

Duelos en el cuerpo: discursos y subjetividad de mujeres que participan en un grupo de apoyo orientado al cáncer de mamas

Duels in the body: Discourses and subjectivity of women`s who participate in a support group oriented to breast cancer

Fecha recepción: 15 de noviembre de 2020 / fecha aceptación: 4 de diciembre de 2020

María Fernanda Lizana Fuentes¹
Macarena Pizarro Carter²
Fernanda Vidal Hidalgo³
Mauricio Morales Espinoza⁴

Resumen

Este estudio tiene por objetivo describir los significados asociados a la corporalidad que tienen mujeres en tratamiento de cáncer de mama y que participan en un grupo de apoyo, considerando tres dimensiones del cuerpo: la imagen corporal, la feminidad y la sexualidad. Al ser un estudio cualitativo consta de una entrevista semiestructurada de carácter grupal a cinco mujeres participantes del grupo de apoyo “Nueva Vida Rancagua”, realizándose un análisis interpretativo de contenido, el que permitió visualizar la problemática desde la visión de las propias protagonistas.

Los hallazgos del estudio dan paso a nuevas dimensiones que reflejan cómo los distintos significados del cáncer afectan sus experiencias respecto a la corporalidad, acrecentado por discursos y otredades que representan actitudes y comportamientos de una sociedad o comunidad frente a la enfermedad. Se analizan estos discursos en función de los grupos de apoyo, tanto en su impacto perjudicial para desarrollo de la enfermedad, considerando categorías como el abandono, la angustia, el miedo, el rechazo a su nueva realidad; como en su impacto positivo, a través de categorías como la empatía y la necesidad de encontrar entendimiento y contención, proporcionado por las redes que generan y el acompañamiento que se genera en sus círculos.

Palabras claves: Cáncer de mamas, Imagen corporal, Sexualidad, Feminidad, Grupos de Apoyo, Experiencia Afectiva.

1 Universidad Central de Chile. Email: feernanda.13@gmail.com
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4203-5351>

2 Universidad Central de Chile. Email: macapizarrooc@gmail.com
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-3734-8014>

3 Universidad Central de Chile. Email: fer.vidal1296@gmail.com
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4371-7725>

4 Universidad Central de Chile. Email: mauricio.morales@ucentral.cl
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9574-021X>

Abstract

The objective of this study is to describe the meanings associated with corporeality that women undergoing breast cancer treatment have and who participate in a support group, considering three dimensions of the body: body image, femininity and sexuality. As it is a qualitative study, it consists of a semi-structured group interview with five women participating in the “Nueva Vida Rancagua” support group, carrying out an interpretive content analysis, which allowed visualizing the problem from the perspective of the protagonists themselves.

The findings of the study give way to new dimensions that reflect how the different meanings of cancer affect their experiences regarding corporality, enhanced by discourses and otherness that represent attitudes and behaviors of a society or community towards the disease. These discourses are analyzed according to the support groups, both in their detrimental impact on the development of the disease, considering categories such as abandonment, anguish, fear, rejection of their new reality; as in its positive impact, through categories such as empathy and the need to find understanding and containment, provided by the networks they generate and the support that is generated in their circles.

Keywords: Breast cancer, body image, sexuality, femininity, support group, affective experience.

Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad biológica compleja que trae consigo diversas significaciones sociales, en las que se conjugan una multiplicidad de discursos, tensiones, significados y prácticas respecto a la imagen corporal y su relación con lo femenino y la sexualidad.

Tanto por la enfermedad como por los tratamientos del cáncer de mama, existen impactos sobre el cuerpo y variaciones físicas como son la caída del cabello, cambios constantes en el peso, en la pigmentación de la piel y en las uñas, además de las cirugías a las que las mujeres son sometidas. Esta alteración en la corporalidad de las mujeres afectadas tiene implicancias tanto en la subjetividad como en las experiencias emocionales. Estudios han demostrado que los efectos negativos en la imagen corporal de las mujeres estarían determinados por las construcciones sociales de lo femenino, por el apoyo que reciben durante su tratamiento y por las estrategias de afrontamiento que utilizan para mitigar los cambios corporales en su imagen (Pintado, 2017; Cardona y Herrera, 2018).

Dolto (1986) señala que la imagen inconsciente del cuerpo es particular y propia de cada individuo, se encuentra en relación al sujeto y a su historia, y que esta imagen se va construyendo en la relación con su madre primeramente y su núcleo familiar, de este modo es una construcción que va de acorde a sus aconteceres. Siendo, por lo tanto, un concepto de sí mismo sobre el cuerpo donde se ve la influencia del otro en la creación de la imagen primeramente en la relación dada con sus primeras figuras y luego con figuras externas, de manera que la imagen corporal es construida a través de las significancias sociales. De este modo, se puede visualizar que un diagnóstico o intervención sobre el cáncer de mama trae consigo alteraciones en la imagen corporal de la mujer arraigada en la construcción social del género respecto de lo femenino, provocando consecuencias en el concepto de feminidad. El ideal femenino se encontraría atravesado por el cáncer de mama, ya que se ven alterados los cánones de belleza impuestos socialmente, debido a la mutilación de la mama donde “se juega una carta fundamental del erotismo femenino” (Burin & Dio-Bleichmar, 1996).

Como se ha conceptualizado históricamente, el cuerpo femenino se encuentra totalmente arraigado a un orden social que es netamente patriarcal, donde la mujer sería “*esencialmente como un ser sexuado; ella es sexo para él*” (Beauvoir, 1981), haciendo alusión a que desde esta mirada la mujer es vista con inferioridad y, además, su cuerpo es sexualizado, ciertas partes del cuerpo erotizadas (dentro de estas, las mamas) y sometidas a cánones de belleza que tienen implicancias en la construcción de lo femenino. En este sentido, podríamos inferir que en el proceso de tratamiento del cáncer se desprenden procesos subjetivos que quedan apartados dentro del ámbito médico de tratamiento, como lo relativo a la sexualidad, lo cual sería problemático si la entendemos como un “elemento organizador y núcleo de la identidad de grupos que se constituyen en torno suyo, como los géneros, y de la identidad de cada individuo” (Lagarde, 1997, p.4), donde la imagen de la mujer se ve influenciada mediante la socialización con los otros, lo que se determina como algo atribuido al cuerpo biológico, a lo simbólico y a las concepciones generacionales.

El cuerpo estaría atravesado por las experiencias tanto en las relaciones familiares como socialmente históricas, desde el planteamiento del *deber ser*, según la lógica de los cánones de belleza, relacionado a la socialización y construcción mediante estas prácticas. Tal como se señala en Figueroa (2017), la identidad de la mujer de igual manera se transforma cuando se

toma el rol de paciente que sufre cáncer, el cual modifica su visión de vida, dado el análisis sobre el cuerpo en base al sistema sexo/género que decanta en la biopolítica del proceso salud/enfermedad, donde se enfatiza que la identidad femenina tiene un *deber ser* incluso en la enfermedad. Donde en lógica de las relaciones de poder y el *deber ser* en el contexto social, se entiende al positivismo como un ideal impuesto en las mujeres para que sean *buenas mujeres y buenas pacientes*, de modo que en el marco del su nuevo rol de pacientes, las mujeres pasan a ser guerreras puestas en esta batalla contra el cáncer, donde la *actitud positiva* es la herramienta que las alejará de la muerte inminente, lo que conlleva a una responsabilización individual con la que cargan dentro de esta lucha.

De acuerdo a lo mencionado con anterioridad, se visualiza que este es un tema complejo donde se entrecruzan diversos aspectos influyentes en la construcción del cuerpo, lo femenino, la sexualidad e imagen corporal.

De manera que la hipersexualidad atribuida socialmente al cuerpo de la mujer se remite a un tema relevante, puesto que los efectos producidos en el cuerpo generan que la imagen corporal se encuentre alterada, de modo que el cáncer afectaría de forma importante la relación de la mujer con su cuerpo y con el otro sujeto sexual, donde la experiencia íntima es trascendental a la mera genitalidad.

Algunas de las posibilidades de afrontamiento a estas experiencias, entre otras alternativas, son otorgadas por terceras personas; por ejemplo, en redes de apoyo o los grupos especializados que ejercen un rol amortiguador en pro de los tratamientos que mejoran el bienestar psicológico de las pacientes, donde se estimulan a través del apoyo emocional, la entrega de información realizando actividades entre sus pares que facilitan servicios y el autocuidado, logrando una mayor autonomía de las mujeres afectadas.

En virtud de las investigaciones descrita por Font & Rodríguez (2004), se ha comprobado que los grupos son utilizados como una intervención psicológica eficaz al momento de mejorar los diversos aspectos de calidad de vida, resultados dados en la investigación, donde se visualiza que los grupos de apoyo generan efectos positivos en el vivenciar de esta enfermedad, siendo apoyados tanto por personas que están pasando la misma situación como por profesionales y favoreciendo a que el proceso de la enfermedad se viva de mejor manera.

Este proceso a su vez, como es mencionado por Mercado (2010), se enlaza con la idea de vínculo y pertenencia a un grupo que enriquece el afrontamiento a dicho tratamiento, donde las mujeres sienten pertenencia a este espacio en base a la asimilación con un otro que ha experimentado el mismo proceso, tal como es en una identidad colectiva, la que resulta de un proceso de socialización, a través del cual los sujetos conocen los repertorios culturales del grupo al que se adscriben. La identidad colectiva se presenta en forma cada vez más abstracta y universal, de tal manera que las normas, imágenes y valores ya no pueden ser adquiridos por medio de la tradición, sino por medio de la interacción comunicativa, donde mediante dicho proceso las mujeres son capaces de relacionar sus experiencias y encontrar soporte emocional en otros que comprendan el vivenciar de la enfermedad, en este caso de pertenencia colectiva. Por tanto, es a través de dichos procesos comunicativos que las mujeres crean, construyen o atribuyen significados a su nueva realidad tanto física como emocional. Donde las construcciones y experiencias subjetivas quedan fuera del marco médico tradicionalista, ya que este generalmente no considera los aspectos más psicológicos sobre cómo los significados, ya sean la feminidad, imagen corporal y sexualidad, dentro del marco de corporalidad de la mujer, pueden ser visualizados desde un posible nuevo paradigma.

Por ende, este estudio tiene como propósito generar conocimiento sobre la descripción de significados atribuidos a la corporalidad en el contexto de grupo de apoyo para mujeres mastectomizadas, dando énfasis de esta manera a las temáticas como la imagen corporal, la feminidad y sexualidad, utilizando como muestra de visualización las voces de las personas directamente afectadas.

Método

El enfoque que se utilizó en esta investigación corresponde al cualitativo, ya que la finalidad de este estudio es comprender los significados de la corporalidad de mujeres participantes de un grupo de apoyo, permitiendo comprender la realidad como participante activo. El investigador se encuentra desde dentro, porque metafóricamente “metiéndose en la piel de quienes viven la situación pueden captarse los significados profundos que estructuran la realidad analizada” (Iñiguez, 1999, p.1). En cuanto al tiempo

que se realizó el trabajo de campo, fue un estudio transversal, puesto que este permitió indagar la problemática en un momento determinado.

La elección de esta metodología entregó una comprensión de la realidad social en la que viven las mujeres del grupo de apoyo, incluyendo su perspectiva en relación con la importancia de las situaciones que afectan tanto a nivel social como personal. En vista de esto, se utilizó un método descriptivo-exploratorio, permitiendo comprender de mejor manera cómo se encuentran afectadas las dimensiones de feminidad, sexualidad e imagen corporal en el grupo de apoyo dando un acabado mayormente específico, ya que deja exclusivamente la descripción o especificación de la experiencia que tienen estas mujeres en relación a la construcción de significados de la corporalidad en el contexto de un grupo de apoyo, concediendo la visualización detallada de cómo se ven afectadas la imagen corporal, la feminidad y la sexualidad.

Participantes

El muestreo que se utilizó es no probabilístico. Se consideraron 5 mujeres partícipes del grupo “Nueva Vida Rancagua” y que fueron diagnosticadas con cáncer de mamá y/o mastectomización. Las edades de las mujeres participantes van desde los 55 hasta los 68 años.

Instrumento

La base de estas entrevistas fue de carácter semiestructurada, donde se alternaron preguntas mixtas, espontáneas con algunas estructuradas, de manera que la entrevista no saliera de su foco. La información se registró de manera escrita y con grabación de audio. La producción de los datos, es decir, el desarrollo de la primera instancia de acercamiento y la entrevista se realizaron el día 27 de septiembre del 2019. De modo que se realizó una entrevista grupal con relatos individuales de experiencias de cada participante, utilizando la pauta de entrevista.

Plan de Análisis de datos

El análisis de la información fue a través del análisis interpretativo de contenido, permitiendo indagar de mejor manera los significados atribuidos por las mujeres participantes del grupo de apoyo, con el fin de hacer una interpretación de estos a través de las experiencias, mediante la selección de categorías y subcategorías que van a ser guiadas por las temáticas planteadas con anterioridad y que tienen como base la noción de corporalidad, las que se describieron a través de los relatos y entrevistas transcritas.

Resguardos éticos

Considerando el compromiso crítico del psicólogo la reflexividad se convierte en condición necesaria de trabajo, teniendo en cuenta la posición ético-política-científica en el proceso de investigación, enfatizando así una preocupación por aspectos éticos, como el manejo confidencial de la información y la obtención de consentimiento informado de parte de los sujetos de investigación, en este caso las mujeres afectadas.

Resultados

Se indagó en la imagen corporal, la feminidad y la sexualidad, obteniendo coordenadas de análisis que permiten comprender a las distintas subjetividades y experiencias emocionales que afectan la vida cotidiana y la socialización de cada mujer. No obstante, dentro de los relatos surgieron nuevos hallazgos en virtud de las dimensiones señaladas anteriormente, generando nuevos significados que reforzaron el análisis del presente estudio y permitieron una comprensión más profunda del sentir de las mujeres. Estas dimensiones transversales fueron: I. Cuerpo, II. Otridad y III. Experiencia afectiva.

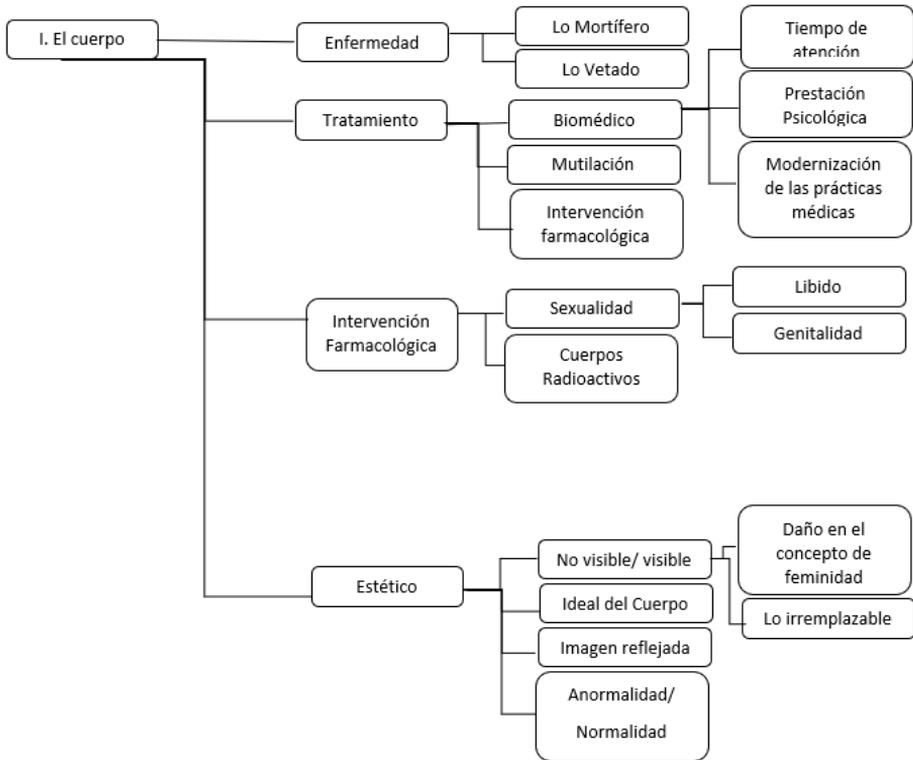
A continuación, se presentan gráficamente cada una de las dimensiones, así como las categorías y subcategorías que se desprenden del análisis de contenido.

Cuerpo

Se define como todo aquello referido a las representaciones que abarcan tanto la enfermedad como los ámbito físicos y biológicos afectados, además por los aspectos externos que subyacen en la racionalidad de su tratamiento.

Esquema 1

Dimensión “Cuerpo”⁵



Se visualizan en los siguientes apartados subcategorías pertenecientes a la categoría cuerpo distinguido en los relatos visualizando: lo vetado, prestaciones psicológicas y la mutilación. A continuación se ejemplifican algunas viñetas:

“La palabra cáncer yo la tengo vetada en mi vocabulario porque es un tema para mí, entonces, yo siempre le digo “el problema”,

⁵ Fuente Esquema 1, 2 y 3: Elaboración propia.

“el bandido”, pero la palabra cáncer para mí ¡no!, y casi todas las personas que tienen este problema evitan nombrarlo.” (Margarita) Lo Vetado.

“También se complementaría bien con el apoyo de psicólogos como llegarán ustedes algún día, porque hay psicólogos en hospitales, pero no es suficiente” (Margarita) Prestación Psicológica.

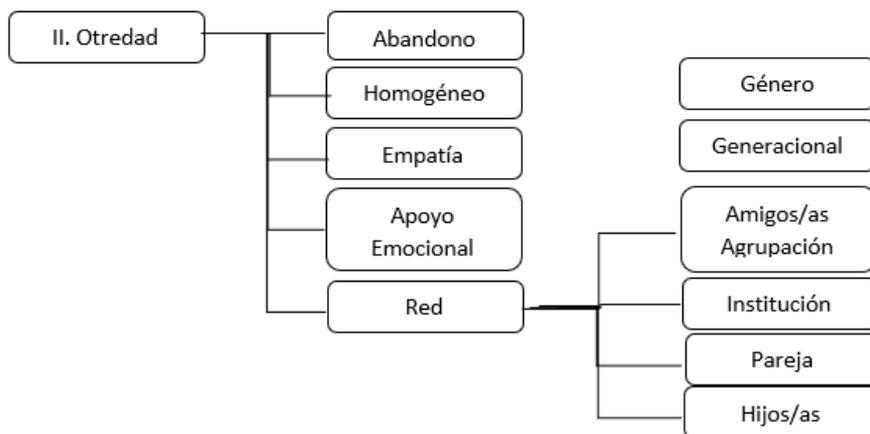
“Claro, es como un choque emocional que uno vive al estar sin la mamá, cuántos años 3, 4 años” (Flor) Mutilación.

Otredad

Esto, a la vez, es acrecentado por el discurso del otro, considerado como un representante de actitudes o comportamientos que reflejan el actuar y/o pensar de una sociedad o comunidad frente al cáncer de mama. Otro es sociedad, comunidad, otro que abandona y perjudica, así como que beneficia al mostrar empatía u homogeneidad en sus sentires. Esto visto desde lo señalado por las entrevistadas, siendo visualizado en los siguientes apartados distinguiéndose en las subcategorías de abandono y pareja.

Esquema 2

Dimensión “Otredad”



“Mis hijas tenían su vida hecha, ellas me apoyaron hasta cierta parte y luego me abandonaron... por eso son estas lágrimas... la

pasé muy mal en mi tratamiento de quimioterapia porque estaba muy sola, y mi hijo de 14 años era mi apoyo, se me alejaron mis amigos, pretendientes, todos se alejaron, se asustaron, pero me dolió mis hijas, ellas me dejaron, yo nunca tuve el apoyo” (Lidia) Abandono.

“Tomás, que es mi pareja, se pone a llorar como niño chico, él se puso a llorar porque él amaba mi pelo, tenía un pelo precioso, y él me acuerdo que tomó el moño y hasta el día de hoy lo tiene guardado” (Margarita) Pareja.

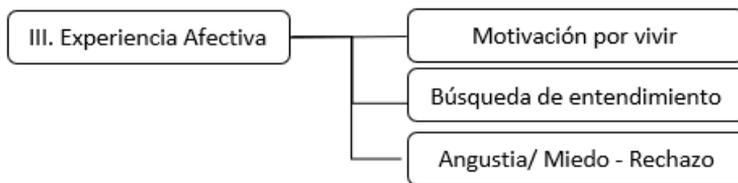
Por tanto, es en este esquema de las experiencias y relatos, donde el otro nos presenta sus matices y complejidades, siendo primordial en la construcción social de la corporalidad y sus dimensiones, donde se entrecruzan diversas perspectivas y puntos de encuentro a pesar de la subjetividad propia de las mujeres afectadas, ya sea tanto por las redes de apoyo con las que cuentan o carecen, como con la visión institucional del cuerpo de la mujer y la enfermedad; asimismo, la mirada propia de estas mujeres guiada por las prácticas arraigadas a las conductas socialmente aceptadas que son perpetradas al momento de mirar su corporalidad afectada por la mutilación y las consecuencias del tratamiento; en tanto el otro siempre se encuentra presente.

Experiencia afectiva

La última dimensión transversal que se logró visualizar en base a los relatos en la entrevista es la experiencia afectiva, aspecto determinante que las motivan o detienen a continuar con el tratamiento o sus vidas personales. Es aquello que las mujeres experimentan en el continuo proceso de enfermedad, como la angustia, el miedo, el rechazo a su nueva realidad, a la vez que se conecta con la necesidad de encontrar el entendimiento y/o contención que se requiere para no perder la esperanza ni vitalidad, todo esto entregado por las redes que generan y el acompañamiento que se produce en sus círculos.

Esquema 3

Dimensión “Experiencia Afectiva”



A través de la entrevista realizada a las participantes, se visualizan en los siguientes apartados de las subcategorías de angustia/miedo.

“Pero igual tengo mi resquemor que mi marido me vea con una más chica y otra más grande (esto recién lo están sabiendo las chiquillas), cómo será cuando una mujer se ve con esa tremenda horrible cicatriz, que el esposo la vea, siempre ahí aparece la sombra, oscuridad, la mujer se viste en el baño o se desviste en el baño o a oscuras, son muchos los temores” (Margarita) Angustia/Miedo.

“Porque nunca me han dejado hablarlo, si yo de repente estaba mal genio, era porque me pasaba esto, me pasaba esto otro, porque tenía miedo, tenía pena, me sentía sola y eso lo hablaba con mis amigas de la agrupación, pero con mis hijas el querer hablarlo, ¡no! no se daba”. (Lidia) Angustia/Miedo.

Discusión

En virtud de lo antes explicado, se puede dar paso al análisis de lo que fueron las dimensiones principales que guiaron la investigación, lo que se explicará en base a lo atribuido en los relatos y la discusión teórica correspondiente al marco teórico utilizado. Dentro de estas dimensiones encontramos la descripción con respecto a la imagen corporal que atribuyen las mujeres participantes del grupo de apoyo como primer apartado, donde se destaca primeramente que la imagen corporal es construida en base a la imagen mental que cada sujeto posee sobre su propio cuerpo y que esta es constituyente de cada persona, por lo tanto, moldea su actuar, destacando

que *el otro* posee total influencia en cómo se va construyendo psíquicamente la imagen del cuerpo.

Es por esto que la imagen corporal es “la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales”(Gallego, 2009, p.57); es, por tanto, como la persona se siente y percibe con su propio cuerpo, el que se ve alterado en la enfermedad, ya que la apreciación se encuentra modificada, presentándose angustias y temores como en el momento de mirarse al espejo, tal como fue mencionado por Lidia, quien señaló: “yo, al contrario, prefería ver fotos a verme en el espejo, pasaba de largo así ¡pum!, trataba de no mirarme mi pelá, era todo lo contrario a ti”. La imagen corporal es profundamente impactada; es en ese límite donde convergen los rechazos, la estigmatización e idealizaciones sociales, asimismo como las construcciones sobre lo femenino desde lo patriarcal.

En la medida que el otro afecta e influencia la Imagen Corporal produce una construcción social y cultural, donde “*influyen en determinadas alteraciones psicológicas como la distorsión, la insatisfacción, la presión corporal e incluso la ejecución de determinadas actuaciones perjudiciales para la salud*” (Castro, 2016, p.10), siendo un factor importante en cómo van reconstruyendo su imagen luego del diagnóstico del cáncer y sus efectos corporales, ya que altera el ámbito físico, experiencial, emocional, y sus significados. El otro sería determinante en la imagen corporal, tal como nos menciona Paulette: “*a mí me afectó más quedar calva que, que me hayan cortado la pechuga, eso me afectó más porque yo tenía que, es que (nerviosa), es que la pelá a uno la gente le ve la cabeza calva y que a uno le falte la pechuga a nosotras nos pasaron... esto como se llama... el relleno del sostén, entonces no se notaba*”. La imagen de la mujer se encuentra o no afectada por lo que otros dirán, en tanto pueda ser disimulada o visible, donde además operan ciertos discursos que implican cánones de bellezas que son impuestos a un ideal femenino y significación de la enfermedad.

Otra dimensión que es posible contrastar con las áreas anteriormente señaladas, corresponde a las conceptualizaciones que se tienen de feminidad y sexualidad en relación a las mujeres afectadas por el cáncer de mamas que participan en el grupo de apoyo, de lo que se puede desprender que ambas dimensiones poseen estereotipos tanto desde una mirada de género como social que se ve reflejada en el discurso de las participantes.

Debido a que el sujeto se construye en base a la sociedad, se genera una serie de significados culturales e individuales, donde la feminidad se ve trastocada por los diversos discursos que limitan la libertad de la mujer. Flor nos dice: “*ver que tú siempre fuiste la dueña de casa, trabajadora, “la mina”, después una ya no está así*”, dando cuenta cómo el concepto de “la mina” encapsula a la mujer en cumplir con una representación social de ella, es decir, la mujer activa y atractiva con estándares consolidados; no obstante, ahora ya no cumplen con los estereotipos, ocasionando inconformidad tanto con su físico como sus actividades que realizaban en el cotidiano. Desde lo señalado por Flor, nos resuena la expresión “el sexo femenino es un no sexo o, dicho en otras palabras, es un sexo que no le pertenece a la mujer” (Irigaray, 1977), al estar determinada por un ente exterior estaría al servicio de los otros impidiendo que sea autónoma, cayendo en un discurso patriarcal que no permite el empoderamiento de los deberes de la mujer y que domina el comportamiento de ellas.

Asimismo, la sexualidad de la mujer se ve trastocada por el erotismo que se le otorga a su cuerpo, el que está construido por el patriarcalismo, generando un sentir en el hombre por sobre el cuerpo de la mujer, tal como se demuestra en la respuesta dada por Margarita y sus sentimientos de “*abandono por el miedo, el temor de ver a la mujer que ellos vieron cuando se casaron, una mujer entera, bella, el temor a que nunca más va a ser lo mismo en la parte sexual*”, donde siguiendo la expresión “la sexualidad femenina tiene dos espacios vitales: uno es el de la procreación y otro es el erotismo (...) se reconoce la procreación femenina como un deber ser y por un carácter natural es irrenunciable, debe ser realizada” (Lagarde, 1997, p. 202), se considera que el malestar del hombre o inconformidad respecto a la sexualidad femenina impide que la mujer sea libre en su rol sexual y que ellas no puedan experimentar su intimidad de otra manera, ir más allá que el cumplimiento del placer del otro y conectarse con sus sentimientos y actos.

A modo de integración de cada aspecto recogido en el análisis del discurso de las mujeres entrevistadas, se puede aludir a una perspectiva crítica de las experiencias tanto personales como colectiva del cáncer de mamas en el ámbito del tratamiento biomédico que se entrega, en virtud de la visión confirmada por las mismas entrevistadas de que esta enfermedad deteriora tanto el organismo como la psique.

Según De la Flor (2015), 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. Aspectos los cuales son contrastables con las consecuencias que conlleva el experimentar la enfermedad como tal, donde las mujeres son afectadas por la inequidad y desigualdad de la apropiación de su propia corporalidad y sentir subjetivo de esta experiencia, que trastoca aspectos de su emocionalidad que se basan en el ámbito de movilidad, apoyo y tratamiento post-operatorio. Al negar la subjetividad de la mujer enferma de cáncer, se deja apartada de su propio cuerpo, quedando de esta forma a merced del poder médico y la colaboración con los tratamientos en su calidad de rol de paciente.

En tanto es que se entiende que “el cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.” (Foucault, 1999, p. 366), y por tanto esta se convierte en una gestión técnica de la vida de las mujeres que padecen cáncer y de su cuerpo, prescribiendo a toda la población a esta conjugación de sistema de salud al que hay que obedecer, mediante el indicador de lo deseable para los cuerpos, donde entra en juego la mercantilización de la enfermedad con el tratamiento, lo deseable para sus cuerpos y exigencias del deber ser de las mujeres afectadas por el mismo cáncer, poniéndose de esta manera en jaque aspectos como el ser buenas pacientes, buenas madres y mujeres.

En la misma línea, según Butler (2002) los cuerpos solo surgen, solo perduran, solo viven dentro de las limitaciones productivas de ciertos esquemas reguladores en alto grado generizados por un sistema imperante que los controla, donde este control es ejercido mediante diversos factores en base a una sociedad reguladora como lo es bajo la mirada del otro, que se visualiza en el patriarcado, el capitalismo y, a su vez, la mirada científica/positivista, prácticas llevadas a cabo por una visión biomédica en la que predomina la valoración biologicista de la enfermedad por sobre las condiciones subjetivas que afectan a la paciente emocionalmente en sus sentires personales como colectivos. Es por esto que al hablar de tratamiento, no se puede dejar de lado lo que conlleva el atravesar por la cantidad de cirugías y medicaciones que son consideradas como necesarias para combatir el espectro del cáncer, las cuales traen consigo repercusiones emocionales que son en su mayoría invisibilizadas por los mismos médicos bajo su ética profesional de hacer lo que sea necesario para preservar la vida humana, lo

cual puede chocar con la visión de velar a su vez por la calidad de vida de las entrevistadas y sus requerimientos.

Lo que puede corresponder a hacer lo posible para que las mujeres afectadas por el cáncer de mamas tengan la consejería psicológica y el acompañamiento necesario para atravesar por lo invasivo de los tratamientos, que es visto por ellas mismas como un martirio tal como nos señaló Margarita: *“una entra tantas veces a pabellón, ese es otro tema, que una ya no quiere más guerra. Yo soy operada de la vista, porque estaba quedando ciega... es mucho chiquillas esto es mucho, afecta muchas áreas. Ustedes nos miran a nosotras paraitas, pero no se imaginan, es un martirio día a día”*.

Los resultados de esta investigación hacen un llamado a mejorar la calidad de las atenciones médicas, exigiendo una visión integral del cáncer que enfatice la mirada biopsicosocial de la enfermedad. Los relatos analizados visualizan que no solo incluya aspectos técnicos y ético-políticos en el abordaje como tal de esta enfermedad, sino que se exige la necesidad de formar más psicólogos especializados que entreguen prestaciones terapéuticas acerca del tratamiento psicológico del cáncer, con el fin de poder generar una buena adaptación, manejo y afrontamiento ante la enfermedad. Debe ser, en tanto, el conocimiento, objetividad y empatía funcional lo que podrá hacer una contribución significativa a las pacientes. Por lo que se recalca lo importante de la necesidad de tratamientos psicológicos especializados en oncología que puedan entender el sufrimiento por el que están atravesando, con herramientas más especializadas que traten el duelo, el dolor emocional y el miedo.

Asimismo, es relevante complementarse a las redes de contención como son los grupos de apoyo, fomentando instancias de apoyo emocional y distracción que incluyan la comprensión de emociones y significaciones que se atribuyen a esta nueva realidad en la corporalidad de las mujeres mastectomizadas de forma parcial o completa, incentivando a su vez la calidad de las atenciones en los centros tanto médicos como organizaciones externas.

Es por esto por lo que se considera necesario continuar con investigaciones futuras que enfatizen en temáticas que aborden la precarización de prestaciones psicológicas en el sistema de salud en Chile, además de la realización de terapias bajo la temática del duelo y la posible depresión que conlleva este proceso del cáncer y sus consecuencias, tanto en los sistemas

familiares con un miembro afectado, como en las mismas personas que lo padecen. De este modo, se espera que se visibilicen estos relatos recabados de las mujeres afectadas con gran relevancia, puesto que son quienes lo vivencian en sus propia piel, plasmado así como un antecedente del sufrir psíquico que conlleva el cáncer de mamas, enfermedad que deteriora tanto la visión subjetiva de las mujeres acerca de su corporalidad y entorno como las experiencias que implican el cargar con el espectro del cáncer en una sociedad que constantemente les exige una adecuada funcionalidad bajo los estándares impuestos, tanto como mujeres, madres y pacientes.

Referencias

- Beauvoir, S.(1981).*El segundo sexo*. Siglo XXI.
- Burin, M. y Bleichmar, D. (1996), *Género, Psicoanálisis, Subjetividad*. Paidós.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Paidós.
- Cardona, A. y Herrera A. (2018). *Comprender la vivencia de la imagen corporal en mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de mama y que se sometieron a tratamientos con quimioterapia, radioterapia y/o mastectomía* [Tesis de grado]. Repositorio Institucional Universidad de Antioquia. <http://hdl.handle.net/10495/15975>
- Castro-Lemus, N. (2017). Re-conceptualización del constructo de imagen corporal desde una perspectiva multidisciplinar. *Arbor*, 192(781), a353. <https://doi.org/10.3989/arbor.2016.781n5010>
- 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? *Psicooncología*, 12(2-3), 393-403. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51017
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Editorial Paidós.
- Figuroa Varela, M. (2017). La identidad “positiva” como violencia simbólica en mujeres con cáncer. *GénEr♀♂s Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*. <http://revistasacademicas.ucol.mx/index.php/generos/article/view/1329>
- Font, A. y Rodríguez E. (2004). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología*, 1(1), 67-86. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110067A>
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder*. Editorial Paidós.
- Gallego, F. (2009). Esquema Corporal e Imagen Corporal. *Revista Española De Educación Física y Deportes*, (12), 46-63.

- Íñiguez Rueda, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*, 23(8), 496-502. <http://www.unidadocentemfyclaspalmas.org.es/resources/1+A-ten+Primaria+1999.+IC+Bases+Teoricas+y+Conceptos.pdf>
- Irigaray, L. (1977). *This sex which is not one*. Cornell University Press.
- Lagarde, M. (1997). *La sexualidad. Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas*. UNAM.
- Mercado Maldonado, A. y Hernández Oliva, A. (2010). El proceso de construcción de la identidad colectiva *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales* 17(53), 229-251. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10513135010>
- Pintado, S. (2017). Análisis predictivo del bienestar emocional en pacientes con cáncer de mama. *Psicología y Salud*, 27(2), 223-229. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2523>