace una mejor persona. Wallberg, Michelson, Nystedt, Bolund, Degner y Wilking (2003), en este sentido encontraron que, en cáncer de mama, las mujeres le atribuían un significado de reto para volver a alcanzar la salud o un enemigo incontrolable a vencer, principalmente.

En el cáncer y sus diversas variedades, cuyo tratamiento es prolongado y con severos daños sistémicos, se puede hacer cambios para mejorar la calidad de vida. Pero desde esta prescripción del pensamiento positivo, la sobrevivencia tiene una connotación de competitividad y superioridad, así las enfermas de cáncer pueden considerarse heroínas (Cobb y Starr, 2012) a emular mediante esa fachada de optimismo y positividad para hacer frente a ese reto (Wallberg, *et al.*, 2003), fachada ofrecida a las otras mujeres como la alternativa para no transitar ese camino. Este mecanismo que niega la posibilidad de la muerte confunde a quienes vuelven a presentar un episodio de enfermedad, creen que han fallado en algo, una vez más, se culpabilizan de algún elemento transgresor de esta lógica positivista y, a pesar de reconocer que el cáncer puede convertirse en una situación crónica pero controlable, pueden considerar no cumplir su rol de “buenas pacientes”.

Dado que en la identidad femenina previa las mujeres habían introyectado el cuidar de los otros como característica esencial, cuando sufren de cáncer se preocupan más por la gravedad de su condición si afecta a los de su entorno familiar; buscan mostrarse fuertes y serenas (Falo *et al.*, 2014), porque entienden que sus familiares no saben cómo manejar la situación, si no son positivas podrían tener el castigo del ostracismo, ser abandonadas o, incluso no recibir adecuada atención médica porque no son “buenas pacientes”.

La violencia simbólica sobre las buenas pacientes

La violencia simbólica emerge de un contexto en donde hay asimetría de poder. Es una práctica de violencia no física, en donde los hombres y mujeres interactúan y reproducen los esquemas de poder, la mayoría de las veces actuándola en forma inconsciente, pues una y otra vez se vuelve a las expectativas de lo deseable, especialmente si se trata de esquemas de dominación en el plano afectivo. Desde esta consideración el perso-

nal médico ha interiorizado un *habitus* autoritario y las mujeres en un plano de sumisión a este poder (Castro, 2014).

Cuando las mujeres están modificando su identidad por el transcurso de una enfermedad oncológica los mecanismos sanitarios de atención le proporcionan un marco de referencia con el cual valorarse. La esencial valoración es sobre su cuerpo, ese cuerpo diferente al que ya no puede identificar como suyo y del que el sistema le refiere estar defectuoso y necesitar de una intervención drástica. Deja de ser ella misma, se le indican amputaciones las cuales pueden ser tanto en las áreas sociales del cuerpo, visibles a los ojos de los otros, como en el caso de las mastectomías, o bien sufrir en áreas íntimas, cuando hay histerectomías, que no se ven, pero se sufren en lo privado, pues se pueden sentir incompletas o deformes (Cobb y Starr, 2012). Estas intervenciones quirúrgicas son dolorosas, con grandes extensiones de cicatrices no sólo físicas, sino también psicológicas.

Este cuerpo transformado tiene nuevas lógicas para ser mostrado y tocado. Cuando hay mastectomía hay un *shock* profundo en su imagen corporal, y ni siquiera ellas mismas pueden desear mirarse al espejo, no soportan el reflejo de unas cicatrices que les dicen de su imperfección.

En el caso de las mujeres, la reconstrucción de las mamas se practica para tener una configuración determinada por la sociedad con mayor valor femenino y que les puede identificar como sobrevivientes (Cobb y Starr, 2012). Esa nueva mama o seno es un objeto que se puede tocar, así, pueden solicitar sin pudor patente que se toque la mama reconstruida, pero no se solicitará lo mismo con el pecho que no tenga ese proceso, o incluso las cicatrices que quedan de la mastectomía, la mama reconfigurada *no es ella*: sólo de las transformaciones se enseña lo positivo, pero no lo negativo, como serían las cicatrices oncológicas.¹

Estas modificaciones corporales y la vivencia del cuerpo no se expresan, no se pueden decir en voz alta, pues el peligro de que el cáncer se vuelva a presentar se recrudece, según los lineamientos de "la actitud

¹ Este mismo efecto también es común en las mujeres que se reconstruyen sólo por estética, en donde las mamas se muestran y exhiben a través de la vestimenta apropiada para ello y las mujeres sólo comentan los efectos positivos de sus cirugías, pero no de sus sufrimientos.

positiva”. El cuerpo llega a ser entonces un lugar de vergüenza, que se oculta de la mirada de los otros y de sí mismas.

Entonces, el discurso de la positividad es una violencia simbólica a la que se les somete, pues se les informa el deber de eficientar el cuidado del cuerpo ahora incompleto. A través de la repetición de los pensamientos positivos y del control de las emociones deben controlar las células cancerosas, para que el poder médico surta efecto.

Los cuerpos intervenidos, remendados, tienen menor valor; según los estándares de perfección no cumplen con la perfección que las biopolíticas han definido (Muñiz, 2014), por ello se puede afirmar que es otra arista de la violencia simbólica, pues se extiende ahora la metáfora militar en el cáncer a una metáfora de maquillaje (*makeover*), mediante las reconstrucciones corporales ofrecidas a las mujeres como una vía para alcanzar la normalidad, al reconfigurar ese cuerpo considerado como un objeto maleable a conformar (Cobb y Starr, 2012).

La imposición de la categoría “buena paciente” es otra forma de violencia simbólica. Los numerosos efectos secundarios de los tratamientos deben ser vistos como una consecuencia del estar vivas. Por ejemplo, ante la pérdida del pelo por las quimioterapias, efecto de alta visibilidad, se debe cubrir mediante pelucas o aditamentos que le “sigan haciendo sentirse femeninas” (Carrera, Braña, Vega y De la Villa, 2011). Perciben como una agresión el morbo de las miradas que vienen de los otros, no quieren ser estigmatizadas, pero el estar calvas les dice a los demás aquello que están pasando, es una intromisión a su intimidad que buscan cubrir con elementos externos, aunque estos mismos sean el signo del proceso oncológico.

La pérdida del cabello puede ser transitoria, pero la incompletud del cuerpo queda, ya no va haber otra matriz con la cual poder dar vida, ya no habrá otra/s mama/s con las cuales decirles a los otros que son mujeres objetos de su deseo. Ya no van a poder cumplir con las funciones nutricias y de la maternidad que las buenas mujeres deben hacer.

Su capacidad de agencia corporal no se establece en los límites de la morfología, si la identidad femenina se configura por la mirada del otro (Dio Bleichmar, 2010), se entiende que la imagen corporal que le es

devuelta es de una persona incompleta, devaluada, por lo tanto, se puede considerar como una nueva violencia hacia ellas.

López (2015) y Coll-Planas (2014) nos informan que estas preocupaciones no son bien aceptadas ante el discurso de la “actitud positiva”, aunque se unan en grupos o *blogs* de ayuda, la violencia simbólica no les permite cambiar de discurso. En los grupos de ayuda mutua no se “debe” hablar de cosas de violencia, por ejemplo, ya que es un espacio en donde se busca paz. No hay que recordar las cosas negativas ocurridas durante la infancia o la adolescencia o del ser mujer, se niega lo considerado como negativo, pues no es un espacio para ello (López, 2015). En los *blogs* cuando aparece algo negativo (algún comentario sobre la tristeza o enojo) se piden disculpas y tratan de reconducirlo hacia lo positivo (Coll-Planas, 2014).

Ellas no sólo pierden su mama o su útero, también hay otras transformaciones corporales como por ejemplo el linfedema, inflamación que se da especialmente en los brazos, misma inflamación percibida como si les hacen “ver gordas”. Esto hace que no estén dentro del esquema corporal aceptable, por lo tanto, se vuelven a generar estereotipos que las violentan.

Otro elemento de la violencia simbólica sobre estas buenas pacientes está en relación al rol que desempeñaban como mujeres en su hogar. Ahora su rol de enferma cambia la dinámica familiar, la cuidadora pasa a ser persona necesitada de cuidados, debe asumir un rol de enferma, rol protagónico de cuidado no usual para ellas. Dados estos cambios de rol, en la familia muchas veces se desea la reincorporación rápida de las mujeres a sus roles antiguos, les incitan a ello, les piden que, con su actitud y su “echarle ganas” puedan dar batalla y vencer al cáncer. “Tiene que pensar en usted”, eso dicen los médicos, pero ¿cómo pueden pensar en ellas si están acostumbradas a sólo pensar en los otros? La presión es por el cuidado de los otros (López, 2015), aun cuando ahora tengan que buscar también cuidar de ellas mismas. Esto puede ocasionarles culpa y sentimientos de desvaloración debido a que ya no están cumpliendo adecuadamente con este papel asumido.

Por otro lado, entienden las mujeres-pacientes que no pueden hacer muchas cosas, por la fatiga, el dolor y el desgaste propio del tratamiento oncológico, pero ven que estos dolores y síntomas les duelen a sus familiares (Falo, *et al.*, 2014), por ello no quieren pensar en ellas ni en lo que sienten, pues se les tacharía de actitud negativa, por ello habrán “que levantar el ánimo, sacar fuerzas” y tras una fachada de fortaleza, continuar el día a día (Carrera *et al.*, 2011).

Las familias, tanto las de origen como las que construyen durante su vida, pueden ser un real apoyo en el tratamiento o bien pueden ser un obstáculo. Muchas de las mujeres apoyan a sus familias de origen para su subsistencia, entonces la enfermedad les cambia este proceso, ya no pueden apoyar y eso les causa la impresión de que dejan de ser ahora buenas hijas o hermanas, lo cual les puede causar problemas emocionales (Vivar, 2012).

Hay una nueva identidad también en el caso de las mujeres trabajadoras con remuneración salarial, en donde la violencia simbólica es tan sutil que le cambia de etiqueta, pues ahora ya no son trabajadoras, son *personal incapacitado*, que es de menor valor como activo de la empresa o institución. Esto puede ocasionales problemas de relación ya sea al integrarse de nuevo a sus labores o en el proceso del tratamiento (Molina y Feliù, 2010; Vivar, 2012), en donde sus equipos de trabajo pueden pensar como injusto que les sobrecarguen por el trabajo de ellas o bien, sentirse impedidas para escalar a nuevos escaños laborales.

A manera de conclusión

A través de estas reflexiones se puede concluir que los cuerpos de las mujeres, aun en el proceso de enfermedades oncológica, es disociado, escindido de su propia mirada y valorado a través de la mirada del otro. La violencia simbólica del sistema en donde las biopolíticas se desarrollan indica sumisión a lo establecido, por ende, marcan la no-agencia de las mujeres sobre su cuerpo.

Las biopolíticas del sistema de salud mexicano se olvidan de los determinantes sociales de la salud, en donde el sistema de creencias sobre el género se concibe como un elemento fundamental para atender

los procesos de salud-enfermedad. Estas biopolíticas producen inequidades y desigualdades en la apropiación de la corporalidad de las mujeres (Kulish, 2010; Muñoz, 2014) puesto que ellas son más conscientes de su escrutinio y se autodefinen a través de la mirada del otro (Dio Bleichmar, 2010) constituyendo un ideal femenino a perseguir. Cuando hay un cuerpo femenino con cáncer puede haber transformaciones corporales y drásticas para salvarlo, a través de cirugías. Las mujeres ante este proceso pueden experimentar deformidad o sentimientos de ser incompletas (Cobb y Starr, 2012).

Retomando lo propuesto por Mercado-Maldonado y Hernández Oliva (2010), la construcción de una “identidad positiva” es un proceso de identidad social de adscripción primero en la categoría de *pacientes* (Willig, 2011) y después en su caso, la categoría identificatoria de sobrevivientes, mismas que les dan una dirección de los roles y actitudes a asumir, de acuerdo a las metáforas bélicas para “luchar contra el cáncer”.

Las biopolíticas actuales se traducen en contextos médicos con relaciones jerárquicas de poder. Las mujeres, vulnerables ante diagnósticos asociados a la muerte como es el cáncer, se someten a las prescripciones y, al iniciar las transformaciones corporales derivadas de estos tratamientos, inician a reconfigurar su imagen; a la vez, la positividad deseable induce a una serie de comportamientos asociados a la normatividad de lo femenino (Johansen *et al.*, 2013) y les instan a resignificar su vida y controlar sus pensamientos y emociones (Rojas y Fernández, 2015). Ya sea en la categoría de paciente o sobreviviente, esta represión es un tipo de violencia simbólica ejercida por el sistema hacia las mujeres con cáncer pues como lo informan López (2015) y Coll Planas (2014) esto sucede incluso cuando están reunidas y sin presencia del personal médico, pues a través de un estilo de pensamiento mágico, como el evadir o minimizar el miedo a la muerte, por ejemplo, se busca el control de la enfermedad y se instaura la hegemonía del mandato biomédico.

Las modificaciones corporales y la vivencia del padecimiento del cáncer no se expresan por las mujeres en voz alta (Cobb y Starr, 2012), según los lineamientos de la actitud positiva esperada en ellas. Sobre su cuerpo ahora se les hace la metáfora del maquillaje (*makeover*), en don-

de a través de maquillaje, implementos y reconstrucciones corporales se desea vuelvan a ser y representar aquello considerado como normal en los seres femeninos (Carrera *et al.*, 2011; De la Flor *et al.*, 2015; Sumalla *et al.*, 2013), ejerciendo así una nueva forma de violencia, cuando se les impone la categoría de “buenas pacientes de cáncer” (Willig, 2011).

Se espera que la reconfiguración identitaria de las mujeres sea en sentido positivo, controlando férreamente sus pensamientos y emociones para mejorar su pronóstico de supervivencia. Y si bien los índices de sobrevivencia se han incrementado en México, aún no se gana la batalla a la que aluden las metáforas bélicas; todavía ocurre la muerte por cáncer de mama en cada 15 casos por 100 mil mujeres y esto es más alto en cáncer cervicouterino: 16.3 defunciones por cada 100 mil mujeres (INEGI, 2016; Secretaría de Salud, 2015).

Hay diversas formas en las que se manifiesta la violencia simbólica hacia las mujeres en los campos médicos; además, hay diversas aproximaciones para entender el sistema autoritario y militar en donde se rompe la comunicación intersubjetiva, traduciéndose en roles imperativos para el personal médico y de sumisión y cumplimentación en las mujeres. Ser buenas pacientes es una de ellas, pero también es necesario revisar otros aspectos identitarios, como la categoría de “personal incapacitado” (Molina y Feliú, 2010), esto es, personas que laboran en ambientes formales y se les otorga una incapacidad por enfermedad que les impone nuevos retos.

Ante una enfermedad como el cáncer es necesario que las mujeres se apropien de sus cuerpos, se reconozcan en las nuevas identidades construidas y en las vivencias de esa nueva persona, que tiene otras necesidades y otros atributos; y que el valor de sí mismas no esté en función de las prescripciones del cuidado de los otros o de una configuración y funcionalidad corporal. Acorde a lo propuesto por Castro (2014), es necesario diseñar políticas públicas en donde se incorpore la propuesta de ciudadanía y, además, la perspectiva de género y búsqueda de la igualdad sustantiva en todos los ámbitos para las mujeres.

Referencias bibliográficas

- Carrera, D.; Braña, B.; Vega, E. y de la Villa, M. (2011). Actitud positiva: estrategia para superar el cáncer de mama. Relato de una superviviente. En: *Index de Enfermería*, 20 (1-2), 124-126.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México. En: *Revista Mexicana de Sociología*, 72 (2) 168-197.
- Cobb, S y Starr, S. (2012). Breast Cancer, Breast Surgery, and the Makeover Metaphor. En: *Social Semiotics*, 22(1), 83-101.
- Coll-Planas, G. (2014). Me quedaré con lo positivo: Análisis de blogs de mujeres con cáncer de mama. En: *Aloma* 32(1), 33-44.
- De la Flor, M.; De Molina, I.; Sirgo, A. y Montes M. (2015). Reconstrucción inmediata en cáncer de mama. ¿Las mujeres están satisfechas con su decisión? En: *Psicooncología*, 12 (2-3), 393-403.
- Falo, C.; Villar, H.; Rodríguez, E.; Mena, M., y Font A. (2014). Calidad de vida en cáncer de mama metastásico de larga evolución: la opinión de las pacientes. En: *Psicooncología*, 11(2-3), 313-331.
- Figuroa, M.R.; Valadez, M.D.; Rivera, M.E y Hernández, G. P. (2014). El imaginario social del cuerpo con cáncer de mama: contrastación entre el personal de salud y mujeres con cáncer de mama. Asociación Mexicana de Psicología Social. En: *Aportaciones Actuales de la Psicología Social*. Volumen II, pp. 467-475. México: AMEPSO.
- Figuroa-Varela, M.R.; Valadez-Sierra, M.D., y Rivera-Heredia, M.E. (2016). Imagino que muero. Representaciones corporales del cáncer de mama femenino. En Santana-Rivas R.A. y Aguayo-Arelis, A. (coords.), *Retratos Psicosociales en el México Contemporáneo* (pp 213-232). México: Mextli Ediciones.
- Grau, J., y Hernández, E. (2005). Psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales. En: J. Grau, y E. Hernández. *Psicología de la salud: fundamentos y aplicación*, pp. 33-84. Guadalajara, México. Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Hanahan, D. (2014). Rethinking the war on cáncer. En: *Lancet*, 383, 558-563.
- Harrington, K. (2012). The Use of Metaphor in Discourse About Cancer: A Review of the Literature. En: *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 408-412.
- Jasso, I. J. (2011). Notas críticas acerca de las identidades. En: *Cultura y Representaciones Sociales*, 6(11), 217-224.
- Johansen, V. F.; Andrews, T.M.; Haukanes, H, y Lilleass, U. (2013). Symbols and Meanings in Breast Cancer Awareness Campaigns. En: *Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 21(2), 140-155.
- López, L. (2015). *Cuerpos Intervenidos. Experiencias corporales diferenciados de la feminidad y el cáncer de seno*. Tesis de grado. Escuela de Ciencias Humanas. Colombia.

- Mercado, A., y Hernández O. (2010). El proceso de construcción de la identidad colectiva. En: *Convergencia*, 17(53), 229-251.
- Molina, R. y Feliú, J. (2010). La reinserción laboral: un nuevo reto en el paciente con cáncer. En: *Psicooncología*, 8 (1),45-51.
- Muñiz, E. (2014). Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y feminidad. Una necesaria mirada femenina. En: *Revista Sociedade e Estado*, 20(2), 415-432
- Palacios-Espinosa, X.; Lizarazo A.M.; Moreno, K., y Ospino, J.D. (2015). El significado de la vida y la muerte para mujeres con cáncer de mama. En: *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 455-479.
- Periyakoil, V. (2008). Using Metaphors in Medicine. En: *Journal of Palliative Medicine*, 11(6), 842-844.
- Porroche A. (2017). Problematizando la desinformación en las campañas de concienciación sobre el cáncer de mama. En: *Gaceta sanitaria*, 31(3), 250-252.
- Puigpinós_Riera, R. y Serral G. (2017). A favor del lazo rosa y la prevención del cáncer de mama: diferentes puntos de vista. En: *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 253-254.
- Ríos-Ororio L. (2011). Una reflexión acerca del modelo de investigación biomédica. En: *Salud Uninorte*, 27(2), 289-297.
- Ristovski-Slijepcevic S., y Bell K. (2014). Rethinking Assumptions About Cancer Survivorship. En: *Canadian Oncology Nursing Journal*, 24(3), 166-170.
- Rodríguez, S. (2008). El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio. En: *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2(2), 71-85.
- Rojas, D, y Fernández L. (2015). ¿Contra qué se lucha cuando se lucha? Implicancias clínicas de la metáfora bélica en oncología. En: *Revista Médica de Chile*, 143, 352-357.
- Sontang, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas*. Argentina: Sud América S.A.
- Spiegel, D. (2012). Mind Matters in Cancer Survival. En: *Psycho-Oncology* 21, 588-593
- Steinberg, D.L. (2015). The Bad Patient: Estranged Subjects of the Cancer Culture. En: *Body and Society*, 21(3), 115-143.
- Sumalla, E., Castejón, V.; Ochoa, C., y Blanco, I. (2013). ¿Por qué las mujeres con cáncer de mama deben estar guapas y los hombres con cáncer de próstata pueden ir sin afeitarse? Oncología, disidencia y cultura hegemónica. En: *Psicooncología*, 10(1), 7-56.
- Vivar, C. (2012). Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. En: *Atención Primaria*, 44 (5), 282-292.
- Wallberg, B.; Michelson, H.; Nystedt, M.; Bolund, C., et al. (2003). The Meaning of Breast Cancer. En: *Acta Oncológica* 42 (1), 30-35.

- Wilkinson S. (2008). Mujeres feministas en lucha contra el cáncer de mama: lo personal y lo político. En: *Anuario de Psicología*, 39 (1), 23-39.
- Willig, C. (2011). Cancer Diagnosis as Discursive Capture: Phenomenological Repercussions of Being. En: *Social Science & Medicine*, 73,897-903.

Sitios web

- Dio Bleichmar, E. (2010). Las teorías implícitas del psicoanálisis sobre el género. [Panel Teorías implícitas de los analistas sobre la feminidad. Congreso IPA, Chicago]. En: *Aperturas Psicoanalíticas*, 34. Consultado el 17 de octubre de 2016. Disponible en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=640&a=Las-teorias-implicitas-del->.
- Faretta, F. (2013). Procesos de conformación subjetiva. Experiencias, estructuras, prácticas cotidianas y actores sociales del mundo del VIH-SIDA. Tesis inédita de la Universidad de Buenos Aires. Consultado el 17 de octubre de 2016. Disponible en http://www.antropologiadelasubjetividad.com/images/publicaciones/tesis_faretta.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). *Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama*. Consultado el 17 de octubre de 2016. Disponible en http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/mama2016_0.pdf.
- Kulish, N. (2010). Implicaciones clínicas de la teoría de género contemporánea. En: *Aperturas psicoanalíticas* (36). Consultado el 17 de octubre de 2016. Disponible en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000671&a=Implicaciones-clinicas-de-la-teoria-de-genero-contemporanea>.
- Secretaría de Salud (2015). *Estadísticas de cáncer de mama y cáncer de cérvico-uterino*. Consultado el 8 de septiembre de 2015. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>.
- Van der Spek, N.; Vos, J.; van Uden-Kraan; Breitbart, W., *et al.* (2013). Meaning Making in Cancer Survivors: A Focus Group Study. En: *PLoS ONE* 8(9): e76089. Disponible en <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076089>.

Ma. del Rocío Figueroa Varela

Mexicana. Doctora en psicología por la Universidad de Guadalajara. Docente-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Nayarit. Línea de investigación: psicología de la salud y género.

Recepción: 9/11/16
Aprobación: 19/10/17



Fotografía de Edgar Gómez Cruz.