

DISCURSOS INSCRITOS SOBRE EL CUERPO: ESTUDIO SOBRE LAS IMPLICANCIAS DE LA MASTECTOMÍA EN MUJERES CHILENAS

DISCOURSES WRITTEN ON THE BODY: RESEARCH ON MASTECTOMY REPERCUSSIONS AMONG CHILEAN WOMEN

Recibido: 18 de Julio del 2012 | Aceptado: 08 de Agosto del 2012

LEYLA MÉNDEZ CARO¹; JIMENA SILVA SEGOVIA²; BEATRIZ PEREIRA CUITIÑO³; EILEEN FLORES HERNÁNDEZ⁴
(UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE, Antofagasta, Chile).

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue comprender los discursos sociales que operan en los procesos de construcción de la autoimagen corporal, con énfasis en la vida afectiva y sexual de mujeres que han vivido cáncer mamario. Se buscó contribuir a la producción de conocimientos psicosociales que promuevan la creación de programas de apoyo orientados al acompañamiento de mujeres que han vivido una mastectomía. La investigación se sostuvo en las propuestas teórico-metodológicas del construccionismo social y enfoque de género. Trabajamos con siete mujeres con experiencia de mastectomía, de entre 33 y 53 años, con y sin reconstrucción. Utilizamos el método biográfico y los hallazgos los interpretamos desde un enfoque narrativo. Las principales conclusiones se fundamentan en las tensiones respecto al enfrentamiento de un nuevo cuerpo, a propósito de la experiencia de mastectomía, que no correspondería con las discursivas y expectativas socioculturales de belleza y del *ser mujer*. Esta situación, reduce paulatinamente los niveles de autoestima, en desmedro del bienestar biopsicosocial posterior a la intervención.

PALABRAS CLAVE: Mastectomía; Discursos sociales; Autoimagen corporal; Género.

ABSTRACT

The objective of this study is to understand the social discourses which operate upon the processes of building body self-image. The emphasis is on the emotional and sexual lives of women who have survived breast cancer. The purpose is to contribute to psychosocial knowledge which promotes the creation of support programs oriented towards counseling for women who have undergone surgical mastectomy. The study is based on the theoretical and methodological approach of social constructivism and gender perspective. Seven women aged 33 to 53 years shared their mastectomy experiences, with or without breast reconstruction. We used the biographical method and interpreted findings from a narrative focus. The principal conclusions centered upon the tension of having to face a new body which, after mastectomy, does not correspond with socio-cultural discourses and expectations regarding beauty and womanhood. This situation gradually reduces the levels of self-esteem to the detriment of biopsychosocial well-being after the surgery

KEY WORDS: Mastectomy; Social Discourses; Body image; Gender.

1. Psicóloga Universidad Católica del Norte (UCN). Magister en Psicología Social UCN, Chile. Escuela de Psicología. Angamos 0610. E-mail:

lmendezcaro@gmail.com

2. Doctora en Antropología Sociocultural. Académica Universidad Católica del Norte (UCN). Escuela de Psicología. Angamos 0610. E-mail: jsilva@ucn.cl

3. Psicóloga Universidad Católica del Norte (UCN). Diplomada en Neuropsicología y Neuropsiquiatría del adulto Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).

E-mail: bea.pereira@live.cl

4. Psicóloga Universidad Católica del Norte (UCN). Diplomada en Psicodrama Clínico y Focusing con parejas, familias y grupos Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (PUCV), Chile. E-mail: eileen.lisbet@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) estima que el cáncer de mama es la primera causa de muerte femenina, provocando 410 mil 712 fallecimientos anuales (Prieto, 2003). En tanto, el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), advierte que esta patología ocupa el segundo lugar entre las causas de muerte en las mujeres, con una tasa de 14,5 casos, por cada 100 mil mujeres, con una incidencia de 69,4 en los estadios diagnósticos in situ -el cáncer está dentro de los conductos-, etapa 1 -tamaño del nódulo canceroso menor a 2 cm- y etapa 2 -nódulo menor a 2 cm con extensión a los ganglios- (MINSAL, 2010).

En la Región de Antofagasta, el cáncer de mamas, ocupa el segundo lugar de incidencia luego del cáncer de piel no melanoma, con una tasa de 35,9 por 100 mil mujeres, y configura la tercera causa de muerte por cáncer, con una tasa de 3,9 por 100 mil mujeres (MINSAL, 2011). Lo anterior, evidenciaría una alta prevalencia de esta enfermedad en esta región, lo cual justificaría un abordaje psicosocial que beneficie a aquellas mujeres.

La apertura del campo médico a la psicología y, específicamente en lo referido a las estrategias de atención a mujeres con cáncer de mamas, se ha realizado mayoritariamente desde enfoques clínicos centrados en sintomatología de trastornos del ánimo, ansiedad, duelo, entre otros similares. Su acento, por lo tanto, se encuentra sobre el tratamiento de reparación y resignificación fundamentalmente biopsicológica. Esto, si bien se han constituido como un aporte efectivo a la recuperación y al bienestar médico de las mujeres frente a este estado de salud, dejarían vacíos en cuanto al desarrollo de conocimientos y estrategias de atención psicosociales. Estas últimas, asociadas a las expectativas culturales, construidas por modelos hegemónicos del

ser mujer. Además, las políticas públicas no contemplan en el tratamiento del cáncer mamario procedimientos para enfrentar el impacto de un cuerpo con un pecho faltante, símbolo de la corporalidad modificada que vendría a romper las discursivas dominantes de estética y belleza en las que se sobrevalora el pecho como ícono de feminidad. En este sentido, se considera importante profundizar y complementar estos conocimientos clínicos, con elementos psicosociales, desde una perspectiva de género. Consideramos que el mayor obstáculo del proceso de recuperación está en las arraigadas creencias sobre el rol de la belleza femenina. Queremos decir, que la complicidad de los modelos médicos clásicos, junto con los medios de comunicación y el mercado, cultivan discursos que sobrevaloran la juventud, soslayando las transformaciones asociadas al paso del tiempo y las degradaciones del cuerpo. Estas dinámicas contribuyen a la segregación entre cuerpo sano y cuerpo enfermo, que recaen con fuerza sobre el cuerpo femenino intervenido por el cáncer mamario.

Así, el problema estudiado se vincula con las tensiones entre los discursos hegemónicos del *ser mujer*, enmarcados en la cultura occidental y la experiencia del cáncer de mamas y sus metáforas. Con esto, aludimos al trabajo de Sontag (2006) y la forma en que la enfermedad produce discursos de terror y estigmatización hacia a las víctimas, sobre quienes la sociedad proyecta fantasías sustentadas en la degradación corporal y ante las cuales, el/la "sujeto enfermo", alberga sentimientos de culpa, frente a una sociedad volcada al culto del bienestar y mejoramiento físico.

Nos interesan entonces, aquellos discursos que circulan en torno a la belleza, feminidad, maternidad y explorar en las formaciones discursivas -en torno a la mastectomía-, en tanto sistema de reglas históricamente determinadas que se manifiestan mediante el lenguaje (Foucault,

2006) y donde el discurso se convierte en práctica y encuentra el principio de su regularidad (Foucault, 1992). Así, enfatizamos en el lenguaje como canalizador de un discurso social y su rol activo en la construcción de realidades (Ibáñez, 2003; Gergen, 1996), en este caso en la vivencia del ser mujer en informantes que han atravesado por cáncer mamario y mastectomía.

Tal como señala Bourdieu (1998), nacemos en una sociedad donde circulan discursos sobre las disposiciones de los sujetos en espacios sociales de acuerdo a ciertas reglas de prestigio; las mujeres por ejemplo, adquieren mayor popularidad en tanto su estética corporal se acerca más a los patrones de perfección y belleza promovido por la industria de la moda y el mercado de consumo (Silva, 2009; Esteban, 2004; Lamas, 2002). Estas disposiciones intervienen activamente en la forma de pensar y en la construcción de nuestra autoimagen corporal como mujeres, la cual según Pastor (2004) lleva impresa una uniformidad modélica que exige el control y la regulación de los cuerpos de las mujeres a determinados significados culturales estereotipados, respecto de lo femenino y masculino, basados en modelos de producción, trabajo, deseo y placer.

Ser mujer es entonces, como dice Judith Butler (2007), convertirse, adaptar el cuerpo a una idea histórica, así el cuerpo es inducido a convertirse en un signo cultural. Sobre esta base, siguiendo a la autora, muchas sufren trastornos por lo que ellas pueden considerar carencias para incorporarse a las normas que circulan en los discursos sobre feminidad.

Estos discursos en Occidente y en la sociedad chilena, sobrevaloran la imagen estética de las mujeres, complejizando los procesos de aceptación de aquellos cuerpos que no cumplen con los parámetros de estética normativos.

Para lograr situar la problemática de un cuerpo intervenido en situación de enfermedad, éste se entenderá como fenómeno cultural y social, materia simbólica, objeto de discursos normativos (Le Breton, 2002). Este cuerpo, en el intercambio social funciona como un espejo, en tanto los sujetos puedan reconocerse en la puesta en escena de la apariencia del otro. Sin embargo, al ser desmantelado, esto es, habiendo experimentado una mutilación, se rompe la regularidad fluida de la comunicación, pues lo desconocido es difícil de ritualizar (Le Breton, 2002; 2004). El cuerpo que se vuelve invisible mediante los ritos en condiciones comunes, aparece recordando la cotidianidad y su no pertenencia a lo cotidiano y discursos de normalidad. Crea un desorden en la seguridad ontológica que garantiza el orden simbólico (Le Breton, 2002). Emerge el cuerpo que evidencia la enfermedad, deformado, amenazado en su funcionalidad (Sontage, 2004).

Al respecto, son variados los significados que se entretienen en torno al cuerpo y específicamente los pechos; el cuerpo se convertiría en el recinto de las mujeres, el lugar de sus límites y de sus libertades (Le Breton, 2004) anclado a discursivas hegemónicas que realzan tres efigies. De acuerdo a Yalom (1997), el pecho nutritivo, referido a la función materna; el pecho erótico, como referencia al placer y campo de juegos de los deseos masculinos; y el pecho patológico, como destructor de la vida. Estos conceptos representan la mirada sociopolítica de una época, así como articuladora de los procesos históricos que elaboran discursos sobre el pecho y su funcionalidad.

Teniendo presente la fuerza constructora de los discursos sociales, de los cuales surge la sobrevaloración del cuerpo y específicamente en un escenario donde el pecho femenino es intervenido por tecnologías biomédicas como la mastectomía, que mutila y amenaza su

funcionalidad, cabe preguntarse: 1. ¿Cómo irrumpe la mastectomía en la autoimagen corporal de las mujeres?; 2. ¿Cómo tensionan los discursos hegemónicos de belleza y estética, la autoimagen corporal de mujeres que han vivido cáncer mamario?; 3. ¿Cómo interpretan las mujeres las miradas de los/as otros/as sobre el cuerpo intervenido?; y 4. ¿Cómo se vivencia el encuentro afectivo-sexual con el/la otro/a luego de la pérdida del pecho?

MÉTODO

Las participantes de este estudio fueron siete mujeres entre 33 y 53 años, con experiencia de mastectomía radical (en uno de los pechos) con y sin reconstrucción mamaria. Cuatro de las entrevistadas, usuarias de la Unidad de Patología Mamaria del Servicio de Oncología del Hospital Regional de Antofagasta, mientras las otras tres fueron contactadas a través de la consulta particular de un especialista en mastología de la región. Todas ellas, con una mastectomía de al menos un año y un proceso de enfermedad con buen pronóstico médico. Las informantes se autclasificaron en los sectores medios de la sociedad antofagastina, todas declararon ser heterosexuales, casadas con hijos/as. Sin embargo, dos de ellas se encuentran separadas de hecho, en convivencia con una nueva pareja. Respecto al ser madre, este grupo de mujeres al momento de la entrevista se hallaba en: estado de gestación, crianza y poscrianza.

La pesquisa, se realizó bajo un diseño metodológico cualitativo y el método biográfico, con enfoque fenomenológico, que enfatizó en la expresión de las experiencias de las protagonistas permitiendo recuperar su voz (Sharim, 1999; Silva, 2008). En coherencia con esto, utilizamos el *relato temático de tipo investigativo* (Silva, 2008), el que facilitó el seguimiento de las trayectorias biográficas de las mujeres, sobre un evento específico. Estas estrategias, se presentaron como una

vía de acceso al conocimiento científico desde lo individual hacia un sistema social, expresando estructuras o relaciones sociales interiorizadas mediante procesos de socialización. Para la producción de relatos, se utilizó un guión básico sostenido en tres dimensiones: 1) Discursos sobre imagen social y autoimagen corporal de mujer. 2) Cuerpo y sus significados. 3) Sexualidad y afectividad. Como mecanismo de activación de la reconstrucción de las memorias, se utilizó la siguiente consigna:

“La idea es imaginarnos cómo fue este periodo, a través de una línea de tiempo. Cómo fue el periodo previo a que usted supiera de la enfermedad. Si nos pudiera contar, cómo era su vida –en el último tiempo– antes de saber que tenía cáncer.”

Mediante esta frase amplia y general, se pretendió que las propias entrevistadas tuviesen un rol protagónico en el encausamiento de sus relatos, yendo de temas más periféricos a aquellos más íntimos. Como técnica de análisis de información, se utilizó el Análisis narrativo, dado que se procuró profundizar en el nivel simbólico latente de los discursos como práctica social, buscando un interaccionismo interpretativo, que procurase, la interdependencia entre procesos sociales y vidas personales (Denzin, 2007).

Para facilitar la lectura de los hallazgos, estos se ordenaron a través del uso de *grillas* o matrices de organización e interpretación de los relatos (Silva, 2008). Desde el discurso de las entrevistadas se construyeron ejes temáticos, categorías de análisis y nudos temáticos. Así, se privilegió tanto la singularidad y la particularidad de cada historia relatada, es decir, un análisis intracaso; de igual forma que de manera transversal, una interpretación intercaso. El análisis de la información se llevó a cabo por un equipo de investigadoras, situadas

desde distintas esferas de análisis (psicología, psicología social y antropología sociocultural) quienes analizamos los relatos tanto por separado como en conjunto, desde el primer material recolectado y durante todo el proceso de producción de información, enriqueciendo el tratamiento y validez de la información (Guba y Lincoln, 1987; 1989).

En términos generales, el procedimiento que guió la investigación se basó, en primera instancia, en la construcción de un consentimiento informado revisado por la comisión de ética de la entidad respaldante, además de una carta de presentación de la investigación para la solicitud de revisión de fichas médicas a las instituciones de salud públicas y privadas con las que trabajamos. Una vez teniendo la autorización de los hospitales, hicimos una revisión de fichas médicas hasta el año 2003. De las treinta y tres fichas facilitadas en el hospital público, quince mujeres cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación –advertidos en los primeros párrafos- y de las cuales sólo cuatro aceptaron participar en el estudio, luego de realizado el contacto telefónico. En cuanto a la clínica privada, la búsqueda de casos se facilitó pues el médico encargado, seleccionó las fichas (9 fichas) que cumplieran con los criterios de inclusión de la investigación, así, de las 9 mujeres contactadas, finalmente tres accedieron a

participar. Luego, se realizó un contacto inicial antes de las entrevistas, el cual contempló la presentación de los objetivos del estudio, aclaración de dudas respecto a las expectativas terapéuticas de la investigación y los aspectos éticos de ésta. Este acercamiento sirvió para una aproximación al levantamiento de información, indagando periféricamente en los ejes de investigación. Como última etapa, emergió la recolección de relatos propiamente tal, a través de entrevistas recogidas en dos encuentros individuales con cada caso, con una duración aproximada de una hora y media cada uno. En el primer encuentro indagamos de forma abierta en las dimensiones de interés de la investigación y en la segunda ronda realizamos una recapitulación general, a modo de balance y análisis de la información recogida, en conjunto con las informantes. Así, completamos fragmentos que no fueron narrados o abordados superficialmente en el primer encuentro, permitiéndonos a través de sus relatos, ir saturando el fenómeno explorado (Vivencia de la mastectomía).

RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados del estudio, los cuales se articularon en ejes, categorías y nudos de análisis, expuestos en la Figura 1.

FIGURA 1.
Mapa sinóptico de hallazgos.



Fuente: Elaboración propia.

El primer eje, hizo referencia al **Ser mujer**, reflejado en la *autoimagen corporal* de las entrevistadas. Si bien, para el análisis se diferenciaron los nudos temáticos, *Ser para mí* y *Ser para otros/as*, no hubo una separación entre ambos, trascendiendo el segundo por sobre el primero. Así, el *Ser para otros/as* se materializó en dos grandes discursivas: mujer-madre y mujer-maniquí (mujer que sobredimensiona la estética corporal). El primer nudo: mujer-madre, hizo referencia a un ser mujer construida desde su función reproductiva, enfatizando en la entrega a otros/as, traducida en ternura, abnegación y sacrificio. Se descubrió en ellas, una forma de sujeción al orden social de género de un modelo sociocultural dicotomizado y normativo (Lamas, 2002; Montecino, 2003). Se observó en este grupo un débil trabajo reflexivo sobre su lugar frente al orden de género hegemónico, de acuerdo al cual, su existencia adquiere sentido vital e incondicional en la medida que se articula a un/a otro/a, encarnado/a en la figura de un/a hijo/a, sacrificando los intereses propios por el de otros/as. Esto último, en el sentido de postergar o abandonar trabajos, estudios e intereses personales por el cuidado maternal; o bien extremando sus esfuerzos para suplir las necesidades de el/la hijo/a de manera de responder al mandato de la buena madre (Lagarde, 1993).

“Lo mío es la familia [...] ayudar a mi esposo [...] yo a las 6:45 doy desayuno, visto a los niños, nos vamos al colegio, y me voy al negocio. Después hacer un poco de aseo, hacer almuerzo, ir a

buscarlos al colegio, lavar platos, ir a dejarlos al colegio. Después ir a buscarlos en la tarde, ver tareas [...] tenía que volver al negocio en la tarde, entonces así todos los días. De lunes a viernes.”
[S1/37ª/NSEMA/R]¹

“¡Prefiero haber perdido el pecho que el bebé!”
[S3/33ª/NSEM/SR]

El segundo nudo: mujer-maniquí, evocó mandatos basados en la primacía de la estética corporal con gran valor en la existencia de estas mujeres, con énfasis en la seducción de un/a otro/a. Entendiéndose lo estético como significado que otorga placer visual, vinculado a modelos de belleza relativamente estandarizados en la cultura occidental. Esta sociedad promueve obsesiones por el culto de la imagen y la apariencia como productos de consumo, respaldadas por los medios de comunicación. En consecuencia, los discursos sobre feminidad promueven la perfección del cuerpo, esculpido como vehículo para convertirse en una mujer femenina ratificada por los estándares del mercado de la belleza, alimentado por la publicidad en revistas, televisión y grandes tiendas (Bourdieu, 1998).

“[Antes se decía] ‘oye mira, tengo los pechos caídos porque amamanté a tres hijos’ eso ya no importa [...] Hoy día los pechos no son una forma de alimentación, de cercanía con tu hijo, ya hoy día es completamente una cosa de estética [...] antes me encontraban tan bonita porque estaba delgada, tenía cintura, y ahora... es como

¹ Las convenciones utilizadas al final de las citas para identificar a las entrevistadas son las siguientes: [Sujeto / Edad / Nivel Socioeconómico/ Reconstrucción mamaria]. Respecto al Nivel Socioeconómico (NSE), se distinguen: NSEB= Bajo, NSEM= Medio, NSEMA: Medio Alto. En cuanto a la reconstrucción mamaria: R= Con reconstrucción, SR= Sin reconstrucción.

estar como el negativo de la foto, ¡es difícil!” [S2/39ª/NSEM/SR]

Los testimonios expuestos, dieron cuenta de algunas de las formas de funcionamiento de los discursos sociales, que construyen el *ser mujer* desde el orden de género, delimitando ciertos espacios para la acción de hombres y mujeres. En este sentido, cuando una mujer debe enfrentar la posibilidad de la mutilación de una zona del cuerpo, considerada ícono de feminidad como el pecho, estas discursivas potencian la emergencia de tensiones entre las metáforas sobre el cuerpo enfermo y su proceso de sobrevivencia, tanto física como social (Sontag, 2006). Ante la pérdida de pecho, las entrevistadas muestran reacciones de desvalorización de sí mismas, surgiendo la necesidad de validar su *ser mujer*, frente al vacío simbólico del pecho. Así, se observó en ellas, la exacerbación de un “ser para otros compensatorio”, mediante la intensificación del rol de madre.

“Entonces, yo pienso que mi forma de seguir adelante, existiendo y de poder pararme hoy en día, fue como anulando un poco el hecho de... de sentirme 100% mujer, para dedicarme por ejemplo a ser más mamá [...] ¿qué te queda ‘po’? la parte maternal nomás.” [S2/39ª/NSEM/SR]“ Luego de la operación] Lo que más cambió, fue mi relación con mis hijos: dedicarme más a ellos, dedicarme más a conversar con ellos.” [S6/35ª/NSEMB/R]

Lo que más cambió, fue mi relación con mis hijos: más dedicarme a ellos, dedicarme más a conversar con ellos. [S6/35ª/NSEMB/R]

Sin embargo, al mismo tiempo que ellas intentaron compensar la pérdida, el eco discursivo proveniente de una sociedad normativa, interpelaba con la idea de un

cuerpo disonante respecto del orden impuesto. En ese punto se introdujo, el concepto *mujer enferma*. Así, recayó sobre ellas la victimización o reprobación por su debilidad, que las situó en el reconocimiento de una existencia basada principalmente en su función corporal (Sontage, 2006). En consecuencia, es por la intervención sobre sus pechos que se volcarían hacia sí mismas, tomando conciencia de su cuerpo y sus pechos como propios y no para otros/as. Comienzan así a vivenciar su anatomía como cuerpos intervenidos.

“Cuando me interné en el hospital veía a la gente esperando las quimios... ¡yo creo que ahí me preocupé más por mí! En cómo me voy a sentir yo.” [S6/35ª/NSEMB/R]

A veces la gente tiende como a uno encasillarla en algo [...] ya no te miran con los mismos ojos. (Sentirse) victimizada... [S1/37ª/NSEMA/R]

Luego de un mes más o menos, sentí como yo me estaba muriendo para la gente, y eso es súper traumático [...] [S2/39ª/NSEM/SR]

De acuerdo a los testimonios, se interpretó que este proceso se desenvuelve en tres fases, las cuales operan de forma dinámica y en constante interdependencia. En primer lugar, aunque exenta de una interpretación lineal, se distinguió una *fase de sobrevivencia*, según la cual la prioridad está en la valoración de la vida, aunque para ello, pasan por un periodo de negación de la pérdida del pecho, mecanismo base de afrontación de la intervención.

“Uno de primera dice: ¡ah no importa, por último estoy viva! Qué bueno que tengo vida para cuidar a mi hijo, estar con él, pero con el tiempo uno se da cuenta que no es tan así, que da pena no tener su cuerpo completo.”

[S7/51ª/NSEMB/SR]

En seguida, se reconoció una fase de adaptación, en que se despliegan intentos por normalizar y asumir la pérdida significada como mutilación, dando cabida a quiebres socio-emocionales como enfrentar la desnudez frente al espejo. Esta fase se tensiona con una tercera denominada centrar la mirada hacia sí misma, en tanto, algunas informantes desenvuelven un proceso que oscila entre el mirarse al espejo y negar su corporalidad y volcar la mirada a sí misma, reconociendo el cuerpo como habitación, lugar de sus límites y libertades (Le Breton, 2004)

“¡Uno no se mira tanto al espejo como antes! [...] si te ‘mirái’ mucho al espejo; ‘empezái’ a pensar mucho y a irte para bajo de nuevo.”
[S3/33ª/NSEM/SR]

Yo podía estar enfrente del espejo, bañarme enfrente de un espejo, pero era como que sencillamente no era yo [S2/39ª/NSEM/SR]

“¡Ahora me doy cuenta de lo importante que era para mí, mi pecho!...” [S6/35ª/NSEMB/R]

Fue relevante considerar la vivencia generacional de las mujeres, en relación a la reflexión sobre su nuevo cuerpo. En el caso de las entrevistadas de mayor edad, operarían mandatos socioculturales que las llevaron a poner en segundo plano el proceso de deterioro estético como principal esquema de valoración del cuerpo. En su presente se sobrevaloraría la salud ante todo, en este sentido, el discurso de la mujer enferma, estaría en relación a los estereotipos tradicionales de la vejez, (donde su valoración como mujeres, de acuerdo a sus relatos, se encuentra alejado de la seducción por la belleza y su atractivo, o lo asocian a la idea de una sexualidad de bajo perfil) amortiguando el impacto de la intervención.

“Si me hubiese tocado en esa época [joven] me hubiera afectado ¡mucho! Yo creo que me hubiera marcado. Porque era muy pretenciosa. Ya dejé de serlo hace ya hartos años. Después de los 40, ¡uno empieza a conformarse con lo que va quedando de tu físico! [Sonrisa]. Pero eso no se debe, porque uno se deja estar. El mismo cuerpo va cambiando, los años.”
[S4/53ª/NSEM/SR]

No obstante, en el caso de las mujeres más jóvenes, el cuerpo ocuparía otro lugar, siendo construido a partir de guiones asociados al ser mujer-madre y mujer-femenina. En este caso los estereotipos enfatizan en la belleza, la seducción, una sexualidad activa y capacidades para la maternidad.

“No me imagino una mujer sin pecho, ese es como el atractivo de uno [...] lo que la hace a uno más femenina, la diferencia entre el hombre y la mujer. Y más que todo ¡hace sentirse a una mujer, mamá y todo por los pechos!. Y para uno, para considerarse mujer”
[S6/35ª/NSEMB/R]

Dentro del eje **Sentidos y significados del cuerpo**, se encontraron testimonios que adhieren a las discursivas que ubican el cuerpo femenino en el campo de la estética, siendo uno de sus principales referentes el pecho de la mujer. Se descubrió que las miradas que capturan el pecho femenino para evaluar, validar la belleza femenina, fueron principalmente masculinas. Con la mastectomía se produjo un vuelco radical en todos los aspectos funcionales del pecho, desdibujando su función nutricia y la posibilidad de atracción y seducción en el campo del placer y el erotismo.

“[...] es tan importante tener los senos más grandes, para poder atraer a los hombres, y los

hombres perciben eso y responden a esa motivación [...] yo hoy día no tengo esa posibilidad de llegar a sentirme bonita, porque ni siquiera tengo la alternativa de poder ponerme pechos.”
[S2/39ª/NSEM/SR]

Desde aquí, se comprendió la triada: “pecho, feminidad, ser mujer” y sus implicancias posteriores a la cirugía. Esta triada hace referencia a una retroalimentación, que vitaliza el *ser mujer*, en tanto, los pechos son símbolo de feminidad y esta, emblema del *ser mujer*. Así, según la autointerpretación de algunas participantes, se perdería la feminidad y, por tanto, la categoría de *ser mujer* una vez que los pechos han sido mutilados.

“El hecho de que te falte un seno, es no sentirse mujer. [...] Creo que eso es lo peor, que te puede pasar, el sentirse mutilada.”
[S1/37ª/NSEMA/R]

De esta forma, es posible advertir que la relación “femenino-masculino” en que este grupo de mujeres está inserto, se puede analizar desde un sistema sexo-género (Lamas, 2002; Montecino, 2000; Lagarde, 1993), que permite comprender que desde la socialización primaria, van siguiendo una serie de rituales que edifican sus cuerpos para potenciar su *condición femenina*. En relación a los rituales, estamos hablando de la educación del cuerpo de mujer para el agrado estético, dentro de ciertos patrones o modelos que facilitarían su ubicación en la sociedad bajo un orden social de género dominante. Sin embargo, cuando este cuerpo se desestructura como en estos casos, por la mastectomía, ocurriría todo lo contrario. En el proceso de autorreconocimiento del cuerpo mutilado, sobrevendría un quiebre, generando sentimientos de frustración, rompiendo la continuidad de su funcionamiento (Le Breton, 2002). Frente a este escabroso giro, solo cabría la improvisación accionada bajo

un clima de desconcierto, pues la mastectomía les ha despojado de una parte fundamental, aprendida durante toda una vida como ícono de la *performance* del ser mujer.

Uno de los ritos involucrados en este quiebre, correspondió a los mandatos sexuales de seducción implicados en el plano de la **Sexualidad y afectividad**, indicados en el último eje. Dentro de estos mandatos, emergió del discurso de las mujeres, los nudos temáticos *Placer, Erotismo y Seducción*. Estos se vieron en conflicto en la reconstrucción de la trayectoria vital poscirugía. Si bien con anterioridad al proceso de enfermedad, se visualizó en sus relatos una corporalidad basada en el *Ser para otros/as* –en tanto maquinaria de erotismo, seducción y placer– posteriormente esta entrega al otro se materializa desde una desvalorización de sí mismas, en el sentido de participar del acto sexual, ya no desde el deseo y el placer, sino desde el cumplimiento.

“[En la intimidad] Yo me pongo mi pijama y arriba me pongo otro pijama manga larga: un pijama corto y un pijama manga larga y no se me saco nada”
[S7/51ª/NSEMB/SR]

Surgió así, la sensación de ser mujeres deserotizadas, cuyo cuerpo ya no sería objeto de miradas deseosas, en tanto no se perciben merecedoras de experimentar placer. Asimismo, desde el periodo previo a la pérdida del pecho, se reflejó en las narrativas de las mujeres, una responsabilidad en el provocar el deseo del otro, por lo cual posteriormente, se generará una doble falta: ser mujer sin pecho y, además, ser mujer no seductora.

“Hoy es solo una necesidad fisiológica de parte de él... y yo solo le respondo... yo creo que él no siente deseo por mí, no creo

que pueda generar una excitación en él." [S2/39ª/NSEM/SR]

"Estando con él a mí me daba vergüenza de que me viera el pecho, y eso hace que tú te cohibas... y menos que te tocara." [S8/46ª/NSEMA/R]

Al producirse esta irregularidad en la ritualización aprendida del *ser mujer*, se vuelcan hacia la entrega de amor y compañerismo a la pareja, probablemente por sentimientos de deuda con ellos. Se interpretó de las vivencias de las participantes, la importancia de la mantención de un vínculo relacional afectivo. Por tal razón, se entendería que las mujeres, a pesar de su situación de enfermedad, continuarían construyéndose como el "pilar de la familia".

En esta misma línea, se identificó el nudo temático *Negociación* que, de acuerdo al discurso de las entrevistadas, se refiere a la dinámica relacional presente en la toma de decisiones y resolución de conflictos. Se advirtió, posteriormente a la cirugía, dos estilos: a) Aquellas que manifestaron una mayor expresión de sentimientos y opiniones hacia sus parejas, en el momento de la negociación, basadas en el guión "te enfermarás si no expresas lo que sientes", sin abordar asuntos de fondo como el empoderamiento o encarnación y b) Aquellas que presentan ausencia de negociación, porque la pareja rehúye a la comunicación, dificultando el reencuentro de las mujeres consigo mismas y en la intimidad.

"Antes me tragaba todo mi enojo. Y ahora creo que sentir angustia, te enferma. Por eso ahora le digo lo que siento, lo que pienso." [S1/37ª/NSEMA/R]

"Sé que a él no le gusta hablar del tema; de cómo uno se siente, de cómo uno piensa... si me ve

decaída ¡no me habla 'na po!'" [S6/35ª/NSEMB/R]

DISCUSIÓN

Para responder a las interrogantes iniciales, se interpretaron las narrativas de las protagonistas y frente al quiebre psicosocial que implica el proceso de cirugía llegamos a las siguientes conclusiones: las mujeres con cuerpo intervenido, intentan encontrarse a sí mismas en los discursos hegemónicos que sobrevaloran los atributos físicos. No obstante, su nuevo cuerpo es disonante frente a estos mandatos normativos. Lo anterior, desfavorecería el proceso de recuperación psicosocial, dada la rigidez con que se construye la *performance* del *ser mujer*, puesto que este cuerpo ya no cumpliría con los parámetros de la estética dominante. Esta exige, a través de todos los discursos públicos, alcanzar un ideal promovido por los medios de comunicación, con la complicidad de las instituciones educativas. Es así como se evidenció una intensificación del rol de madre, como forma de compensación de una autoimagen corporal decaída en feminidad y, por tanto, en el *ser mujer*. Este rol les permite recuperar reconocimiento como sujetos que han perdido atributos, belleza y salud.

La mastectomía no solo impactaría en aquellas mujeres que encarnan esta intervención corporal, sino también en su entorno; determinando las miradas de los/as otros/as, fundamentalmente el de sus parejas, sobre sus cuerpos *anormativos*; cuerpos que quebrantan la normativa social de lo permitido. Así, con posterioridad a la mastectomía, en el plano de la afectividad y sexualidad, se reveló una subvaloración de sí mismas, gestionando distancia entre su cuerpo y las posibilidades de placer, erotismo y seducción. Estas mujeres van clausurando su cuerpo, significándolo como mero receptáculo. De esta manera, se enfrentan a la dificultad de participar en el ritual del juego erótico; sin estrategias para

la acción ellas quedan en un terreno ambiguo donde han perdido los papeles o la orientación propios de la seducción. El encuentro sexual antes imaginado y practicado queda trastocado ante la ausencia del pecho. Estas prácticas de ocultamiento del cuerpo eclipsan en ellas el disfrute y goce en el encuentro con el otro.

Considerando la dimensión afectividad, observamos que se fortalecen aspectos del amor-compañero en oposición al amor-pasión. En este sentido, se continúa exigiendo de la mujer responder al rol de soporte para el hombre, en concordancia con un modelo hegemónico de género.

Respecto a los discursos sociales sobre el pecho femenino, se encontró una articulación con las categorías propuestas por Yalom (1997), pecho nutritivo, pecho erótico y pecho patológico en relación con las discursivas del ser mujer y los hallazgos en las categorías: mujer madre, mujer femenina y mujer enferma. En el proceso posquirúrgico, fue posible evidenciar una etapa de no reconocimiento del cuerpo. En esta experiencia se harían conscientes los discursos inscritos sobre sus cuerpos, las interpelaciones provenientes del orden normativo de género.

Los pechos femeninos desde el enfoque de Yalom (1997) se significan en la experiencia de estas participantes como la *pedra filosofal* de la identidad de género, emergiendo en sus discursivas como la norma corporal por antonomasia para verse y sentirse mujer.

En relación a lo anterior, se desarrollaría un proceso de deconstrucción de la autoimagen corporal a partir de fases dinámicas, según las cuales quedaría inconclusa la recuperación integral de las mujeres, pues en éstas, intentan centrar la mirada en sí mismas y apropiarse de su cuerpo, pero al mismo tiempo se ven avasallados por los discursos dominantes de belleza y estética.

Para el tratamiento postoperatorio, la reconstrucción mamaria, de acuerdo al grupo de entrevistadas sin reconstrucción, significa una indemnización simbólica en tanto opción de recuperación de la estética y estabilización de su autoimagen corporal y del *ser mujer*. Por el contrario, quienes ya han vivenciado esta reconstrucción física, señalan que si bien esta disminuye la angustia de la pérdida, permanecería en ellas un vacío, esto, pues probablemente emergen nuevas metáforas en torno a la enfermedad y el pecho reconstruido. El nuevo pecho, nunca reemplazará al antiguo, siempre será ajeno, una masa sin forma que sólo recuerda la falta, y a la vez, se convierte en un potencial peligro de reactivación de lo enfermizo, desde allí se significa la reconstrucción como algo extraño, feo y vacío (Sontag, 2006).

Frente a esta problemática, surge la necesidad de implementar intervenciones desde un abordaje psicosocial con el fin de potenciar una deconstrucción de la autoimagen corporal del antiguo cuerpo y promover una reflexión crítica sobre el nuevo cuerpo que emerge posterior a la mastectomía.

Para este tipo de intervenciones, es crucial considerar las fases propuestas en los resultados (*sobrevivencia, adaptación y centrar la mirada en sí mismas*) como procesos dinámicos, en permanente tensión, así, propiciar un trabajo *psicosocioterapéutico*, que favorezca el proceso de deconstrucción de la autoimagen corporal de sus cuerpos. Para este encauzamiento, se propone trabajar desde la teoría de la *Agency* o teoría feminista de la práctica (Esteban, 2004). Estrategia que potencia una encarnación de ellas hacia la autonomía y la independencia de los modelos discursivos, simbólicos y de prácticas que marcan la falta, arrastrando con ellos la valoración integral del sujeto femenino que ha perdido el pecho.

El compromiso con esta perspectiva no considera el cuerpo como un objeto ahistórico ni biológicamente dado, sino como constituido en el orden del deseo, de la significación, de lo simbólico y del poder. Por tanto, se busca que las mujeres construyan una reflexión corporal, que orienten sus acciones, permitiéndoles reconducir sus itinerarios y resistir y contestar a las estructuras sociales, contribuyendo así al propio empoderamiento (Esteban, 2004).

En la etapa de deconstrucción, se propone el acompañamiento de las parejas para aquellas mujeres que perciban como significativo este compromiso, específicamente respecto a los ejes de análisis relativos a la sexualidad y afectividad. Lo anterior, teniendo en cuenta que el encuentro con la pareja se sustenta en proyectos de vida que se construyen en la relación y no de manera individual, siendo necesaria para esta reeducación, una reflexión desde ambas partes.

La producción de conocimiento desenvuelta en este estudio, se configura como una contribución a la investigación sobre el cáncer de mamas en Antofagasta-Chile, desde una mirada psicosocial con perspectiva de género, la cual invita a incorporar terapias con elementos socioculturales, por lo general no abordados en intervenciones psicológicas tradicionales.

Se sugiere para futuros estudios incorporar a las parejas de mujeres con cáncer mamario, para así, aproximarnos desde otra perspectiva a la vivencia de la mastectomía y las tensiones desenvueltas en el espacio de lo privado y la sexualidad. De esta forma, también fortalecer criterios de validez metodológica como la saturación interdiscurso y triangulación de relatos de diferentes informantes.

De igual manera, se propone indagar en otros aspectos emergidos de las discursivas, que no fueron abordados a

fondo, como la reconstrucción mamaria y los significados del pezón, continuando así con el despliegue de los discursos inscritos sobre el cuerpo femenino desmantelado y sus metáforas.

REFERENCIAS

- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. Barcelona: Ediciones Anagrama.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Denzin, N. (2007). The secret downing street memo, the one percent doctrine, and the politics of truth: A performance text. *Symbolic interaction*, 30, 4, 447-464.
- Esteban, M. (2004). *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Foucault, M. (2006). *La arqueología del saber*. México: Editorial Siglo XXI.
- Foucault, M. (2006). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y Relaciones: Aproximaciones a la construcción social*. Argentina: Editorial Paidós
- Guba, E. y Lincoln, Y. (1987). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- Guba, E. y Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. California: Sage.
- Ibáñez, T. (2003). El giro lingüístico. En L. Iñiguez (ed.), *Análisis del Discurso. Manual para las ciencias sociales* (pp. 23-44). Barcelona: Editorial UOC.
- Lamas, M. (2002). *Cuerpos: diferencia sexual y género*. México: Santillana Ediciones Generales.
- Lagarde, M. (1993). *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

- Le Breton, D. (2004). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2010). *Informe. Programa de cáncer de mama*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2011). *Informe. Registros poblacionales de cáncer de Chile: quinquenio 2003-2007*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Montecino, S. (2000). *Los estudios de la mujer*. En: *apuntes diplomado Género, desarrollo y planificación*. Curso: *Teorías de género*. Santiago: Universidad de Chile.
- Pastor, R. (2004). *Cuerpo y género: representación e imagen corporal*. En E. Barberá y I. Martínez-Benloch (eds.), *Psicología y género* (pp. 219-239). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Prieto, M. (2003). *Situación epidemiológica del cáncer de mama en Chile 1994-2003*. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 17(4), 142-148.
- Sharim, D. (1999). *Dimensión subjetiva del género: una aproximación desde los relatos de vida*. *Proposiciones*, 29, 1-7.
- Silva, J. (2008). *Aplicaciones del método biográfico: de memorias y olvidos*. En: P. Salinas y M. Cárdenas, *Métodos de investigación social: Una aproximación desde las estrategias cuantitativas y cualitativas* (pp. 313-334). Antofagasta: Ediciones Universidad Católica del Norte.
- Silva, J. (2009). *Relaciones de poder entre mujeres de dos generaciones. Alianzas, transgresiones, disidencias, oposiciones entre madres e hijas*. Tesis para optar al grado de doctora en antropología sociocultural. Chile: Universidad de Tarapacá, Universidad Católica del Norte.
- Sontag, S. (2006). *La enfermedad y sus metáforas; y el SIDA y sus metáforas*. Madrid: Ediciones Taurus.
- Yalom, M. (1997). *Historia del pecho*. Barcelona: Editorial Tusquets.