



**CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLOGICOS**

**PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS DE LA MUJER**

**Un acercamiento a la sexualidad de mujeres que padecieron cáncer de mama**

**Tesis que presenta**

Yustin Isabel León Zepeda

**Para obtener el título de  
Maestra en Estudios de Género**

**Directora**

Dra. Cristina Herrera

**Lectoras**

Dra. Ivonne Szasz

Dra. María Luisa Tarrés

**Ciudad de México, 2018**

## Agradecimientos

Qué es el agradecimiento sino la oportunidad de reconocer el apoyo, las ideas y los comentarios de las personas que creyeron en esta investigación, por esta razón:

A mi familia, mi gratitud eterna por su acompañamiento emocional que ha sido un faro de luz a lo largo del camino académico que decidí emprender hace algún tiempo y que nunca me ha dejado de alumbrar.

A las profesoras, quienes procuraron que las enseñanzas no sólo formaran investigadoras/es, sino personas con consciencia social.

En especial, a la Doctora Cristina Herrera cuyos comentarios certeros dieron orden a un proyecto inicial para convertirse en esta investigación. A la Doctora Ivonne Szasz cuya lectura atenta de cada entrega y sus correspondientes observaciones permitieron enriquecer el cuerpo teórico-analítico y la escritura de éste. Y a la Doctora María Luisa Tarrés, quien a través de sus reflexiones ayudó a pensar más allá de lo aparente, para intentar dar cuenta de su complejidad.

Por otro lado, para las mujeres que participaron en esta investigación mi gratitud eterna por su confianza y por creer en el estudio y darse tiempo para compartir sus experiencias y, con ellas, parte de su vida. Sin su participación esta tesis no hubiera sido posible.

Y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) cuyo apoyo económico posibilitó el desarrollo de esta investigación.

# ÍNDICE

<b>Introducción</b>	4
1.1.- Planteamiento del problema	4
<b>Capítulo1: Corporalidad y sexualidad desde el cáncer de mama</b>	
<b>(Estado de la cuestión)</b>	12
1.1.- Cambios corporales y la subjetividad en el proceso de padecer CaMa	14
1.1.1.- Identidades genéricas y cuerpo en el contexto de la enfermedad por CaMa	15
1.1.2.- Disrupciones y continuidades en la experiencia de la sexualidad a partir del CaMa	19
<b>Capítulo 2: Corporalidad y sexualidad a partir del cáncer de mama</b>	
<b>(Marco teórico)</b>	22
2.1.- Un acercamiento teórico al cuerpo	24
2.2.- Un acercamiento a la sexualidad	27
2.2.1 La sexualidad de las mujeres en el contexto mexicano	28
2.2.1.1- El vínculo de pareja	31
<b>Capítulo 3: Acercamiento metodológico</b>	33
3.1.- Contexto general	33
3.2.- Diseño metodológico	35
3.3.- Criterios de selección de la muestra	36
3.4.-Mecanismos de contacto con las participantes	37
3.5.- Caracterizando la muestra	38
3.6.- El trabajo de campo con mujeres: hablando de sexualidad y enfermedad	39
<b>Capítulo 4: Acercamiento a las narrativas: el cáncer de mama, el género y el cuerpo</b>	42
4.1.- Cuando oímos ‘cáncer’	42

4.1.1.- <i>Yo lo que quería era que cuanto antes me quitaran el seno:</i> el tratamiento	47
4.1.2.- <i>Cada cáncer tiene un nombre y apellido diferente:</i> el aprendizaje	49
4.2.- <i>Yo no quería que... me viera así: Cambios corporales</i>	54
4.2.1.- <i>Eso no me hace más mujer, ni menos:</i> la ausencia del seno	56
<b>Capítulo 5: Un acercamiento a la sexualidad de las mujeres</b>	
<b>antes y después del CaMa</b>	59
5.1.- La sexualidad de las mujeres antes del CaMa	59
5.1.1.- El tabú de la sexualidad	61
5.1.2.- <i>El cuento del deber y el tener que:</i> <i>ser una buena esposa</i>	64
5.1.3.- <i>Muchas veces una como mujer quiere...</i>	71
5.1.3.1 ¿Dónde quedas tú y tus hormonas?	75
5.2.- La sexualidad durante el proceso del cáncer de mama	78
5.2.1.- El vínculo de pareja como cuidado equitativo y mutuo	78
5.2.2.- Resignificación de la sexualidad: las caricias y las relaciones coitales después del CaMa	86
5.2.3.- La búsqueda de nuevas experiencias eróticas con la pareja	92
5.2.4.- El sentimiento de incompletud y la renuncia a la interacción sexual	99
<b>Conclusiones</b>	106
<b>Anexo: Caracterización de las participantes</b>	112
<b>Bibliografía</b>	115

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una enfermedad que marca un antes y un después en la experiencia de vida de las personas, puesto que impacta en cada esfera de la vida de los individuos que lo padecen (Capulín, 2014), por un lado al enfrentar la posibilidad de morir, y por el otro, al experimentar cambios corporales –entre ellos, la pérdida del cabello, la mastectomía, cambios en el peso–, y cambios de actividades –debido a que el tratamiento puede impedir que la mujer haga algunas labores en la casa, o actividades con amistades, así como el trabajo que era parte de su rutina–, lo que configura también una imagen distinta a la que tenía de sí misma.

La presente investigación tiene como objetivo general analizar las implicaciones que las transformaciones corporales producto del CaMa tuvieron en la visión de sí mismas como sujetos de género, de mujeres de la ciudad de Puebla y de la Ciudad de México, y la manera en que, a través de esta experiencia, vivieron su sexualidad y feminidad, de formas que pudieran o no contrastar con la manera en que la habían vivido antes de la enfermedad.

En esta línea, se utilizará un enfoque cualitativo como herramienta metodológica que permite el acercamiento a la forma en que estas mujeres experimentaron su corporalidad y sexualidad después de haber sido diagnosticadas con cáncer de mama. Como materia prima de este proyecto, se retomarán sus experiencias a través de la construcción de narrativas, puesto que éstas permiten un acercamiento al género y a la sexualidad como construcciones sociales, sin que el sujeto quede reducido a un reproductor de éstos.

### **1.1.- Planteamiento del problema**

Dentro de la amplia gama de enfermedades o padecimientos que pueden afectar la salud y la vida de las personas, el cáncer ocupa un lugar especial. Este se configura como una enfermedad “temible, siempre asociada a la muerte” (Castro, 2008:164), una “enfermedad silenciosa” debido a que en muchos casos se manifiesta hasta que se encuentra en etapas avanzadas, reduciendo drásticamente las posibilidades de supervivencia de quien lo padece.

El cáncer de mama (CaMa)<sup>1</sup> no es la excepción. En México,<sup>2</sup> se considera un “problema de salud pública relevante”, debido a los altos índices de “morbimortalidad que presenta” (Caballero y González, coords., 2016:5). En 2013, constituyó la principal “causa de morbilidad hospitalaria por tumores malignos en la población de 20 años y más” (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2015:1), y se registraron en ese mismo año “5,405 defunciones en mujeres con una tasa de 16.3 defunciones por 100,000 mujeres”<sup>3</sup> (Secretaría de Salud, 2015).

A pesar de que el CaMa se presenta con mayor incidencia en países considerados desarrollados, es en los países en desarrollo donde ocurre un mayor número de decesos debido a que generalmente el diagnóstico se realiza en fases avanzadas<sup>4</sup> (Castro, 2008; Caballero y González, coords., 2016), como consecuencia de la “falta de acceso a servicios de salud y a la poca sensibilización para la detección precoz” (INEGI, 2015:1).

Pero las cifras son sólo una arista del problema. Junto a la posibilidad de morir por este padecimiento, se descubren otros “contenidos simbólicos” particulares (Castro, 2008:165) que se configuran alrededor del CaMa y que se relacionan con la forma en que se vive, llegando a afectar drásticamente la calidad de vida de las personas que lo padecen, así como la de sus familias.

Las mujeres que son diagnosticadas con CaMa “se encuentran, de repente, ante una situación nueva e inesperada”, donde hay preocupación por la enfermedad, miedo a una muerte prematura, al tratamiento, a la intervención quirúrgica y, de forma general, a los efectos que esto conlleva: cansancio, caída del cabello, cejas y pestañas y, principalmente, la posibilidad de “perder una de sus mamas” (Aguilar, Neri, Mur y Gómez, 2013:1454). Es decir, a través del cuerpo, las mujeres viven la enfermedad, el padecimiento, la

---

<sup>1</sup> En adelante se ocupará la abreviatura “CaMa” para hacer referencia al cáncer de mama.

<sup>2</sup> A partir del año 2006, en México, el cáncer de mama desplazó al cáncer cervicouterino como primera causa de muerte por cáncer en la mujer (Secretaría de Salud, 8 de septiembre de 2015).

<sup>3</sup> Reporta el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) que “por cada caso nuevo de cáncer de mama en los varones se detectan 29 en las mujeres”, esto tan sólo en 2014 (INEGI, 2015).

<sup>4</sup> Al respecto, Caballero y González manifiestan que una detección y diagnóstico tardío conlleva “implicaciones negativas en cuanto a costos económicos para el sistema de salud y para las propias familias”, así como la “reducción de la probabilidad de supervivencia” (2016:6).

transformación en un cuerpo que poco a poco deja de ser el que se tenía antes de la enfermedad y que, a partir de ésta, se muestra, se siente y se ve como distinto.

Mientras el diagnóstico de CaMa constituye un punto de inflexión en la cotidianidad de las mujeres, es con la extirpación de la glándula mamaria (mastectomía), que se experimenta de forma directa la invasión del cáncer en su vida: el cuerpo considerado como “propio de una mujer”, un cuerpo social y culturalmente construido como femenino, es modificado a partir de la extracción de uno de los elementos visibles que representan culturalmente esa “feminidad”: el seno. Un proceso que requiere investigaciones que den cuenta no sólo de la incidencia y mortalidad asociadas al CaMa, sino de la configuración de experiencias de las mujeres a partir de padecer dicha enfermedad.

Es decir, el CaMa es padecido por sujetos que han sido socializados desde temprana edad dentro de las representaciones de la forma y funciones que debe tener un cuerpo humano, tanto para una mujer como para un hombre (Capulín, 2014:23), y sus significados dentro del marco de género, formulado básicamente de manera binaria, femenino o masculino. Entonces, el que las mujeres pierdan el cabello, no tengan energía, bajen o aumenten de peso, así como que carezcan de uno o ambos senos, las hace sentir que no corresponden con esa corporalidad femenina, con la forma física que debe tener cualquier “mujer”. Esto termina produciendo, como una de tantas consecuencias,<sup>5</sup> que sus relaciones sexuales se sientan de manera distinta; y este proceso puede convertirse en un momento de tensión, de cuestionamiento de los significados que implica lo femenino, el placer y el deseo. Al respecto, menciona Weeks: “lo que pensamos que es o debería ser el sexo, estructura nuestras respuestas ante él” (1998:102). Es decir, existe socialmente toda una serie de representaciones, imágenes y prácticas respecto a lo que se considera es el placer, cómo y en dónde producirlo, etc., con las cuales las mujeres se encuentran familiarizadas. Estas representaciones y conocimientos les han servido para tener cierta estabilidad en los

---

<sup>5</sup> Es necesario tener presente que el cuerpo de la mujer –y el de los hombres– y sus partes remiten a representaciones subjetivas y culturales del género –femenino o masculino–, lo que llega a afectar su relación con su propio cuerpo y con el otro: amigos, familia, conocidos, esposo (Díaz, 2010:156). Por ello, las consecuencias no se limitan a la persona –como un ente aislado– sino a la forma en que esta persona se vincula con la sociedad, y cómo la sociedad se relaciona con ella.

significados del placer sexual, que se relacionan también con las ideas de lo masculino y lo femenino. En este sentido, habría que preguntarse, hasta qué punto esos contenidos se vuelven inestables, continúan o se dotan de otros significados respecto al género y la sexualidad cuando irrumpe la enfermedad y los cambios corporales a ella asociados.

A partir de ser diagnosticadas con CaMa y, específicamente, de los cambios corporales subsecuentes, algunos autores (Díaz, 2010; Viera, Santos, Santos y Giami, 2014) sostienen que las mujeres se enfrentan a una representación y vivencia de su cuerpo como algo nuevo, distinto de la imagen social hegemónica del cuerpo femenino que se representa como funcional, en tanto cumple con tareas de cuidado y reproducción, y bello, en relación con lo que socialmente se considera como tal y se vincula con la capacidad de despertar el deseo sexual. Este cuerpo, desde la visión occidental, requiere estar completo, no carecer de alguna extremidad u órgano que altere su morfología y su apariencia.

Los cuerpos de las mujeres, aún con los cambios corporales producto de la enfermedad y el tratamiento, siguen siendo “cuerpos sexuados” en los que “la condición de género marca diferencias sustanciales en la vivencia de la sexualidad”<sup>6</sup> –hombres o mujeres, masculinos o femeninos– (Herrera, Campero, Caballero, Kendall, y Quiroz, 2009:50) y delimita ciertas formas de actuar, rutinas, y maneras de relacionarse con una misma y con los demás. En algunos casos esas relaciones se expresan por medio del cariño, la intimidad y el contacto físico y, dependiendo de la situación, serán aceptadas, correspondidas o evitadas por las mujeres. Esto último es así porque, finalmente, las mujeres se encuentran experimentando la mirada externa y extraña de los demás sobre su cuerpo (*enfermo*), aun en la privacidad de su casa, de la sala, de su cuarto.

De esta forma, padecer CaMa se configura como un “reto” para las mujeres, expresado en una lucha constante contra la enfermedad (Hernández, 2011), al representar la posibilidad de morir y al mismo tiempo la modificación de la corporalidad, en la cual se ha

---

<sup>6</sup> Esta idea es retomada del abordaje que realiza Herrera *et al.*, 2014, sobre la experiencia de hombres y mujeres con VIH.

inscrito lo que se considera como femenino, a través de prácticas y discursos que implican formas específicas de experimentar deseo y placer.

La vida de las mujeres que vieron transformada su corporalidad como efecto del tratamiento contra el CaMa (caída del cabello, reducción de la masa corporal y amputación de uno o ambos senos), adquiere especificidad a partir de varios elementos, como la edad, entendida como un momento específico de la vida de las personas donde estas poseen determinados conocimientos y experiencias sobre sí y el mundo que las rodea (Hernández, 2011:20); y el estrato social, como un conjunto de condiciones socioeconómicas que de formas distintas influye en la construcción de significados y prácticas, y sobre todo en opciones frente a la enfermedad. La pregunta es ¿qué pasa con la sexualidad de estas mujeres durante el proceso de enfermedad?

Para responder a esta pregunta es necesario entender y contextualizar la experiencia de mujeres que han padecido CaMa. Por ello, el presente estudio, se realizó con participantes de la Ciudad de México y de la ciudad de Puebla, buscando así la posibilidad de explorar dos contextos socioculturales donde se configura la experiencia de padecer CaMa en relación con la sexualidad.

Con base en lo anterior, el problema de investigación consistió en analizar si, y en qué sentido las modificaciones corporales permanentes (como la pérdida de uno o ambos senos) y temporales (como la caída del cabello), resultado del tratamiento contra el CaMa, se habían configurado como elementos detonantes para que estas mujeres (re)pensaran y (re)significaran las normas sexuales, las prácticas erótico-afectivas, su cuerpo, y de forma general, su sexualidad, así como observar si la enfermedad había sido vivida por ellas como un antes y un después..

La sexualidad, en tanto conjunto de prácticas y discursos normativos que de forma más general toman como punto de referencia la construcción cultural del cuerpo se enmarca en un sistema de relaciones y prácticas diferenciadas por género, dentro de la dicotomía femenino/masculino. Se trata de establecer a la sexualidad como “el resultado de distintas prácticas sociales que dan significado a las actividades humanas, de definiciones sociales y

autodefiniciones, de luchas entre quienes tienen el poder para definir y reglamentar contra quienes se resisten” (Weeks, 1998:64), en un contexto sociocultural como el mexicano donde las normas abstractas se concretizan en prohibiciones y posibilidades para las personas, y en el caso de este estudio, para las mujeres. Un discurso de género, en el cual, el “ideal sexual femenino supone ciertos comportamientos y ciertas actitudes en las mujeres” (Herrera, Campero, Caballero, Kendall, y Quiroz, 2009), con relación a los hombres y a ellas mismas, pues aun entre mujeres, los ideales pueden enfatizar ciertos elementos o valores sobre otros.

De este acercamiento a la sexualidad de mujeres que experimentaron una corporalidad diferente como consecuencia del CaMa, se desprenden las siguientes dimensiones de análisis:

- Las prácticas corporales, que abarcan, por una parte, las acciones mediante las cuales las mujeres con CaMa producen una imagen de sí ante los cambios físicos que viven, y por otra, las prácticas sexuales, es decir, las interacciones y relaciones sexuales – autoeróticas y/o en pareja– que pueden o no darse durante el tratamiento, y la manera en que ocurren.
- Los significados, es decir, lo que representa para las mujeres actuar de formas específicas y no de otras, como parte de una “reglamentación social” que configura la sexualidad en correspondencia con ciertos tipos de género –feminidades y masculinidades–, priorizando la experiencia de lo erótico, el placer y el deseo de formas distintas según la “condición social de ser hombre o mujer” (Weeks, 1998:47).
- Las emociones que cristalizan en preocupaciones, inquietudes, miedos y anhelos que viven las mujeres. Estas emociones de cualquier manera se encuentran interrelacionadas con normas sociales, y la forma en que se cree cumplirlas o no en la vida diaria.

Finalmente, se trata de realizar un acercamiento a la forma en que las mujeres que sufrieron transformaciones corporales a causa del CaMa viven su sexualidad y analizar los elementos que posibilitan esas vivencias, desde el supuesto que la sexualidad no es un aspecto

aislado de la vida de las personas, sino que se encuentra en relación con otros elementos como la concepción de feminidad, que se pone en juego en las propias interacciones sociales.

Aun cuando los objetivos de esta investigación, se encaminaron a comprender las transformaciones de la sexualidad a partir del CaMa más que a encontrar una explicación causal de las mismas, se consideró el siguiente enunciado hipotético: la experiencia de haber padecido CaMa se configura como un momento de disrupción en la vida de las mujeres, marcando un antes y un después, en especial a partir de los cambios corporales producidos por el tratamiento de la enfermedad –la pérdida del cabello, el aumento o disminución del peso y la mastectomía–, experiencia que en conjunto las lleva a dar significados distintos o nuevos a su sexualidad a los discursos que dicen qué cuerpos son deseables y objetos de fantasías sexuales y cuáles no, a las prácticas erótico-afectivas, al cuerpo mismo y a su manera de relacionarse con los demás. Estos significados también pueden trastocar la forma en que las mujeres viven y entienden su feminidad.

De lo anterior se desprenden las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Los cambios corporales sufridos a partir del CaMa se convierten en una experiencia que lleva a las mujeres a (re)significar su sexualidad de manera tal que se apropien de su “cuerpo enfermo” para concebirlo como “una nueva forma de estar” en relación consigo mismas y con los demás?
- ¿Qué prácticas y discursos se modifican y cuales continúan de alguna manera constantes en la vida de las mujeres?
- ¿Qué cambios perciben las mujeres en sus vidas a partir de ser diagnosticadas con CaMa?
  - ¿De qué forma se ven a sí mismas las mujeres después de los cambios corporales producidos por los tratamientos contra el CaMa?
  - ¿Cómo creen que son representadas –vistas– por los demás y por sus parejas sexuales después de los cambios corporales producto del tratamiento contra el CaMa?
  - ¿Qué representación tienen respecto de “ser una mujer”?
  - ¿En qué forma consideran ellas que siguen siendo femeninas?

- Para las mujeres, ¿qué significa su cuerpo en relación con los otros y consigo mismas?
  - ¿En qué forma las mujeres que padecieron CaMa vivieron la ausencia de uno o ambos senos y ¿cómo experimentaron su sexualidad a partir de estas modificaciones corporales?
- ¿Cómo se percibían a ellas mismas y a sus parejas durante las relaciones sexuales antes y después de esos cambios corporales?

El objetivo general de la investigación fue analizar qué implicaciones tuvieron en la visión de sí mismas como sujetos de género las transformaciones corporales sufridas a partir del CaMa de un grupo de mujeres con distintas trayectorias de vida, y observar si, a través de esa experiencia, ellas vivieron su sexualidad y feminidad de forma contrastante o no con la manera en que la vivían antes de la enfermedad.

Los objetivos específicos fueron los siguientes: 1) Identificar, a través de las narrativas de las mujeres, las experiencias subjetivas ante los cambios corporales producto del CaMa que fueron ejes para la (re)significación de su sexualidad y su feminidad. 2) Identificar los discursos normativos que las mujeres utilizan y las formas en que experimentan sus cuerpos, y su sexualidad como “aceptables” o no, en relación consigo mismas y con su(s) pareja(s) sexuales después del diagnóstico de CaMa. 3) Conocer, a través de su discurso, si las mujeres que fueron diagnosticadas con CaMa sintieron que hubo cambios en sus prácticas sexuales a partir de esta enfermedad, y si fue así, qué significaron para ellas. 4) Explorar, a través de entrevistas, las percepciones y expresiones erótico-afectivas en pareja, que se presentan en la práctica sexual de mujeres a partir del CaMa.<sup>7</sup>

El CaMa es un evento a partir del cual se busca analizar la experiencia sexual y erótica de mujeres de dos contextos mexicanos diferentes: la ciudad de Puebla, y la Ciudad de México.

---

<sup>7</sup> Por cambios corporales producidos por el CaMa se van a entender todos aquellos cambios o modificaciones que la participante identifique ocurrieron a partir de que le fue diagnosticada la enfermedad.

# **CAPÍTULO 1: CORPORALIDAD Y SEXUALIDAD DESDE EL CÁNCER DE MAMA (ESTADO DE LA CUESTIÓN)**

La corporalidad y la sexualidad en mujeres con CaMa representan una problemática compleja, y conforme se realizan más investigaciones, se deja ver la tarea aún pendiente de seguir situando la mirada científica sobre estos procesos.

Como apuntan Rodrigo Parrini y Antonio Hernández (2012), la sexualidad se constituyó en objeto de estudio a partir de dos procesos: el primero, identificado como “global”, es el interés académico suscitado en varias partes del mundo –principalmente en Estados Unidos– por entender la sexualidad en relación con la equidad de género, la elaboración de políticas públicas y los derechos humanos; el segundo, de carácter “local”, es la búsqueda por parte de las investigaciones académicas por entender la sexualidad en contextos particulares, principalmente desde enfoques etnográficos (Parrini y Hernández, 2012:14). Como señalan los autores, ambos enfoques “dieron solidez empírica al estudio de la sexualidad en México”, inaugurando preguntas de investigación que exploran la relación entre sexualidad y estado, familia y otras instituciones, y la relación entre sexualidad y el sistema sexo género (Parrini y Hernández, 2012:14-15).

Como parte de este contexto académico y cultural, algunos autores proponen no pensar el concepto de sexualidad como “unívoco”. Por el contrario, “su delimitación depende de la perspectiva teórica y disciplinar que se adopte para su estudio” (Szasz en Szasz y Lerner, comps., 1998:11). La utilidad del concepto de “sexualidad” se da entonces en función de los objetivos de estudio, la formación del investigador y lo que se entienda por el término. En forma general, el término sexualidad ha hecho referencia a:

“[...] ciertos comportamientos, prácticas y hábitos que involucran al cuerpo, pero también designa relaciones sociales, conjunto de ideas, moralidades [...] que las sociedades y sus instituciones construyen en torno a los deseos eróticos y los comportamientos sexuales. En las sociedades modernas designa [...] las clasificaciones que se atribuyen a las personas según sus preferencias eróticas y la autodefinición que hacen los individuos de su orientación sexual” (Szasz en Szasz y Lerner, comps., 1998:11).

Se trata de un término que se ha definido de formas diversas. En algunos casos parece abarcar todo, y en otros sólo se enfoca en aspectos específicos de la vida sexual. El estudio de la sexualidad abrió un campo de investigación que, con el paso del tiempo, se ha ido ampliando.

En el caso específico de México, los estudios pasaron de un enfoque predominantemente biomédico y de corte epidemiológico y sociodemográfico con el objetivo –inicial– de “detectar las prácticas de riesgo involucradas en la transmisión del VIH” (Szasz en Szasz y Lerner, comps., 1998:12) a otro de corte sociológico y antropológico con trabajos que iniciaron “el estudio de la sexualidad como un fenómeno complejo y enfocado desde la perspectiva de la subjetividad de los actores sociales”<sup>8</sup> (Szasz en Szasz y Lerner, comps., 1998:14). Para estos enfoques, lo central es preguntar y entender el porqué de ciertas prácticas;<sup>9</sup> en ellos hay una construcción de la experiencia a partir del relato y un reconocimiento de que las vivencias son tan necesarias para comprender la sexualidad como los elementos cuantificables.

Con los estudios sobre sexualidad realizados desde las ciencias sociales, se dio cuenta de “una estrecha relación entre la construcción social de lo masculino y lo femenino y los significados de la sexualidad” (Szasz en Szasz y Lerner, comps., 1998:15). El rechazo a cualquier tipo de sexualidad que no tenga fines reproductivos, la negación del placer y el imperativo del matrimonio para ejercer la sexualidad, en las mujeres, son sólo algunas de esas normas y significados.<sup>10</sup>

Este estudio se ubica en dicha perspectiva, al intentar articular los significados subjetivos asociados con las vivencias de la sexualidad con las normas sociales que, atravesadas por construcciones de género, intentan regirla.

---

<sup>8</sup> De igual forma, hubo un desarrollo de estudios históricos enfocados en la sexualidad, que permitieron establecer que esta formaba parte de un proceso continuo, cuyos cambios podían ser graduales, pero con grandes transformaciones a través del tiempo.

<sup>9</sup> Preguntas como “¿por qué se utilizan o no métodos anticonceptivos?”, “¿cómo las personas contraen el VIH?”, “¿cómo fue su primera relación sexual y qué significó?”, son algunos ejemplos.

<sup>10</sup> Así, “tanto las prácticas como los significados expresan la presencia de relaciones desiguales, de imposiciones, de abusos y de limitaciones a las posibilidades de bienestar en la sexualidad.” (Szasz en Szasz y Lerner, comps., 1998:15).

En el campo de los estudios sobre la salud y la enfermedad, las ciencias sociales también han tratado de repensar esta relación, más allá de dar cifras o reportar prevalencias como si el problema quedara reducido al número de personas diagnosticadas (Aguilar *et al.*, 2013; Caballero y González, 2016; Grau, Llantá, Chacón y Fleites, 1999). Esta relación se problematiza al observar que las personas enfermas se encuentran atravesadas por categorías como cuerpo, sexualidad y género, y se aproximan más o menos a normas y discursos diferenciados que se construyen desde formas específicas de vivir la enfermedad según que la persona sea reconocida por los demás y por sí misma como mujer u hombre (principalmente). Así, la experiencia de enfermar no sólo se enmarca en el discurso institucional-médico, sino en los discursos que se forman en las relaciones de poder a partir de la construcción diferenciada de las personas como hombres o mujeres –una división arbitraria–, en contextos económicos y sociales específicos.

Partiendo de estas reflexiones, la presente investigación se propone hacer un acercamiento a la sexualidad de mujeres que padecieron CaMa, entendiendo a la sexualidad en el contexto de procesos en los que se vive, construye y participa de universos de significados. Se espera que estos varíen de acuerdo con la edad, la situación socioeconómica, el contexto cultural y las experiencias particulares de vida. Por ello, para poder contrastar entre experiencias distintas se seleccionó a mujeres de distintos estratos sociales en la ciudad de Puebla y en la ciudad de México, ya que es a partir de su propia posición sociocultural e histórica particular que se posicionarán ante la enfermedad y ante las normas de género y la sexualidad.

### **1.1.- Cambios corporales y la subjetividad en el proceso de padecer CaMa**

El CaMa constituye una problemática social compleja que puede abordarse desde diversas dimensiones, algunas más exploradas que otras. Dentro de ellas se encuentran las que son abordadas por los estudios epidemiológicos, que analizan el proceso de atención, y/o los aspectos económicos que trae consigo el hecho de que una mujer sea diagnosticada y tratada contra esta enfermedad (Caballero y González, 2016:6). Estos enfoques han aportado

conocimiento al entendimiento del CaMa como una enfermedad multifactorial (Ledón, 2011:489) que afecta de forma distinta la vida de las personas que la padecen, no sólo al situarlas en el papel de pacientes, sino en la manera en que sus actividades diarias se ven modificadas, tanto por el seguimiento médico como por el tratamiento. Para este estudio, es más pertinente retomar el enfoque que aborda la experiencia del CaMa desde la subjetividad, es decir la forma en que el padecimiento de esta enfermedad impacta en la vida de las mujeres, en sus actividades cotidianas y en su relación con los otros y consigo mismas. El objetivo es acercarse a la forma en que las mujeres que padecieron CaMa vivieron su sexualidad y se posicionaron como mujeres. Esto implica acercarse tanto a las formas de sentir y ver el cuerpo, como al papel o tareas que creen les corresponde desempeñar, por ser mujeres, junto con la carga valorativa que eso implica.

En esta línea, es posible identificar dos ejes conceptuales que aportan elementos clave para este estudio: las *identidades genéricas y el cuerpo, en el contexto de la enfermedad por CaMa*, y las *disrupciones y continuidades en la experiencia de la sexualidad a partir del CaMa*, como se detalla a continuación.

### **1.1.1.- Identidades genéricas y cuerpo en el contexto de la enfermedad por CaMa**

En la búsqueda por dilucidar los procesos subjetivos que involucra el CaMa y, principalmente, analizar la relación entre el lugar que ocupa el cuerpo y la reconfiguración de la subjetividad a partir del mismo, se encuentran investigaciones que desde una perspectiva género y un enfoque cualitativo dan cuenta de la relación entre el CaMa, el cuerpo y las identidades de género (Hernández, 2011; Alcocer-Yáñez, 2013). Tania Hernández, por ejemplo, parte de cuestionar la forma en que “se es mujer” a partir de discursos normativos que involucran la diferenciación entre los géneros, y que toman distintos matices dependiendo de la posición que tengan las mujeres en el sistema económico-social, así como el momento biográfico en que se encuentran al padecer cáncer de mama. La autora analiza “la articulación entre la auto-atención y la biomedicina”, y los procesos de

institucionalización por medio de los cuales las mujeres forman sus identidades como pacientes y como mujeres (Hernández, 2011:12).

Para Hernández, el CaMa se configura como “una enfermedad y padecimiento que trastoca y desorganiza la identidad de género específica de cada mujer, modifica su cuerpo sexuado y la traslada a una identidad de paciente” (Hernández, 2011:180). Es decir, ante el CaMa, las mujeres “reconstruyeron y re-significaron” su identidad de género a partir de recursos de tipo personal y social a los cuales pudieron acceder de acuerdo a su “trayectoria de vida”. Al mismo tiempo, se ven en una relación de poder distinta a la de género, la relación médico-paciente, donde el discurso biomédico pasa a ser otra forma de control sobre ellas, su cuerpo y su identidad. Sin embargo, a la par del proceso de subordinación (como mujeres y pacientes), existe un proceso de resistencia que se opone a la sujeción de la persona, y que se da de forma directa cuando las mujeres exigen sus derechos o servicios de atención.

Así, no sólo se reconstruye la identidad de género “a partir de los recursos personales y sociales” con que cada mujer cuenta, sino que también se reconstruye su cuerpo sexuado frente a un modelo de feminidad con el que no corresponden completamente: el modelo sociocultural de lo que es una mujer, significa algo distinto a partir de la enfermedad (Hernández, 2011:184-187). Este modelo se ha nutrido de la experiencia de padecer CaMa, y de vivirse con un cuerpo sexuado diferente.<sup>11</sup> Lo relevante de este enfoque, para esta investigación, es la posibilidad de acercarse a las identidades genéricas como procesos en constante reconfiguración, en especial cuando se experimenta una enfermedad como el CaMa, que se vive diferenciadamente dependiendo de la forma en que se interrelacionen la edad y las condiciones económicas y culturales de las mujeres.

En esta misma dirección, cabría preguntarse ¿cómo configuran sus subjetividades mujeres que padecieron CaMa y que fueron intervenidas quirúrgicamente para retirarles una o ambas mamas?, ¿cómo viven esta ausencia?, y ¿qué significa para ellas? (Alcocer-Yáñez, 2013:11-12). Estos cuestionamientos permiten “dar cuenta del lugar que ocupa el cuerpo y la ausencia del seno en la reconfiguración de las subjetividades femeninas” (Alcocer-Yáñez,

---

<sup>11</sup> Un cuerpo sexual que “performativiza una identidad de género”, al tiempo que “debe actuar como un cuerpo sano”, buscando entrar en la “normalidad social” (Hernández, 2011:187).

2013); profundizando en la manera en que el CaMa se configura como una enfermedad temida, que trastoca la manera en que las mujeres se relacionan con su cuerpo y con los demás, al afectar a un “territorio” considerado “esencialmente femenino”: el seno, que representar en sí, la experiencia de “ser mujer” (Alcocer-Yáñez, 2013).

Hay una construcción de significados en torno a la enfermedad, que fungen como autorreguladores y clasificadores de los sujetos; un proceso de reconfiguración a nivel de las subjetividades femeninas a partir de tener un cuerpo diferente, con otra forma anatómica y que significa algo distinto (Alcocer-Yáñez, 2013:186-187). En consecuencia, a partir de la experiencia del CaMa y la mastectomía, las mujeres cuestionan lo aprendido, su educación y aquellos conocimientos que sienten no les sirvieron en su experiencia (Alcocer-Yáñez, 2013:189), pero continúan con aquellos que les dieron cierto sentido de estabilidad durante del proceso de la enfermedad, por ejemplo, la crianza de los hijos, o la importancia de la belleza. En otras palabras, no se rompe de manera definitiva con los modelos hegemónicos o tradicionales de feminidad, como los denomina Alcocer-Yáñez (2013), pero el cuerpo en el espacio erótico-afectivo aparece como un aspecto tangencial, y no como un elemento sobre el cual reflexionar.

De esta manera, es relevante para la presente investigación, retomar la idea de que el espacio íntimo se configura como el lugar donde se expresa más claramente el sentimiento y la percepción de las mujeres de la carencia<sup>12</sup> de algo que ya no tienen y que desean –o no– tener nuevamente -la o las mamas-, y al mismo tiempo, como un espacio del que poco a poco se apropian, poniendo límites relacionados con la forma y el momento en que desean experimentarse en ese espacio, al decidir y hacer explícito qué partes de su cuerpo desean que se les toque y cuáles no, y al negarse a tener relaciones sexuales cuando no las desean (Alcocer-Yáñez, 2013:193).

Finalmente, lo que se presenta como un proceso de resignificación de las subjetividades de las mujeres que padecieron CaMa constituye, por un lado, una valorización

---

<sup>12</sup> Mientras en el espacio público, expresa Alcocer-Yáñez, las mujeres parecen estar bien, es en el espacio íntimo donde generan imágenes de sí mismas a partir de la falta de una parte del cuerpo, el seno; imágenes que sirven como límite para no estar con el otro (2013:190-199).

diferente del cuerpo a partir de la pérdida de una parte, que, en algunos casos, las lleva a una mayor apropiación de él, al decidir cómo mostrarse ante los demás: amigos, trabajo, familia, y ante ellas mismas (Alcocer-Yáñez, 2013:199). Por el otro, implica un “re-ordenamiento de índole biográfico\moral”, al cuestionar y valorar “aprendizajes que las han regido”, en especial el control de sus emociones, lo que significa tomar en cierta medida el control sobre sí mismas, y sobre la enfermedad, lo que “el sujeto se dice y da a sí mismo” (Alcocer-Yáñez, 2013:194-199), y la manera en que este discurso ha cambiado a partir de la enfermedad.

En conclusión, otros trabajos presentan relatos sobre la experiencia de vida de las mujeres que padecieron CaMa, buscando un acercamiento al “lugar que ocupan biográfica y socialmente las mujeres”, es decir, a los espacios, roles o actividades que han sido parte de su trayectoria de vida (Alcocer-Yáñez, 2013:188) y la forma en que éstos se vieron trastocados por la experiencia de padecer CaMa. Este proceso, al final, produce un “tiempo reconfigurado”, un tiempo del cual se apropian para hacer planes realizar actividades y cumplir deseos “menos vinculados a los deseos de los otros” (Alcocer-Yáñez, 2013:194).

Estas aportaciones son relevantes para la presente investigación porque delinear la manera en que se vive y representa el CaMa, a través, principalmente, de una intersección entre género, situación socioeconómica y edad, lo que implica “inscribirse en rutinas que transforman la vida cotidiana” (Castillo *et al.*, 2012:180). Se trata de una enfermedad que afecta un cuerpo sexuado, una identidad, y las formas de autorepresentarse, y de ser leídas por otras personas dentro de los símbolos y sistemas socioculturales que imperan, en específico, los que son parte de la construcción sociocultural del género. El cuerpo es, en cierto sentido, la materialización de lo femenino, de prácticas y discursos en torno a deberes y normas que corresponden de forma arbitraria a ideales de feminidad y masculinidad hegemónicos, a través de los cuales la experiencia de enfermar de CaMa toma matices específicos. Por ello, el presente estudio –a diferencia de las investigaciones antes mencionadas– enfatiza la estrecha relación entre la sexualidad y el género, como dos elementos a partir de los cuales puede configurarse la experiencia de enfermar, donde la sexualidad de las mujeres no sólo es la intimidad con la pareja, sino con ellas mismas, y

donde el género no es sólo un mandamiento cultural aprendido sobre cómo ser mujer u hombre, sino que puede transformarse.

### **1.1.2.- Disrupciones y continuidades en la experiencia de la sexualidad a partir del CaMa**

En general, los estudios que han abordado la sexualidad de mujeres con CaMa lo han hecho desde una perspectiva médica. Investigaciones enfocadas en conocer los “factores que pueden interferir con la vida sexual del paciente con cáncer” (Grau *et al.*, 1999:49), así como los trastornos sexuales que se presentan en dichos pacientes, han abonado a la propuesta de entender que la fisiología es un aspecto de profundo interés debido a que se encuentra relacionada con otros elementos como el deseo, el placer y las emociones que experimentan las personas.

Con base en lo expuesto, y con la tarea de realizar un acercamiento más integral a la sexualidad de mujeres con CaMa, se presentan algunas aportaciones teóricas que nos introducen en el problema de la relación sexualidad-enfermedad, donde la imagen corporal, la feminidad y vida sexual se entrelazan.

El diagnóstico de CaMa se presenta como un momento desafiante e incierto para las mujeres, al tratarse de una enfermedad que impacta en la integridad psicofísica de las personas, y repercute negativamente en su vida de pareja, íntima y sexual (Fleitas, 2014:5).

Dentro de esta línea de ideas, para Consuelo González, el planteamiento del problema inicia matizando la forma en que viven su sexualidad las mujeres con CaMa, a partir de considerar que esta enfermedad “afecta un órgano propio de la mujer”, el cual “representa el aspecto central de la imagen corporal” (2009:1): un órgano exterior, visible y dotado de sentido cultural para las mujeres y los hombres.<sup>13</sup> Desde este punto de vista, la autora plantea

---

<sup>13</sup> Cabe recordar, que junto a la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer una o ambas mamas, y dependiendo del diagnóstico y tratamiento, la paciente experimenta otras transformaciones corporales temporales como la pérdida de cabello, la modificación de su peso corporal, sentimientos de debilidad y fatiga, elementos que se configuran como formas específicas desde las cuales vivir su cuerpo.

que la sexualidad se concibe como “una dimensión de la personalidad y no exclusivamente la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica” (González, 2009:40). De esta forma, en la experiencia de la sexualidad de mujeres con CaMa se interrelaciona el aspecto biológico –a partir de un “sustrato anatómico-fisiológico”– y, social –a través de “la vida en pareja, familia, amigos y lazos interpersonales” (González, 2009:40-43).

También se hace necesario reflexionar desde el abordaje relacional que vincula la sexualidad y la enfermedad propuesto en los textos de Blanca Consuelo González (2009) y Victoria Díaz (2010), respectivamente. El cáncer de mama es visto allí como un padecimiento que afecta a la persona no sólo a nivel individual, sino también a nivel social, como una enfermedad que irrumpe en la cotidianidad de la vida de las mujeres, en su familia, en su trabajo y en una serie de áreas de las cuales son parte.

El trabajo de Victoria Díaz pone énfasis en la importancia que tienen las mamas a nivel subjetivo-personal y social para las mujeres, como otros elementos, entre ellos, la caída del cabello, como cambios que toman significados a partir de un conjunto de representaciones simbólicas que sobrepasan, de alguna forma, su funcionalidad en el organismo (2010:157). Esta situación, en algunos casos, lleva a las mujeres a sentir “vergüenza de evidenciar su cuerpo deformado” (Díaz, 2010:158) cuando están con su pareja. Esta investigación posibilita dar cuenta del cáncer y sus tratamientos como productores de múltiples pérdidas para las mujeres, “en la representación de cuerpo y de su relación con el otro” (Díaz, 2010:158).

En conclusión, y para los fines de esta investigación, los dos ejes temáticos antes mencionados (*Identidades genéricas y cuerpo, y disrupciones y continuidades en la experiencia de la sexualidad a partir del CaMa*), pretenden dar cuenta de la vivencia de esta enfermedad a través de un cuerpo sexuado, que condiciona determinadas relaciones y contextos en los que las mujeres participan. En estas situaciones, los discursos dominantes sobre la sexualidad y el género se ponen en tensión, ya que se espera que las mujeres se vean y se comporten femeninamente, cuiden su arreglo personal, estén siempre listas para atender a los demás, y al mismo tiempo pongan sus necesidades e intereses después de los del “hombre” y de cualquier otra persona. Sin embargo, al enfermar, requieren tiempo para ellas,

para el tratamiento, para pensar en los cambios que la enfermedad ha producido en sus vidas, y en la manera en que se ven a ellas mismas en este proceso.

De manera específica, es importante tener presente que el género como una formulación dicotómica entre lo femenino y lo masculino (Quiroz, 2004; Hernández, 2011; Alcocer-Yáñez, 2013), atraviesa cada espacio y dimensión de la vida diaria de las personas, estableciendo comportamientos que se considera son propios de hombres y mujeres, tareas o trabajos que se espera desempeñen, así como los cuerpos que se piensa son adecuados para cada uno. Ante una enfermedad como el CaMa, es a partir de estos cuerpos que se materializa el género, desde donde se inicia una reflexión en distintas direcciones sobre el flujo de la vida en espacios como el familiar, el laboral, y el sexual. Estos espacios requieren ser abordados por sí mismos, para dar cuenta de su complejidad y evidenciar las características y problemas que se presentan, sin perder de vista los vínculos que pueden existir entre ellos y que, en la realidad, muchas veces se sobreponen.

Desde este punto de partida, y limitando el estudio al objetivo antes mencionado, es necesario cuestionarse ¿cómo cambia la sexualidad de las mujeres que padecieron CaMa?, ¿cómo entienden el placer sexual?, ¿cuál es su propio discurso sobre su sexualidad, y en qué forma éste cuestiona o no los discursos normativos sexuales y de género aprendidos?, ¿qué emociones experimentaron las mujeres que padecieron CaMa en relación con su vida íntima? En síntesis, ¿cómo experimentaron su sexualidad las mujeres que padecieron CaMa?

## **CAPÍTULO 2: CORPORALIDAD Y SEXUALIDAD A PARTIR DEL CÁNCER DE MAMA: ACERCAMIENTO TEÓRICO**

El CaMa es una enfermedad que irrumpe en la vida de las personas, al representar un cambio en las rutinas diarias, tanto de ellas como de sus familias. Someterse a exámenes, tratamiento, operaciones y seguimiento médico, implica la reorganización del tiempo, de las actividades diarias, así como de recursos económicos, dentro de una atmósfera donde la muerte, no tanto por su inminencia sino por su posibilidad, está siempre presente.

Sin embargo, estos problemas generales se van haciendo cada vez más específicos, como destacan algunas autoras (Aguilar *et al.*, 2013; Castillo, 2012). Algunos de esos problemas implican el desafío del nombramiento o renombramiento de lo femenino –y lo masculino–, del deseo y del placer sexual (Capulín, 2014), aspectos profundamente asociados con el género y la sexualidad de mujeres y hombres.

El CaMa es una enfermedad que impacta en un área del cuerpo “propia de una mujer”, los senos. Estos representan tanto funciones reproductivas –proveer de alimento al recién nacido–, como eróticas y de placer, al ser parte constitutiva del cuerpo que se desnuda y se muestra al otro, con el que se sostienen encuentros afectivos y sexuales. Por ello, es finalmente una enfermedad que afecta la representación y vivencia de la construcción social del género. De ahí que el pudor y la vergüenza lleguen a ser sentimientos que las mujeres experimentan, sobre todo por el hecho de sufrir la mutilación de alguno de los principales órganos asociados con la feminidad (Castro, 2008:165) y, en casos extremos, lleguen a separarse de sus parejas al no ser consideradas por ellas mismas o por el otro como “mujeres completas”.

En este sentido, se busca formular un acercamiento teórico a la sexualidad y al género a partir del análisis de la experiencia de mujeres en quienes el cuerpo y la imagen de lo femenino se vieron trastocados y cuestionados. Este acercamiento no ve a las mujeres que padecieron CaMa como sujetos pasivos que aprenden las normas culturales del género, sino

como personas que interpretan dichas normas, “las reproducen y las organizan de nuevo” (Lamas, 1996:359).

De acuerdo con Butler, el género, es un “performance performativo que posee una determinada expresión y manifestación [...] y está condicionado por normas obligatorias que lo hacen definirse en un sentido u otro”; por ello, su reproducción es “siempre una negociación de poder” (Butler, 2009:322), un ir haciendo nunca terminado, una “práctica discursiva que está sucediendo”, y por lo mismo, se encuentra “abierta a la intervención y a la resignificación” (Butler, 2007:67).

Las normas sexuales y de género representan instancias de poder y relaciones más amplias de poder, pero principalmente son la forma a través de la cual dicho poder opera (Butler, 2009:323). Esto significa que estas normas posibilitan y limitan la manera en que los sujetos se hacen inteligibles (generalmente dentro del binario masculino/femenino) tanto para los otros como para sí mismos; en este sentido, el género se presenta como el resultado de un proceso, por medio del cual, las personas reciben significados culturales que, en determinados momentos y circunstancias, resignifican (Butler, 2007:56-58).

Por lo tanto, cabe preguntarse de qué manera esta “práctica discursiva constante y reiterada” que implica el género se ve resignificada, no sólo, como apunta Butler (2007:98), a través de su práctica repetitiva cotidiana, sino por el hecho de que el CaMa transforma tanto la manera en que se vive esa cotidianidad, como los discursos que presentan y representan las mujeres. Con esta pregunta, se busca un acercamiento a las mujeres como sujetos que se han desarrollado dentro de un “modelo discursivo/hegemónico de inteligibilidad de género”, y que implica una “matriz heterosexual”, es decir:

“[...] una rejilla de inteligibilidad cultural a través de la cual se naturalizan cuerpos, género y deseos [...] un modelo discursivo/hegemónico de inteligibilidad de género, el cual supone que para que los cuerpos sean coherentes y tengan sentido, debe haber un sexo estable expresado mediante un género estable (masculino expresa hombre, femenino expresa mujer) que se define históricamente y por oposición mediante la práctica obligatoria de la heterosexualidad” (Butler, 2007:292).

Así, la “coherencia” y la “estabilidad” se dan a partir de un cuerpo inscrito en la “oposición binaria masculino/femenino” que se intercepta con la “raza, la etnia y otros ejes de relaciones

de poder que constituyen la identidad” (Butler, 2007:50). Es un marco de referencia que, a pesar de presentarse como “neutro”, ayuda a “naturalizar el aparato de producción mediante el cual se establece el sexo como prediscursivo, binario en morfología y constitución” (Butler, 2007:54-60).

De esta forma, el modelo discursivo del género queda la mayoría de las veces simbolizado por un vínculo “indisociable” entre género, sexo y cuerpo, ya que se trata de un proceso de representación” (De Lauretis, 1989:11). Es decir, el género como un sistema de representaciones socioculturales e históricas asigna significados y valores diferenciados a las prácticas de los individuos construidos como varones o mujeres, y es en la representación que hacen estos individuos en su cotidianidad, que reproducen dichos sistemas normativos.

Por lo tanto, las mujeres que han padecido cáncer de mama continúan haciendo y viviendo el género a partir de su auto-representación como parte de un conjunto de relaciones sociales basadas principalmente en la diferencia sexual, pero con una situación de vida particular: haber sido diagnosticadas con CaMa y tener un cuerpo que ha experimentado cambios temporales y permanentes. ¿Es el CaMa un punto de inflexión a partir del cual es posible acceder a un proceso reflexivo sobre el cuerpo, el género y la sexualidad, mostrando rupturas y continuidades con los discursos dominantes? Esta es la pregunta que se intentará responder a través del análisis de la experiencia y testimonios de las propias mujeres afectadas.

## **2.1.- Un acercamiento teórico al cuerpo**

Así como el género constituye algo más que una construcción cultural, el cuerpo no puede ser entendido sólo como “un medio pasivo sobre el cual se inscriben los significados culturales”, puesto que se trata –como propone Butler– de la “materialidad como el sitio en el que se desarrolla cierto drama de la diferencia sexual” (2002:87). Es decir, una “materialidad del cuerpo histórica y, por lo tanto, imposible de ser conceptualizada independientemente de los discursos hegemónicos sobre el género y la sexualidad” (Martínez, 2015:326). En el caso particular de las mujeres diagnosticadas con CaMa, también

se materializa la enfermedad, los efectos del tratamiento, como el cansancio o las intervenciones quirúrgicas, y los sentimientos de miedo, angustia, desconcierto, entre otros.

El cuerpo representa una frontera cuya morfología se construye mediante una negociación entre discursos normativos (Butler, 2002) que buscan representar ese “algo”, “ese cuerpo femenino” o “ese cuerpo masculino”. Entonces, ¿qué pasa cuando el cuerpo como frontera y límite de lo que puede “considerarse femenino” cambia en su morfología?, ¿qué es lo que puede o no representar?, ¿en qué términos la mujer que ya no tiene un seno interpela a la feminidad que social y personalmente se espera presente?

A partir de estas interrogantes, se propone la conceptualización del cuerpo como una “materialización discursiva”, es decir, como una “acumulación de citas o referencias [...] que producen efectos materiales” (Butler, 2002:34), rompiendo así con visiones –hasta cierto punto esencialistas– donde el cuerpo se postula como un artefacto, un objeto inanimado y, por lo tanto, carente de historia social y personal.

El cuerpo es una puesta en escena de discursos que sirven a los fines de una organización específica de la diferencia sexual. Por ello, no es sólo un cuerpo, sino un cuerpo sexuado (Martínez, 2015:329), lo que a su vez posibilita entender la función que cumplen los discursos que expresan cómo debe ser la estructuración de un cuerpo humano ideal, tanto para una mujer como para un hombre” (Capulín, 2014:23), así como la vestimenta adecuada según esta diferencia sexual, y por lo tanto, qué partes del cuerpo se pueden mostrar y tocar por una/o misma/o y por otra persona. La construcción de un cuerpo sexuado como femenino o masculino representa la ilusión de estabilidad de los sistemas normativos y arreglos de poder, ya que aparece como la única forma “natural” posible de estar en el mundo social.

Toca preguntarse ¿qué lugar ocupan en el orden social de género aquellos cuerpos cuya estructura material ha sido transformada?, ¿en qué sentido afecta a las mujeres el cambio corpóreo –a partir de la extracción de una o ambas mamas– cuando se les ha enseñado y ellas han aprendido a través de la “acumulación de discursos o referencias” (Butler, 2002) que un cuerpo sexuado considerado como femenino se ve, se expresa y representa de cierta

forma y no de otra? y ¿qué tipo de discursos normativos continuarán con la inteligibilidad de ese cuerpo dentro del campo binario?

Si bien, para hablar de cuerpo como categoría analítica es necesario retomar la dimensión discursiva que lo configura y materializa de acuerdo con el contexto social y particular de los sujetos, también es ineludible considerar la dimensión orgánica, no como un ente sino –retomando a David Le Breton– como un “filtro semántico” (2010:40), es decir, como la forma en que a través del cuerpo el sujeto se relaciona consigo mismo y con su entorno.

Así, el sujeto a través de su cuerpo:

“[...] participa en las relaciones sociales no sólo mediante su astucia, sus palabras y sus prácticas, sino también a través de una serie de gestos y mímicas que se añaden a la comunicación, sumergiéndose en el seno de los innumerables ritos que acompañan el fluir cotidiano” (Le Breton, 2010:18).

En este sentido, el cuerpo es tanto la concentración, reiteración y transmisión de saberes y discursos normativos, como el elemento visual y sensorial a partir del cual se percibe y se es parte del mundo social. Desde esta idea se comenzará a analizar la experiencia de aquellos cuerpos que han sido atravesados física y simbólicamente, tanto por los discursos normativos de la diferencia sexual –lo femenino o masculino– como por los que se formulan a partir del diagnóstico de CaMa, renegociando tanto el sitio de los discursos como el del cuerpo, que hasta antes de la enfermedad aparecían como inamovibles.

Se trata de ver al cuerpo como productor de un tipo de “sentido práctico que posibilita que aquello que hacemos con el cuerpo de cuenta de la sociedad y sus jerarquías, sin siquiera cuestionarlo” (Sabido en Aguilar y Soto, coord., 2013:38), un cuerpo sexuado como creador y transmisor de emociones, que participa de encuentros consigo mismo (su sentir interno) y con los demás, articulador de prácticas y discursos en su día a día.

Un cuerpo es un recurso de aprendizaje y comunicación de significados, valores, acuerdos sociales y sensaciones: “es el lugar y el tiempo en el que el mundo se hace carne” (Le Breton, 2010:17), en el que las experiencias cobran sentidos. Ser mujer y haber sido

diagnosticada con CaMa sitúa a los cuerpos en contextos específicos de acción en el mundo social.

## **2.2.- Un acercamiento a la sexualidad**

El acercamiento teórico a la sexualidad se ha realizado desde perspectivas diversas y complejas. Desde ellas, se establece que la sexualidad, lejos de ser un campo de conocimiento unívoco, representa el encuentro y desencuentro de distintos acercamientos al tema. Dentro de este conjunto de posibilidades desde las cuales se pueden trazar líneas de investigación sobre la sexualidad, destacan principalmente dos. La primera es la que parte de un enfoque esencialista, donde el acercamiento a la sexualidad se realiza bajo la premisa de que ésta constituye un elemento inherente al ser humano, estableciendo funciones naturales y específicas para cada parte del cuerpo (Minello en Szasz y Lerner, comps., 1998; Weeks, 1998). Aparece aquí la sexualidad como un instinto básico, universal y determinado por lo biológico: una anatomía y fisiología, que resultan en la posibilidad de tener ciertos deseos y prácticas sexuales. Sin embargo, esta sexualidad, aunque inherente al ser humano, se caracteriza de forma dicotómica: hombre/masculina o mujer/femenina (Navarro, 2016:12). De esta forma, los hombres se definen por tener mayores impulsos sexuales –en algunos casos violentos y competitivos– que, en tanto naturales, se presentan como incapaces de ser controlados, mientras que las mujeres tienen pocos impulsos sexuales, y éstos se dan en respuesta a las necesidades sexuales de los hombres, teniendo como telón de fondo el objetivo de la reproducción –de la especie–, por lo que, la única manifestación aceptada de la práctica sexual es el coito genital heterosexual. Con ello, cualquier otra manifestación se establece como perversa o antinatural<sup>14</sup> (Amuchástegui y Rodríguez, 2005:89).

El segundo enfoque desde el cual se aborda la sexualidad es el construccionista. En éste, la sexualidad es vista como un producto histórico y sociocultural que asume

---

<sup>14</sup> Al respecto, Amuchástegui y Rodríguez comentan: “Si antes del siglo XVIII lo natural era entendido como expresión de la obra de Dios, las ciencias humanas nacidas en el siglo XIX –en particular la psicología, la sexología y la psiquiatría– heredaron esta concepción traduciéndola a los criterios de normalidad y anormalidad” (2005:91), es decir, lo normal se aplica como criterio a partir del cual legitimar ciertas prácticas y discursos sobre el cuerpo y excluir otros.

configuraciones particulares de acuerdo con el contexto temporal y espacial (Navarro, 2016:18). Es decir, las emociones, deseos, y relaciones inter e intrapersonales se configuran con relación a la sociedad en la que se vive.<sup>15</sup> Para Weeks, de hecho, la sexualidad es uno de los elementos más susceptibles a conformarse a la organización sociocultural, en tanto que es a través de sus formas y organización que se configuran y crean las posibilidades eróticas de los cuerpos (1998:63). A partir de este segundo enfoque, en la presente investigación se entenderá por sexualidad la manifestación social y la vivencia subjetiva del deseo, la orientación, las prácticas y los placeres sexuales (Ariza y De Oliveira en Lerner y Szasz, coords., 2008; Weeks en Szasz y Lerner, comps., 1998), los que se ven atravesados por las categorías de lo femenino y lo masculino.<sup>16</sup> Así, cuando se piensa en la sexualidad, se piensa en cuerpos de hombres y mujeres, en sentimientos de atracción y deseo específicos, en conductas aceptadas e inaceptables (Weeks en Szasz y Lerner, 1998), entre muchos otros elementos.

La construcción social de la sexualidad se ha dado en un contexto de dominación masculina, donde se tiene como objetivo regular y controlar las capacidades reproductivas, productivas y sexuales de las mujeres (Herrera *et al.*, 2014:23), quienes no son vistas como sujetos de deseos sexuales (Amuchástegui, 2001), sino como objetos sexuales. Las mujeres aparecen como desautorizadas para sentir y expresar deseos sexuales, imaginar y realizar prácticas sexuales. En general, se invisibiliza su capacidad de dirección y decisión sobre su sexualidad, para situar el deseo y el erotismo fuera de su experiencia personal.

### **2.2.1 La sexualidad de las mujeres en el contexto mexicano**

Como se ha establecido en los párrafos anteriores, hablar de sexualidad desde una visión construccionista requiere caracterizar sus especificidades en tanto producto de un proceso

---

<sup>15</sup> Una visión construccionista de la sexualidad tiene como una de sus características principales la de cuestionar el carácter natural e inevitable de las prácticas y deseos sexuales (Amuchástegui, 2001; Weeks, 1998).

<sup>16</sup> Desde esta perspectiva se enfatiza que hablar de una sexualidad femenina o masculina es hacer referencia a un proceso sociocultural e histórico, y no a un hecho biológico natural y universal.

sociocultural e histórico. Para el caso de México,<sup>17</sup> es posible delinear algunas características de la forma en que se entiende y vive la sexualidad.

Hasta mediados del siglo XX, es posible encontrar que las mujeres mexicanas, tanto las de sectores rurales como urbanos, o las de clases medias, se rigen de acuerdo con las expectativas y los valores sociales del catolicismo. Esto se traduce en normas muy tradicionales que rigen la sexualidad, en especial la que se considera femenina.<sup>18</sup> Además, estas normas permiten dividir y clasificar a las mujeres mexicanas en dos tipos: las “buenas” y las “malas”. Con las primeras es confiable unirse conyugalmente para que sean las madres de sus hijos/as, ya que mostrarían interés en las relaciones sexuales sólo como un medio para la reproducción y no como un fin en sí mismo; de ahí que una de sus principales características sea la virginidad, considerada como señal de pureza y de abstinencia de los placeres carnales. Con las “malas” mujeres los hombres pueden “experimentar sexualmente” antes o durante la relación conyugal. Ellas muestran activamente sus deseos sexuales. (Herrera *et al.*, 2014; Szasz en Szasz y Lerner, comps., 1998).

De acuerdo con estas normas, el comportamiento sexual de las mujeres casaderas y casadas con los hombres debe ser restringido, es decir, no cabe la posibilidad de que exploren su cuerpo, y el placer sexual es considerado pecaminoso,<sup>19</sup> deben ser fieles y monógamas, respondiendo únicamente a los requerimientos sexuales de su pareja heterosexual como parte de su deber conyugal. Así, la práctica sexual para las mujeres es identificada y definida en términos de servir a su pareja conyugal a través del coito vaginal (Hirsch, 2003:211-214). Mientras tanto, los hombres poseen un impulso sexual incontrolable que debe ser satisfecho. Por lo tanto, pueden tener múltiples parejas sexuales –mujeres–, lo que los dota de un conocimiento del sexo intrínseco a su “naturaleza sexual” (Amuchástegui, 2001; Herrera *et al.*, 2014; Lerner y Szasz, 2008, tomo I). De esta forma, la entrega de la virginidad de una

---

<sup>17</sup> El México actual tiene como marco contextual el encuentro y coexistencia de lógicas múltiples de progreso (Amuchástegui, 2001:56-58), donde confluye el desarrollo industrial, procesos de urbanización y migración, nacional e internacional, nula visibilidad de las demandas de poblaciones rurales e indígenas.

<sup>18</sup> Cabe señalar que, si bien los discursos de la Iglesia Católica en algunas circunstancias se han llegado a considerar contradictorios o negociables, de forma general, hay un discurso tradicional normativo que se instaure como dominante y que se transmite a sus congregantes (Amuchástegui, 2001:88).

<sup>19</sup> Desde la visión católica, el cuerpo –la producción de placeres y sensaciones– es considerado un impedimento para alcanzar las virtudes espirituales que promete dicha fe (Amuchástegui, 2001:89).

mujer y el acceso a su cuerpo, se convierten en un capital que ellos poseen y con el cual negocian el acceso a ciertos recursos materiales o a una transformación de posiciones dentro del espacio donde se configura su actuar diario (Szasz en Lerner, 1998:85).

En la década de los noventa del siglo XX, se da una proliferación de estudios sobre la sexualidad en México, que muestran algunos cambios generacionales sustantivos en las normas hegemónicas sobre las prácticas sexuales.<sup>20</sup> Se registra un paulatino desplazamiento del modelo tradicional a un paradigma moderno sobre la sexualidad, atravesado por el ideal del amor romántico<sup>21</sup> en la pareja conyugal, incluso en las relaciones de noviazgo.

Así, aunque en México no ocurrió una “revolución sexual”<sup>22</sup> como la acontecida en los años sesenta en Estados Unidos y en parte de Europa, las nuevas posibilidades de control de la procreación, junto con ideas modernas sobre el amor romántico, permitieron la coexistencia prolongada de diversas normas y discursos, que van desde el tradicionalismo católico hasta nuevas formas que posibilitan el placer, el deseo y el erotismo en las relaciones monógamas heterosexuales,<sup>23</sup> incluyendo el autoerotismo y una gama de prácticas sexuales que buscan el disfrute y el placer sexual de ambas partes (Hirsch, 2003; Lerner y Szasz, 2008, tomo I; Núñez, 2013).

Las ideas modernas sobre el amor romántico en pareja describen un vínculo o lazos conyugales basados en la satisfacción sexual mutua: intimidad, placer sexual y comunicación (Hirsch, 2003:209). La base es la confianza y el compañerismo, la aceptación y promoción de las prácticas eróticas, el deseo y placeres sexuales; la integración entre la sexualidad y el amor romántico moderno en la relación de pareja implica la elección y el consentimiento

---

<sup>20</sup> Por ejemplo, el uso del condón, así como la primera relación sexual de mujeres a edades más tardías, de zonas más urbanas y con mayor escolaridad (Szasz en Lerner 1998:86).

<sup>21</sup> Un tipo de amor que fue fundamentalmente feminizado, y que tradicionalmente presentaba la conquista del hombre aparentemente viril e ¿intratable? y que, una vez conseguida esta relación amorosa, sería para siempre (Giddens, 1998:31). La romantización e idealización del amor también implicó que las relaciones sexuales se definieran cada vez más en términos de los derechos de él y la obligación sexual de ella (Wouters, 2016).

<sup>22</sup> Para algunos autores (Herrera *et al.*, 2014:24), la revolución sexual produjo cambios significativos en los sistemas de relación de dominación simbólica y objetiva de hombres sobre mujeres -de lo masculino sobre lo femenino-, al separar el aspecto reproductivo y sexual, sin embargo, esto no significó el fin de dicha dominación.

<sup>23</sup> También se abre paulatinamente la posibilidad de hacer visibles las expresiones sexuales en relaciones homosexuales, entre otras.

mutuo y excluye elementos de violencia y obligación (Hirsch, 2003:230). Se acepta que las mujeres son sujetos y no solo objetos sexuales, pero, a diferencia de los varones, dentro de una relación de compromiso.

### **2.2.1.1- El vínculo de pareja**

La forma socialmente aceptada de vivir la sexualidad para las mujeres es a través de un vínculo de pareja conyugal, donde son los hombres, principalmente, quienes tienen necesidades sexuales, mientras las mujeres atienden esas necesidades en su carácter de esposas o pareja. Es decir, el vínculo de pareja entre una mujer y un hombre es una relación entre sujetos genéricos con concepciones, pensamientos y credos específicos que implican formas jerárquicas de relacionarse en áreas como el amor, la sexualidad y el trabajo, en sentido general. Además, Núñez encuentra que en este tipo de relaciones (2007:142) las mujeres desempeñan la labor de “atender”, en tanto los hombres tienen la tarea de “mantener”. Ambas cuestiones pueden parecer equitativas, pero esconden una desigualdad, tanto en la división del trabajo como en el ejercicio de la sexualidad.

Esta conceptualización de los papeles sociales que les corresponden a mujeres y a hombres, de forma diferenciada y complementaria, en cada área de sus vidas, es un ejercicio de poder en sí: las mujeres atienden a su familia y a su casa y, en la intimidad, también atienden a su esposo; en tanto, los hombres mantienen económicamente a su hogar y a su familia, mientras, sexualmente, son quienes inician y guían la práctica sexual que se realiza en el cuerpo de su mujer (Núñez, 2007:160). De esta forma, hay una configuración de significados respecto de ser mujer y ser hombre dentro de la sociedad mexicana que, no obstante, se encuentra en tensión y experimentando cambios en niveles diversos.

La sexualidad como proceso social es atravesada por concepciones de feminidad y masculinidad –género–, que norman la vida sexual de mujeres y hombres, y legitiman relaciones de poder en las que las mujeres, en la mayoría de las ocasiones, ocupan posiciones de desventaja y casi nula apropiación de su sexualidad.

Ante lo expresado hasta este momento, cabe preguntarse qué configuración de la sexualidad, el cuerpo, las normas de género y la pareja, experimentan las mujeres a partir del CaMa.

## CAPÍTULO 3: ACERCAMIENTO METODOLÓGICO

El presente capítulo tiene como finalidad exponer las herramientas metodológicas que se utilizaron durante el trabajo de campo, así como describir un breve perfil de las participantes de esta investigación. Concluye con una reflexión en torno a los desafíos que se encontraron durante este proceso y la forma en que permitieron enriquecerlo.

### 3.1.- Contexto general

Partiendo del objetivo general de analizar la experiencia de la sexualidad de mujeres que fueron diagnosticadas con CaMa, el proceso de investigación se situó en la Ciudad de México y en la de Puebla, en tanto lugares que, como veremos, representan dos contextos socioculturales diferentes donde dichas experiencias adquieren ciertas particularidades. En este sentido, se pretende destacar que las diferencias regionales (procesos socioeconómicos y culturales) conllevan la construcción de formas diferenciadas de ser un hombre o una mujer (Hernández, 2012:27).

Específicamente, la Ciudad de México se caracteriza por ser una metrópoli donde las organizaciones y movimientos sociales, en alianza con instituciones diversas, han llevado a discutir aspectos culturales que trastocan las prácticas cotidianas relativas al género y la sexualidad. Por un lado, leyes como la figura legal de “Sociedades de Convivencia” y la Interrupción legal del Embarazo (ILE) dan pauta a procesos de “deconstrucción de los mandatos culturales que tiñen las relaciones de género” (Lamas, 2014:61); y por el otro, instituciones interesadas en replicar las demandas de la sociedad civil, así como dar respuesta a sus necesidades, confluyen en una ciudad que se destaca por un proceso de “modernidad y secularización inacabado” (Ubaldi, 2008:71).

La complejidad de la Ciudad de México se enmarca en una situación sociodemográfica específica: con un total de 8,918,653 habitantes, ocupa el segundo lugar nacional en lo que se refiere al tamaño de la población, de la cual, el 8.8% se considera

indígena y 1.8% afrodescendiente. En lo relativo al nivel educativo, para el 2015, de cada 100 personas en la entidad: 39 tenían educación básica, 27 media superior y 32 superior; datos que permiten establecer que 98 de cada 100 personas de 15 años y más de edad están alfabetizadas (INEGI, 2016a:16). Para marzo de 2016, la población alfabetizada de 15 años y más dividida por sexo, estuvo representada por 46.93% de hombres y 53.07% de mujeres<sup>24</sup>.

Por su parte, Puebla, una ciudad cuyo territorio reúne sitios religiosos considerados relevantes tanto por su historia como por el fervor de la gente que los visita, y que experimenta un crecimiento industrial basado en la industria automotriz, representa, a primera vista, una “ciudad ritual”, en tanto que facilita la “expresión e interacción intensa de sus habitantes” en torno a la celebración de rituales tanto religiosos como seculares-políticos-cívicos (Licona, 2003:90). Sin embargo, el que, a lo largo del tiempo, haya sido estereotipada como una “sociedad conservadora” no hace justicia al cambio cultural que viene experimentando en los últimos años: manifestaciones en pro de la diversidad sexual, la exigencia del derecho al aborto, la denuncia de la violencia obstétrica. Lo que se puede observar en esta ciudad es una tensión entre prácticas y discursos que pugnan por una sociedad conservadora y otras que van en sentido opuesto.

Los procesos antes descritos se enmarcan en un contexto sociodemográfico específico. La ciudad de Puebla es uno de los 217 municipios que integran el estado de Puebla. Esta entidad, en el año 2015 tuvo un total de 6,168,883 personas, por lo que ocupó el quinto lugar a nivel nacional (INEGI, 2016b:12); además, el 35.3% de sus habitantes se consideran indígenas y el 0.1% afrodescendiente. En lo que respecta al rubro de educación, de cada 100 personas en el estado, 56 cuentan con el nivel básico, 19 medio superior, 17 superior y 8 carecen de algún tipo de escolaridad (INEGI, 2016b:16). En lo correspondiente a la población alfabetizada de 15 años y más dividida por sexo, al mes de marzo de 2016, se conformó por un 47.71% de hombres y un 52.29% de mujeres.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> El porcentaje restante corresponde a tanto a la población analfabeta (1.48%) como a el rubro no especificado (0.79%) (INEGI, 2016c:224).

<sup>25</sup> En tanto, la población analfabeta es de 8.32% y 0.83% aparece como no especificado (INEGI, 2016d: 464).

Lo expuesto no agota las características de los contextos socioculturales en los que viven las mujeres que han padecido CaMa, pero permite mostrar el panorama general y las normas culturales en las que se configura la experiencia de su sexualidad. La Ciudad de México, es una metrópoli que ofrece una variedad de servicios públicos y privados a sus habitantes, así como de discursos sobre la sexualidad, que pueden considerarse liberales, por ejemplo, a través de la interrupción legal del embarazo o de la Ley de Sociedades de Convivencia. La ciudad de Puebla, por su parte, es considerada como una metrópoli en desarrollo, y dista de la Cd. de México en cuanto a la apertura a otros discursos sobre las prácticas sexuales y el ejercicio de los derechos de las mujeres. Por el contrario, se piensa como un lugar donde impera un discurso católico conservador.

### **3.2.- Diseño metodológico**

Para lograr un acercamiento a las formas en que las mujeres con CaMa experimentaron su sexualidad en ambos contextos, se utilizó una metodología con enfoque cualitativo, poniendo énfasis en captar el sentido que las mujeres “daban a sus actos, sus ideas y al mundo que les rodea” (Delgado en Blazquez, Flores y Ríos, coords., 2010:199). Es decir, se buscó visibilizar la experiencia de las sujetas, en este caso mujeres que padecieron esta enfermedad, y con ello explorar las maneras en que vivieron los cambios corporales y su sexualidad a partir de la misma.

Para tal fin, la técnica principal de recopilación de información que se utilizó fue la elaboración de entrevistas autobiográficas narrativas (Appel, 2005:5), con el propósito de captar el discurso de las participantes sobre sus vivencias a partir del eje sexualidad-feminidad-enfermedad. Así, al narrar el proceso de enfermedad, las mujeres se posicionaron -de forma consciente o inconsciente- como parte de un conjunto de relaciones e interacciones sociales donde sus prácticas se dotaron de sentido.

La guía de preguntas que se utilizó para orientar la entrevista respondió a tres objetivos: 1) explorar las formas en las que las participantes vivieron el diagnóstico y el tratamiento contra el cáncer de mama; 2) identificar si para las participantes había una

diferencia en la experiencia de la enfermedad por el hecho de ser mujeres; 3) explorar los significados que los cambios corporales tuvieron o tienen para las participantes, en relación con la vivencia de su sexualidad.

Además, el desarrollo de esta técnica estuvo acompañado de notas de campo, entendidas como registros específicos de lo que se observó y se escuchó, así como de las impresiones que surgían durante el trabajo de campo. De forma particular, estas notas de campo sirvieron para describir los contextos de interacción, por ejemplo, los espacios donde se hicieron las entrevistas, los recorridos hechos, las personas que participaron, sus gestos, reacciones corporales/emocionales, entre muchos otros elementos.<sup>26</sup>

También se realizaron grupos de discusión a través de los cuales fue posible un acercamiento a los discursos sobre el cuerpo y la enfermedad, y a los imaginarios compartidos sobre las preocupaciones familiares y de pareja que viven las mujeres cuando son diagnosticadas con CaMa. Esta técnica de investigación se convirtió para ellas en un espacio para expresar sensaciones que creían individuales y que, en el desarrollo de la misma, terminaban siendo sentimientos, representaciones o inquietudes compartidas, en la mayoría de los casos.

### **3.3.- Criterios de selección de la muestra**

Considerando que la experiencia de la enfermedad varía radicalmente dependiendo del momento y la situación específicos en los cuales se encuentra la persona, se decidió utilizar los siguientes criterios de selección de la muestra: a) mujeres que, como parte del tratamiento contra el CaMa, hubieran requerido una mastectomía. b) mujeres cuya última sesión de quimioterapia o radioterapia hubiera tenido lugar 5 meses o más antes de su selección como participantes, esto con el objetivo de brindar una aproximación a la experiencia de la sexualidad y del género en retrospectiva.

---

<sup>26</sup> Los mecanismos de contacto que se utilizaron en esta investigación se abordarán más adelante.

El tamaño de la muestra respondió al criterio de saturación teórica, es decir, cuando la inclusión de otro caso ya no aportó datos nuevos a la investigación. En este sentido, aunque la edad no se consideró como un elemento para la selección de las participantes, sí resultó un elemento relevante a considerar en la configuración de distintos momentos biográficos (Hernández, 2011; Quiroz, 2004) desde los cuales las mujeres viven su sexualidad, su género y lo que llegan a significar aspectos como la reproducción, el placer, la familia y el amor, entre otros.

### **3.4.- Mecanismos de contacto con las participantes**

El contacto con las participantes se estableció por dos vías. En la Ciudad de México, se logró a través de una asociación no gubernamental sin fines de lucro: CIMAB. Esta institución tiene como misión “contribuir a la disminución de la mortalidad por cáncer de mama en México, a través de cuatro líneas de acción: educación, información, servicios a pacientes e incidencia en Políticas Pública”.<sup>27</sup> Trabajar con mujeres que asistían a esta institución fue posible gracias a la encargada del área de proyectos. Ella desempeñó un papel primordial, puesto que no sólo me permitió hacerles la invitación a las mujeres que asistían al grupo de apoyo, el cual se realizaba cada miércoles por la mañana en sus instalaciones, sino que también me invitó a asistir a dicho grupo.

Este hecho fue fundamental en la medida en que, al momento de las entrevistas, ya no era un agente extraño queriendo saber aspectos de su vida, sino una persona interesada en su experiencia, con la cual, de una u otra forma, ya habían compartido un espacio<sup>28</sup>. Al respecto, saludarlas de beso en la mejilla y por su nombre en las sesiones del grupo de apoyo, me permitió un primer contacto: un saludo que se volvió una forma de interacción familiar, donde nombrarnos era la primera señal de que estábamos ahí, compartiendo ese momento.

---

<sup>27</sup> Información tomada del sitio web de CIMAB fundación: [www.cimab.org](http://www.cimab.org).

<sup>28</sup> Es decir, esta acción de acudir a los grupos de apoyo constituyó una “estrategia para interactuar” (Taylor y Bogdan, 1987:39).

Los espacios donde se realizaron las entrevistas –en la Ciudad de México– fueron las instalaciones de la asociación de apoyo a mujeres con CaMa, así como algunos cafés del centro de la ciudad. De manera general, los horarios en que se llevaron a cabo estos encuentros fueron propuestos por ellas, tratando de respetar sus actividades diarias.

Para el caso de la ciudad de Puebla, el conjunto de participantes de la investigación se contactó por medio del Hospital General Zona Norte (HGZN), donde se atiende a las personas que cuentan con Seguro Popular. Es decir, el hospital provee el acceso a la salud a sectores de la población mexicana en general y de Puebla en particular que, a causa de los escasos ingresos económicos o a falta de otro tipo de seguridad social, no podrían costear la consulta, estudios de laboratorio o tratamientos.<sup>29</sup> En lo que respecta al CaMa, el tratamiento se considera como gratuito y está garantizado a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Sin embargo, debido al gran tamaño de la población a la que el HGZN provee servicios, el tiempo de espera para la consulta y la realización de los estudios correspondientes es considerable; por esta razón, en algunos casos, las/los derechohabientes costean algunos estudios con dinero de su propio bolsillo.

En el HGZN, el acercamiento a las posibles participantes se realizó en la sala de espera de la Clínica de mama, donde a partir de una plática sobre el tiempo de espera para pasar a su consulta, yo podía comenzar un diálogo que finalizaba con expresar la razón por la cual me encontraba ahí -mi tema de investigación. Esta estrategia me permitía concretar encuentros posteriores en lugares públicos como cafés o en el propio hospital.

### **3.5.-Caracterizando la muestra<sup>30</sup>**

En lo que respecta a la muestra, para el caso de la Ciudad de México, ésta quedó conformada por nueve mujeres, de las cuales cinco estaban casadas, dos separadas, una divorciada y una era madre soltera. En relación con la edad, el rango fue de 43 a 67 años. Mientras la actividad

---

<sup>29</sup> No obstante, hay ocasiones en que la póliza con la que se aseguran las personas sólo cubre parcialmente el costo de los estudios, intervenciones, tratamientos o rehabilitaciones, por lo cual, la persona afiliada asume la otra parte del costo.

<sup>30</sup> Ver anexo.

económica a la que se dedicaban variaba: pensionadas, trabajadoras por su cuenta, empleadas y, en general, todas desempeñaban el trabajo de amas de casa.

En la ciudad de Puebla, se entrevistó a siete mujeres de las cuales cuatro eran casadas, una soltera y dos separadas. Estas mujeres, al igual que las de la Ciudad de México, se dedicaban a actividades diversas: vendedoras, empleadas y amas de casa. En lo que respecta a la edad, abarcaba un rango de 47 a 51 años.

Una característica compartida por las participantes de la investigación fue que, al momento de ser contactadas y realizárseles la entrevista, ninguna estaba en proceso de quimio o radioterapia, lo que permitió ver esta parte del tratamiento en retrospectiva y como parte de una experiencia pasada.

### **3.6.- El trabajo de campo con mujeres: hablando de sexualidad y enfermedad**

El trabajo de campo realizado durante los meses de mayo-octubre de 2017, requirió situarme como mujer joven, investigadora interesada en un tema que aún hoy puede considerarse tabú: la sexualidad; además, durante un proceso de enfermedad que marca la vida y los cuerpos de las personas, como lo es el CaMa. Así, una de las primeras preguntas sobre la cual reflexioné fue: ¿Cómo hablar de su sexualidad con mujeres que, a pesar de estar en una etapa de la enfermedad donde el CaMa está relativamente controlado, la incertidumbre de que vuelva a aparecer es una constante en sus vidas?

Para abordar el tema de la sexualidad de las mujeres que participaron en el estudio, fue necesario, por un lado, promover un ambiente de confianza y seguridad, darles su tiempo para hablar y compartir su experiencia conmigo como investigadora y así aceptaran que lo que me movía a platicar con ellas era la realización de un estudio científico y no alguna otra cuestión que pudiera ser interpretada como morbo. No por ello dejaron de existir muestras de aprecio o empatía: apretones de mano me hacían recordar que esas mujeres se encontraban compartiendo parte de su vida y, por lo tanto, cada palabra iba llena de significados.

Por otro lado, fue necesario poner especial atención a frases de su relato que me permitían ahondar en experiencias más personales, por ejemplo: “yo no ocupaba blusas de tirantitos porque sentía que todos me veían”, o “me siento incompleta como mujer” ante la falta de un seno. A través de este recurso fue posible pasar a cuestiones más particulares de la enfermedad como un problema que marca la vida de las mujeres, y las formas precisas en que lo hace: la relación con la pareja, las emociones que experimentan al probarse ropa, etc.

No obstante, conforme pasaba el tiempo, las entrevistas tomaban forma de diálogos, donde ellas se sentían con la libertad de preguntarme lo que pensaba. Me cuestionaban: “¿tú qué piensas sobre...?”, “¿hice mal?”, entre otras cosas. En esos momentos dudaba sobre lo que iba a responder: “¿lo tomará a mal?”, “¿y si digo esto y ya no continúa platicando?”. No obstante, a pesar de la incertidumbre, las entrevistas visibilizaron procesos, eventos significativos, y detonaron reflexiones profundas sobre la experiencia de la sexualidad de estas mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Este tipo de interacción entre las participantes y yo, como otra persona con un criterio propio, da cuenta de cierta “relación de empatía” entre ellas y yo, lo que, en palabras de Delgado, permite “una constante retroalimentación de lo interpretado” (Blazquez, Flores y Ríos, coords., 2010:199).

Así, en ciertas ocasiones, caminando junto a las participantes rumbo al lugar de la entrevista o al inicio de nuestros encuentros, entablé pláticas triviales con preguntas sobre su estado de ánimo, el clima, y otros temas que lograron un efecto de familiaridad entre ellas y yo. Esas conversaciones sacaron a flote los distintos contextos socioeconómicos en los que participan, como se aprecia en el siguiente fragmento, extraído de las notas de campo en la Ciudad de México: “antes de iniciar la entrevista, Ruth y yo nos encontramos sentadas en la sala de espera del edificio donde tiene su departamento. Una sala lo bastante amplia como para servir de mini salón donde celebrar eventos especiales como cumpleaños o reuniones con amigas/amigos. Sus paredes blancas y un piso de azulejo color hueso dan la impresión de pulcritud e intimidad, al parecer, es un espacio privilegiado para platicar, lejos del tumulto de la Ciudad de México, y al mismo tiempo en interacción con ella, a través de los vidrios que permiten ver el caminar de la gente. Después de un breve saludo y de preguntarnos mutuamente ¿cómo estamos?, Ruth comienza un proceso de reflexión: *Yo sé que soy*

*privilegiada, que mi situación no es igual a la de varias compañeras [del grupo de apoyo en Cim\*ab], por ejemplo, la situación de Perla no sólo es la enfermedad, sino los gastos [...], ella no tiene los recursos económicos para pedir una segunda opinión médica o para medicamentos [...], ella trabaja y no gana mucho. En cambio, pienso, y doy gracias a Dios, porque tengo dónde vivir, y que, aunque no es mucho el dinero que tengo, no debo preocuparme por ese tema; estoy recibiendo tratamiento y ahí voy”.* [12 de julio de 2017].

Como lo observa Ruth, el CaMa es una enfermedad que adquiere ciertas especificidades dependiendo de la situación socioeconómica de las mujeres –y hombres– que lo padecen. Esto sucede así porque, en gran medida, los recursos económicos limitan o permiten el acceso a la salud, tratamientos, entre otros aspectos.

Finalmente, el trabajo de campo representó un proceso de aprender y desaprender como investigadora y persona, de entender que el relato que las participantes proporcionan tiene matices y contradicciones y que, sobre todo, el papel de la investigadora es el de escuchar atentamente y con respeto a ese otro ser humano que ha decidido compartir su experiencia pues, con ese acto, ya somos parte de ésta.

## **CAPÍTULO 4: ACERCAMIENTO A LAS NARRATIVAS: EL CÁNCER DE MAMA, EL GÉNERO Y EL CUERPO**

El eje de este capítulo es el análisis del diagnóstico de la enfermedad, no como un tema separado de la sexualidad de las mujeres que padecieron cáncer de mama (CaMa), sino en su relación con la dimensión de un cuerpo sexuado y la forma en que comienza a vivirse a partir de la enfermedad, desde sus narraciones.

### **4.1.- Cuando oímos ‘cáncer’**

El diagnóstico de cáncer de mama constituye un punto de inflexión (Castillo *et al.*, 2012) en la vida de las mujeres entrevistadas. Un momento en el que algunas certezas con respecto a la salud y a la vida se cuestionan, dando paso a la incertidumbre total por lo que viene: ¿qué pasará con su familia?, ¿qué pasará con ellas? En especial, por la posibilidad de muerte que representa el CaMa, ya que suele ser diagnosticado en etapas avanzadas, reduciendo así las probabilidades de recibir tratamiento, o que éste tenga un resultado eficaz. Al respecto, algunas participantes comentan:

“[...] cuando oímos ‘cáncer’, la verdad, la verdad toda la gente, yo, en lo que a mí respecta, yo pienso que pues a toda la gente, con perdón de la palabra, pues se nos bajan los calzones cuando oímos la palabra cáncer, y más si estamos diagnosticadas.

[...] como todas las personas sabemos que, al mencionar la palabra cáncer, este pues nos quedamos asombradas y esperamos la zozobra de qué va a pasar con nuestras vidas.” [Pamela, 62 años, Cd. de México].

“Yo lo primero que pienso [cuando recibió el diagnóstico] es que me voy a morir, que no voy a tener solución en cuestión de la enfermedad... no lo voy a resistir, no lo voy a pasar, me voy a morir.” [Ana, 47 años, Cd. de Puebla].

“No pues ahora sí que como dicen, cuando te dan un diagnóstico de esta enfermedad es pues me voy a morir. Pues escucha uno que mucha gente se muere de esto [cáncer de mama] porque desgraciadamente como es muy silencioso no se detecta a tiempo.” [Coral, 48 años, Cd. de Puebla].

Socialmente, la palabra cáncer representa todo un conjunto de significados sobre lo difícil y complicado que llega a ser esta enfermedad, la reducción de la expectativa de vida cuando se detecta en etapas avanzadas y la forma en que todo esto puede afectar su vida: su hogar, sus actividades, su día a día. En el caso de las participantes, el cáncer ya no es una palabra ajena a ellas, sino el diagnóstico que han recibido, una enfermedad que ahora tienen que enfrentar.

Pero en especial, el gran temor que se hace presente en la mayoría de los casos es la muerte, ya que si bien la posibilidad de morir es algo presente en la vida de cualquier persona (Nagel, 1979:19), con el diagnóstico de CaMa la muerte ya no es sólo una de tantas posibilidades, sino un evento que puede pasar en cualquier momento. La muerte como un mal que llega sin aviso y que arrebató bienes -como la familia, el amor, la salud y el dinero- que cada persona ha conseguido a lo largo de su vida, de acuerdo con su situación espacial y temporal específica (Nagel, 1979:27). Es decir, la posibilidad de morir irrumpe y desestabiliza su vida diaria: familiar, conyugal, laboral, social, etc.

En este sentido, las emociones y pensamientos que se presentaron en las mujeres diagnosticadas en ambas ciudades giraron en torno a las posibilidades de supervivencia y en lo que les deparaba el futuro, entendido como las acciones que se llevarían a cabo para detener y acabar con la enfermedad<sup>31</sup>: si el tipo de cáncer aún podía ser tratado, qué tan fuerte sería la quimio y/o radioterapia y qué pasaría con su familia. Se trata de un periodo de constantes preguntas, desde *¿por qué a mí?*, hasta *¿qué voy a hacer?* y *¿qué sigue?* Al respecto expresa Inés:

“Yo decía: ‘cáncer es igual a muerte’, yo me preparé para morir. ¿Cómo me preparé? Hice mi testamento y les dije a ellos [sus hijos] donde estaban mis cosas [papeles y objetos de valor], cómo iban a heredar, cómo está mi cuenta en el banco, cómo están los beneficiarios, los papeles del panteón porque también compré un lugar en el panteón. Yo estaba lista para morirme.” [60 años, Cd. de Méx.].

---

<sup>31</sup> En el apartado 4.1.2 del presente capítulo se ahondará sobre este aspecto.

Es decir, la ansiedad por la enfermedad se entrelaza con la preocupación por los seres queridos, por no dejarles o causarles problemas durante o por la enfermedad. Así, en el caso específico de Inés, no sólo pensaba que podría morir, sino los inconvenientes que este hecho podía ocasionar en su familia; por ello, comenzó a organizar su vida: hacer su testamento, nombrar a los beneficiarios, disponer de sus bienes, para que cuando sucediera su muerte, todo lo que ella había dispuesto se cumpliera. Sin embargo, hay algunos otros casos en los que la preocupación por los seres queridos recae, no en la forma en que se distribuirán los bienes económicos, sino en la manera en que los gastos producidos por la enfermedad afectarán la economía de la familia:

“Pues porque no te lo esperas. No te esperas que te den una noticia así, fue difícil de asimilar. Y esto más bien nosotros pues somos de escasos recursos y pues ponle, te dan una noticia así, pues tú piensas: ‘Pues cómo lo vas a enfrentar si no tienes dinero’, si, o sea, no tienes recursos [económicos] para enfrentarlo.” [Coral, 48 años, Cd. de Puebla].

Es decir, el CaMa más que recibir una mala noticia, implica vivir incertidumbre respecto a lo que pasará con su vida, con sus seres queridos y con la economía familiar, en especial por los gastos imprevistos -traslados, estudios clínicos, comidas fuera de casa- que surgen con la enfermedad. De esta forma, la angustia que las mujeres participantes expresaron tener sobre su vida se entrelazó con la preocupación por la vida de sus seres queridos, por su economía y bienestar.

En especial, el ser madre de hijas o hijos que están estudiando y/o que aún no tienen a su propia familia es un tema que aflige a las mujeres diagnosticadas con CaMa. Es parte de las primeras preocupaciones que ellas expresan haber sentido:

“Y lo primero que piensas es pues me voy a morir, mis hijas se van a quedar solas. Todavía les hago falta, están... pues no tan chicas, pero aun así les hago falta todavía. [Respira profundo] Porque todavía no son independientes ni mucho menos, ellas tienen que estudiar, trabajar y tener su familia.

[...] yo siento que ya lo único que pido es que mis hijas se realicen.” [Coral, 48 años, Cd. de Puebla].

En el pequeño fragmento del relato de Coral, mujer casada con dos hijas en la universidad y una en la secundaria, sale a la luz su preocupación por el futuro, no sólo de ella, sino de sus hijas, a quienes considera todavía dependientes de ella, de su madre, esta figura que representa sabiduría, amor y apoyo incondicional a sus hijas/os, en contraposición al padre, de cuya capacidad de cuidado y atención en algunos casos se desconfía.

“Yo le pedí a mi esposo que si me pasaba algo que me prometiera que enviaría a mis hijos a un internado... que él podría rehacer su vida y que él estaba en su derecho, pues es hombre [lo dice de forma un tanto resignada], pero que me prometiera que los metería al internado para que ahí recibieran educación y los cuidados que él no podría darles. A veces ellos se vuelven a casar y la nueva esposa no quiere a los hijos con los que viene y los trata mal, no los cuida. Yo no quería eso para mis hijos, yo quería saber que ellos estarían bien.” [Bertha, 47 años, Cd. de Puebla].

El ser madre es un eje constitutivo de la forma en que las mujeres se ven a sí mismas, de su identidad, ya que, a diferencia de los hombres, quienes pueden anteponer sus deseos e intereses a la paternidad, las mujeres son, por sobre todas las cosas, madres. En este sentido, el relato de Bertha nos habla de la preocupación materna que la invadía al pensar que, si ella moría, sus hijos quedarían desamparados, sin cuidados y sin amor. Y es que, en la cotidianidad, hay representaciones genéricas del ser mujer en las que la maternidad se presenta como su labor principal: brindar cariño, cuidados y abnegación, una tarea a partir de la cual las mujeres reciben reconocimiento social, en una escala donde se puede ubicar a las buenas y las malas madres.

En tanto, los hombres, dentro del conjunto de representaciones de género, ostentan un estatus de independencia, aunque con determinados deberes como el de proveer: son la persona que sale a trabajar, que busca el sustento económico para su familia. Por ello, aunque Bertha aceptaba que su esposo podía rehacer su vida porque *es hombre*, también esperaba que él pusiera a sus hijos en un internado cumpliendo, así, con su papel de proveedor. Al mismo tiempo en sus palabras se advierte una posición de sacrificio, en la que no demanda al hombre el cumplimiento de sus responsabilidades como padre, sino que asume que buscará a otra mujer para que lo cuide. El estereotipo de género muestra al varón como irresponsable e infantil, dominado también por las mujeres (la nueva esposa no va a querer a sus hijos y los va a maltratar).

Por otro lado, ante la posibilidad de muerte que representaba el CaMa, algunas mujeres cuyas hijas e hijos ya tenían su propia familia -estaban casadas/os, en unión libre o/y con hijas/os-, se mostraron con cierta serenidad, alivio y seguridad porque en su papel de madre, cumplieron su objetivo: educaron y formaron a sus descendientes para que logaran fincar su porvenir propio fuera del seno materno. Al respecto, Reyna expresa:

“Yo solamente le pido a Dios: ‘Mira señor, yo el día que tú decidas, si en este momento dices que ya... yo estoy lista. Gracias por todo lo que me has dado, porque me diste más de lo que merecía’.

[...] o sea, estoy lista porque mira, mi hija ya está, ya tiene su título, tiene su familia; mis papás que en un momento dado me hubiera preocupado, ahora ya no están, ya ellos están en otro lado mejor [han muerto].” [61 años, Cd. de Méx.].

La realización personal de las mujeres, en algunos de los relatos obtenidos se encuentra, ante todo, en el buen desempeño de su papel como madre: el cuidado y protección de sus hijas/os, y el darles herramientas para su desempeño en el mundo actual, en el caso específico de Reyna es el título de nivel licenciatura que obtiene su hija, y el que ella tenga su propia familia, lo que le da cierta tranquilidad y seguridad para sentir y decir que no tiene ningún pendiente, y que si muere, lo hará tranquila.

De forma general, ante el diagnóstico de CaMa las mujeres entrevistadas no sólo experimentaron la preocupación de morir, sino que ésta se articuló con su forma de vivir el género, en especial, con su papel de madres, mostrando así una preocupación desmedida por sus hijas/os –si aún no tenían trabajo y si estaban casados, o si continuaban estudiando–, o cierta tranquilidad –en los casos en que sus hijas/os ya tenían su propia familia o/y su trabajo. Así, la inquietud y temores que sintieron estas mujeres, no sólo fueron producto de la posibilidad de muerte, sino que tanto habían cumplido su papel de madre, que como mujeres les toca desempeñar hasta el último momento.

#### 4.1.1- *Yo lo que quería era que cuanto antes me quitaran el seno: el tratamiento*

El tratamiento<sup>32</sup> –opciones que médicamente se le presentan a la persona enferma para contrarrestar, aminorar o detener una enfermedad– representa otro aspecto relevante que analizar, puesto que, en esta parte del proceso las mujeres van negociando significados respecto a la enfermedad, su ser mujer y el cuerpo. De esta forma, el posicionamiento de las mujeres diagnosticadas no es sólo ante el CaMa en general, sino ante la forma en que serán tratadas. Expresa Tina:

“Bueno, en parte a lo mejor sirvió que me hiciera los estudios cada año porque se me detectó a tiempo y nada más me dieron cuatro quimioterapias. Y aparte el doctor me dijo, cuando me operó: ‘Le quito si quiere un cuadrante [...] pero es mejor que se lo quite todo’; y cuando me hicieron la biopsia de la axila me dijo la doctora:

—‘¿Ya habló con el doctor Rodríguez?’

—‘Sí’

—‘¿Qué le comentó?’

—‘Que es mejor que sea completa’

—‘Sí, yo también le recomiendo que sea completa porque es más seguro.’

Hay muchas mujeres que se han quitado un cuadrante y si no les hacen una buena operación [...] corres el riesgo de que no te hayan quitado todo y finalmente te vuelve a dar en el mismo seno.” [55 años, Cd. de Méx.].

Es decir, las mujeres que acuden a las instituciones de salud ante la sospecha de que padecen CaMa -en ambas ciudades-, entran en una relación de poder en la cual el personal médico está dotado de legitimidad, ya que sus conocimientos están aprobados por la comunidad científica, lo que, a su vez, le da autoridad social frente a la toma de decisiones sobre la enfermedad, sobre el cuerpo y sobre el sujeto. Se dan así relaciones de poder complejas entre el/la doctor/a y la paciente, donde los conocimientos médicos representan un saber y, por lo tanto, un privilegio (Foucault, 1998:6), y es a partir de ese privilegio desde donde la/el médico se posiciona.

Por lo tanto, aunque en la experiencia de Tina existiera la posibilidad de que su tratamiento –aparte de las quimioterapias– fuera una cirugía por medio de la cual sólo se le

---

<sup>32</sup> El diagnóstico de CaMa –en la mayoría de los casos– va acompañado de un tratamiento que, dependiendo del tipo de cáncer y del daño que haya provocado en otros órganos, puede ser integrado de forma muy general por quimioterapias, radioterapias y mastectomía.

retirara un cuadrante de la mama, la opinión de los/as médicos/as junto al objetivo de terminar con la enfermedad, influyó para que aceptara la mastectomía completa desde el inicio. Lo importante era detener el avance del CaMa:

“[...] Y mira, acá estoy en el hospital [me muestra una foto en su celular], yo bien feliz, bien contenta como si de veras [ríe], bueno, la verdad es que sí, yo lo que quería era que cuanto antes me quitaran el seno, porque yo lo asemejaba como si fuera un *aliens* que por dentro me estuviera comiendo, porque yo sabía que las células trabajan a destajo: día y noche, todo el tiempo, entre más minutos, segundos, horas, días, meses pasen, si te iban a dar 4 quimios, entre más tiempo pase, te dan 8 y además te dan radiaciones.” [Tina, 54 años, Cd. de Méx.].

Una vez que se ha detectado el CaMa, las primeras consultas son momentos donde se decide la forma de detener el avance de la enfermedad, donde en el mejor de los casos, las mujeres tienen la oportunidad de considerar los pros –detener el CaMa, un tratamiento corto o menos invasivo–, y los contras –permitir el avance de la enfermedad en su cuerpo y la muerte–, de practicarse la cirugía. Sin embargo, el discurso médico que les presentó la intervención quirúrgica, mastectomía, como la forma más adecuada y viable de detener la enfermedad e incrementar su esperanza de vida, fue el mismo que omitió informar sobre las consecuencias que acompañaban esta operación, por ejemplo: la necesidad de requerir fisioterapia, la utilización de una manga especial para el brazo de donde se extrajeron los ganglios, hasta posibles enfermedades como el linfedema.

“Nunca me dijeron en diagnóstico claro, y [...] Entonces, pues desde ese día yo me quedé, pues espantada porque a mí nunca me habían dicho que también [le iban a quitar la mama], yo pensé que nada más iban a ser mis ganglios y que al fin de cuentas, cuando abrieron y fue la operación, este, me quitaron 14 ganglios y mi seno.” [Pamela, 62 años, Cd. de Méx.].

“Los doctores no te dicen nada, lo que quieren es consultarte y ya. Por ejemplo, cuando me dieron la noticia [de que tenía CaMa], me dijeron que me iban a operar [quitar la mama] y después de eso no me dijeron si tenía que tener cuidados especiales, ni más información. Además, yo subí mucho de peso con el tamoxifeno<sup>33</sup>, y no sé si es producto del medicamento o de qué. Ya me mandaron con la nutrióloga y sigo sin bajar de peso. Le pregunto a la nutrióloga y no sabe explicarme, dime, ¿a quién le puedo preguntar?” [Mirna, 47 años, Cd. de Puebla].

---

<sup>33</sup> Tamoxifeno es un medicamento que bloquea los efectos de la hormona estrógeno, por lo tanto, puede detener el crecimiento de algunos tumores de seno que necesitan estrógeno para su desarrollo.

Así, gran parte de la experiencia clínica de estas mujeres estuvo marcada por la desinformación respecto al tratamiento, dudas sobre los procedimientos y sus consecuencias; un ejercicio de poder donde el médico es el que administra el tiempo de la consulta, el que tiene el conocimiento, la persona certificada para diagnosticar y curar, invalidando la mayoría de las veces, las dudas de las mujeres, sus inquietudes y sentires.

#### **4.1.2.- Cada cáncer tiene un nombre y apellido diferente: el aprendizaje**

No obstante, en las narraciones de las entrevistadas de la Ciudad de México, el diagnóstico de CaMa se configuró explícitamente como un momento de aprendizaje sobre la enfermedad –términos clínicos, medicamentos, reacciones– que les permitió entender lo que estaba pasando con ésta y con su cuerpo:

“Cada cáncer tiene un nombre y apellido diferente, el mío se llamaba carcinoma ductal infiltrante, pero hay otros.

Cada cáncer es diferente, cada cáncer dependiendo del tamaño y en qué etapa está y tu edad, cuenta mucho tu edad por la cuestión hormonal y aparte si en tu familia han tenido cáncer, que también tengas la predisposición a que tú también tengas cáncer [...].

Con esta enfermedad aprendes muchas cosas, hasta casi, casi te vuelves experta en el tema y cuando vas a las fundaciones, tantas personas que ves que cuentan su testimonio, ya sabes muchas cosas: que depende mucho de tu edad, depende si estaba grande o si estaba chico el tumor, o si estaba en etapa I, II, III, IV o V, si estaba encapsulado, si no estaba encapsulado.” [Tina, 53 años, Cd. de Méx.].

Las mujeres diagnosticadas con CaMa van conociendo la enfermedad, y no sólo por los términos científicos que aprenden entre consultas y estudios clínicos, sino como un conocimiento que se produce a partir de los distintos espacios y relaciones que van formando: las amistades, asociaciones, etc., que se van volviendo parte del proceso de su experiencia. Al respecto, refieren Castillo *et al.*, (2012:164): “la enfermedad deviene como producto de una heterogeneidad de relaciones sostenidas por distintos mecanismos” –médicos, sociales, culturales–, donde confluyen significados y conocimientos acerca del CaMa, convirtiéndose en herramientas para tratar de entender qué pasa con ellas, con la enfermedad y los posibles pronósticos de su estado de salud.

Junto a este conocimiento sobre la enfermedad –que refiere Tina, entre otras participantes–, hay momentos de autoconocimiento donde las mujeres aprenden a identificar dolores, molestias y a no dejarlas pasar por alto, así como a darse tiempo para sí mismas. Un proceso de reflexividad por medio del cual toman conciencia de su situación y actúan en consecuencia. Este proceso se llega a considerar como algo nuevo o diferente en la vida de las mujeres diagnosticadas con CaMa.

“Con esta enfermedad debes cuidarte, comer a tus horas: no grasas, frutas. Debes poner más atención en tu salud, no dejar pasar ninguna molestia que sientas.” [Pamela, 62 años, Cd. de Méx.].

“[...] aprendí que debes de comer, aunque no tengas hambre. Yo siempre como y cuando salgo llevo mi fruta. Tu cuerpo te habla, te avisa cuando tiene frío, hambre, calor.” [Reyna, 61 años, Cd. de Méx.].

Este aprendizaje que refieren Pamela y Reyna se enfoca en saber escuchar al cuerpo, cuando se tiene hambre, frío o cualquier molestia, a cuidarse para no volver a enfermar, porque el cuerpo *te habla*, en tanto que por medio de él se siente, se vive, se interactúa con las/los demás y con una misma. Es decir, el aprendizaje que experimentan las mujeres de la Ciudad de México a partir del CaMa de alguna forma parece habilitarlas para enfrentar el diagnóstico, el tratamiento y lo distinto que ahora hay en su vida; “la enfermedad como un potencial” de cambios (Castillo *et al.*, 2012:182), en diversas áreas: personal, familiar y social.

“[...] o sea, esta enfermedad es una experiencia de vida. Lo que sí, es que te vuelve más sensible, te vuelve más agradecida con Dios y con la vida, te vuelve más generosa, te vuelve mejor persona.” [Tina, 55 años, Cd. de Méx.].

Es decir, el CaMa se configura como *una experiencia de vida* que enseña a las mujeres a ver y pensar en sus actividades diarias de forma diferente a como lo habían estado haciendo: ahora hay una actitud de agradecimiento con Dios, por permitirles vivir más tiempo, son una mejor persona con los demás, y más sensible respecto a lo que sienten y lo que quieren.

El CaMa se presenta como un camino de aprendizajes continuos que se recorre poco a poco y con el objetivo de mejorar la salud y vida de quien lo padece o padeció:

“Antes [del cáncer de mama] yo no me hubiera dado la oportunidad de ir a tomar un café o a platicar en la tarde como lo estoy haciendo ahorita contigo.

[...] No hubiera podido, todo era trabajo, cuando teníamos el negocio y la familia. También, no era tan fácil, tenía que pedirle permiso a mi esposo y él me decía: ‘¿Adónde vas?, ¿con quién vas?, ¿a qué hora regresas?’, prefería no hacerlo. [...] Pero ahora, ya no, puedo salir, tomar un café y sólo aviso.” [Sandra, 49 años, Cd. de Méx.].

En este sentido, el CaMa en la experiencia de las mujeres entrevistadas en la Cd. de México no sólo representó la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad –cuidados, tratamiento– o el conocer más su cuerpo –saber oírlo, cuidarse, abrigarse si tienen frío, comer a sus horas, etc.–, sino el darse tiempo para ellas mismas, para hacer cosas que, por el trabajo o la familia, no podían hacer. El tiempo para disfrutar de su vida pensado en ellas, en lo que habían dejado de hacer, las cosas que habían pospuesto o que nunca consideraron realizar:

“[...] siempre fui muy dedicada a otras cosas, pero menos me daba mi tiempo. Yo decía: “luego, luego para mí, luego”, pero para mis hijos, mi casa y mi esposo siempre estuve ahí, pero para mí no.

[...] Y me siento muy orgullosa porque después del cáncer me he dado tiempo para muchas cosas que antes no, no, que nunca me atreví hacer; este, a ir a una plática o una conferencia decía yo que nunca tenía tiempo, ahora me doy mi tiempo.” [Pamela, 62 años, Cd. de Méx.].

Así, para Pamela había tareas y deberes que requerían su tiempo y atención, lo que tuvo como resultado que se invisibilizaran sus propios deseos, inquietudes o bienestar físico, emocional y social: la tarea del cuidado es un eje que define la vida de las mujeres, pero siempre enfocado hacia los demás. Es a partir de todo el proceso de enfermedad, y en especial, después de la mastectomía, las quimioterapias y/o radiaciones –dependiendo el caso–, que las mujeres reflexionan en la posición que tenían dentro de su familia: la madre que dedica tiempo para los demás, la esposa que está al pendiente de todas/os y que, en algunas situaciones, además trabaja fuera del hogar para obtener un ingreso para la familia, como expresa Brenda:

“[...] no tenía tiempo de ir al doctor, ¿cómo podía ir al doctor si yo tenía tantas cosas que hacer?, ¿cómo podía hacerle?, me decían pues saliendo ‘ve al seguro’, [y Brenda respondía] ‘es que yo tengo que llegar a revisar tarea de mis hijos, y si hay trabajo’, no tenía tiempo,

pero si mis hermanas me pedían favores, ‘oye hay que ir a sacar una consulta hoy’ [...] yo iba.

[...] como mujeres nos dejamos más hacia la parte de los hijos, la familia, el esposo y llega un momento que no pensamos en nosotras.” [41 años, Cd. de Méx.].

Un relato donde se observa que las mujeres se desviven porque todos los demás estén bien, que nada les falte, cumpliendo así con lo que han aprendido, ser mujer significa estar pendiente y cuidar de los demás. Ubican sus necesidades como menos importantes; y es que ¿cómo pueden ir al doctor las mujeres si tienen tantas cosas que hacer? Finalmente, antes del CaMa, los malestares, el cansancio, los dolores, podían esperar, pero después del cáncer, esto cambia. Cómo vivían su día a día, la forma en que eran mujeres comienza a ser un elemento de reflexión, que las lleva a darse cuenta de que el eje de sus vidas lo constituían las necesidades de cuidado, materiales y sentimentales de los demás.

Por otro lado, el relato de las mujeres de la ciudad de Puebla, cuando hacen referencia a los aprendizajes que tuvieron a partir del CaMa, se centra en el autocuidado: comer a sus horas, no exponerse a cambios de temperatura o no cargar cosas pesadas, entre otros:

“[...] trato de no exponerme al sol porque la piel me quedó muy sensible [por las radioterapias], también en el negocio no cargo cosas pesadas, eso lo hace mi hijo o mi esposo. [Bertha, 47 años, Cd. de Puebla].

[...] con la enfermedad [el CaMa] hay que aprender a cuidarse, a comer bien, a taparse cuando hace frío. A veces uno después del tratamiento [quimioterapias] no tiene ganas de nada, pero hay que hacer el esfuerzo, comer un poco.” [Mar, 49 años, Cd. de Puebla].

Estos relatos dan cuenta de cómo a partir de la enfermedad las mujeres ponen mayor atención en su cuidado personal, en tener prácticas adecuadas de alimentación, descanso, higiene. Sin embargo, a diferencia de las mujeres de la Ciudad de México, poco aparece en sus narraciones la representación de la enfermedad como un momento de aprendizaje a partir del cual reflexionar sobre sí mismas.

Así, después de concluir las quimios y las radioterapias, y una vez que ellas se sintieron mejor –que tuvieron poco o nada de malestares físicos y emocionales– retomaron casi inmediatamente sus actividades diarias:

“Yo quería retomar mis actividades diarias [...] Todo lo hago, sólo trato de no cargar, pero me encargo de la comida, de limpiar, como era antes.” [Bertha, 47 años, Cd. de Puebla].

La frase *como era antes* hace referencia a la impronta de continuar con las actividades que se vieron interrumpidas por la enfermedad como parte de su forma de vida, pero, por otro lado, esta misma expresión se relaciona con la situación socioeconómica que viven, es decir, requieren retomar sus labores en su casa, así como su actividad económica para tener un ingreso y cubrir sus necesidades básicas, ya sea de forma individual o familiar.

“No tengo mucho tiempo para otras cosas, la tienda me absorbe, entre vender y atender proveedores. Y ahora que la traspasé, va a ser lo mismo porque pondré un desayunador<sup>34</sup> y yo lo atenderé. Además, es dinero que necesitamos [...] la situación económica está difícil.” [Mirna, 47 años, Cd. de Puebla].

En este sentido, en los relatos de las mujeres de la ciudad de Puebla hay una preocupación continua por el aspecto económico, por ayudar a su familia con los gastos, tanto los producidos por la enfermedad, como los que se tenían antes: estudio de sus hijas(os), comida, etc. La noción de tiempo libre o tiempo para ellas casi nunca se presenta en los relatos de estas mujeres, la preocupación constante es el otro: las/os hijas/os, el esposo o pareja y la familia. Tampoco se observa en este grupo la misma preocupación que mostraron las participantes de la Ciudad de México por conocer los detalles técnicos o científicos de la enfermedad, dejando este saber a los médicos.

Esto forma parte también de cierta disposición de clase: las mujeres buscan reintegrarse a sus actividades –en el hogar o fuera de este– para no sentirse como un estorbo porque, además, su situación económica y social ha requerido tanto de su trabajo remunerado como de su trabajo en el hogar. A su vez, esta reintegración a sus *actividades diarias* –como expresó Bertha–, implica la falta de tiempo o recursos económicos para invertir en acudir a otros lugares diferentes al hospital para recibir información, apoyo, o entender su proceso de enfermedad. En el mejor de los casos, ellas o familiares cercanos, en especial las/os hijas/os,

---

<sup>34</sup> Por desayunador la participante se refiere a un negocio donde se venden suplementos alimenticios, que se pueden consumir en el local o pedirse para llevar.

buscaron información en internet sobre lo que les sucedía con el CaMa, las consecuencias del tratamiento, dietas y otras cosas relacionadas con la enfermedad.

#### **4.2.- *Yo no quería que... me viera así: Cambios corporales***

El CaMa es una enfermedad que no sólo enfrenta a las mujeres diagnosticadas con la posibilidad de morir, por el hecho mismo de tener la enfermedad, sino a los efectos secundarios del tratamiento: un desgaste físico y emocional y cambios en su apariencia que pueden ser temporales como la caída del cabello o permanentes como la extirpación de una mama, entre otros. De esta forma, el cáncer se corporiza, como postulan algunos autores (Castillo *et al.*, 2012; Capulín, 2014), se vive en y a través del cuerpo de las mujeres, con cada visita al doctor, en cada quimio o radioterapia, con la falta de apetito. Así, el cuerpo de estas mujeres aparece no sólo en su dimensión material –la carne, los huesos, la sangre– sino también sensorial, –a partir del cual se percibe y se es parte del mundo social: se toca a las otras personas y se siente a sí misma–, y simbólica –las representaciones de la corporalidad, de sus partes y la forma en que es vivida por el propio sujeto y la representación que toma para los demás–; y todo ello, a su vez, atravesado por el género: el ser mujer.

En este aspecto, las participantes de la Ciudad de México y la Cd. de Puebla, destacaron la caída del cabello como uno de los cambios más difíciles que vivieron durante la enfermedad. Al respecto, expresa Bertha:

“Yo no sabía qué me iba a pasar con el tratamiento. Cuando se me comenzó a caer el cabello, ¡fue muy feo! Lloraba yo porque creía que no me iba a crecer de nuevo. Nadie me dijo que eso me iba a pasar [...] Para mí fue muy difícil verme sin cabello, pero después me dijeron que crecía y eso me tranquilizó.” [47 años, Cd. de Puebla].

La caída del cabello –en muchos casos– se experimenta como el primer cambio corporal que viven las mujeres que son tratadas con quimioterapias, y al mismo tiempo, como la primera manifestación visible de la enfermedad, la señal de que algo está pasando con ellas y que no pueden controlar. Con la caída del cabello, hay una manera diferente de percibirse, sentirse, y a su vez, de presentarse ante los demás:

“[...] se me cayó todo el vellito de la cara, las pestañas, las cejas... el vello púbico también se cae, el de las axilas también se te cae. Y es bien feo bañarte sin cabello, es como si te bañaras, te lavarás el codo, una rodilla, es una sensación fea.

Yo no quería que mi esposo me viera así, sin cabello, y yo me tejí unas gorritas y me dormía con gorrita y todo, porque yo decía: Es que yo no quiero que se acuerde de mí como si fuera un foco andante.” [Tina, 55 años, Cd. de Méx.].

El relato anterior presenta la experiencia del cuerpo como una “materialización discursiva” donde se negocian significados respecto al género y la sexualidad (Butler, 2006:40): reconocerse como mujeres, como mujeres bonitas, atractivas y no como un *foco andante*, es decir, como un objeto feo, sin gracia. En este sentido, la imagen personal es tanto un proceso individual como social, donde se establece qué es lo bonito, lo atractivo, y en el caso particular de las mujeres, qué es la belleza; procesos que al final se inscriben en normas culturales y significados sociales.

Por ello, la experiencia de Tina respecto a la gradual pérdida del vello y, en especial, de su cabello no se reduce a una sensación individual, por el contrario, habla de los significados sociales que se materializan en el cuerpo a través de cada acción de la persona: al tocarse, al verse a sí misma o al sentirse observada por los demás.

En algunas ocasiones, los cambios corporales producen en las mujeres un sentimiento de pérdida de algo, que en otro momento no había reparado en lo importante que era para ellas: el cabello, las cejas, las pestañas, la hidratación de la piel. Al respecto, comparte Pamela:

“[...] perder el cabello, creo que nos duele más que perder un seno, ¿por qué?, porque no nos imaginamos cómo nos vemos.

[...] A veces, cuando estamos sanos entre comillas, y tenemos el cabello largo, nos peinamos y se queda en el peine, en el cepillo [un cabello]: ‘¡Ay, que se me está cayendo el cabello!’, y al bote [de la basura]; o que te enchinaste mal las pestañas, y te estás desmaquillando y ya se te cayó la pestaña: ‘¡Ay, una pestañita!’, no le tomas la importancia, cuando, cuando realmente ahí [en las quimioterapias] es cuando valoras hasta cuando se cae una pestaña.” [62 años, Cd. de Méx.].

Cada elemento del cuerpo del sujeto, desde el cabello hasta los pies, es parte de la construcción de la corporalidad "como realidad sexuada" (Bourdieu, 2000:22), que responde

a una construcción sociocultural de género. Y, por lo tanto, siguiendo a Bourdieu, participa de "esquemas de percepción y apreciación" (2000:83) del género, inscritos en su propio cuerpo, como en el otra/o u otras/os con los que interactúa de forma presencial o como parte del imaginario social. En específico, para estas mujeres, hay dos esquemas a través de los cuales se perciben y creen ser percibidas: belleza y completud, de ahí que el imaginarse cómo son vistas por los demás, produzca un malestar y dolor en sus vidas.

Así, entre tratamientos, visitas al doctor, molestias por la enfermedad, el aspecto simbólico del cuerpo se intensifica. No se trata de perder una pestaña o unos cabellos, sino que en su conjunto la percepción de ellas mismas como mujeres se está viendo modificada, así como las representaciones sociales de belleza y feminidad: esa imagen que se había aprendido como propia de lo femenino, se va transformando conforme se vive el proceso de enfermedad.

#### **4.2.1.- *Eso no me hace más mujer, ni menos: la ausencia del seno***

Al considerar los cuerpos de las mujeres como proceso de materialización de discursos reguladores y arreglos de poder (Martínez, 2015:329) en torno al género y la sexualidad, podemos analizar las contradicciones que éste encarna en sí mismo a partir de una modificación corporal permanente –en la mayoría de los casos– la mastectomía.

Para las entrevistadas de ambas ciudades, este momento fue crucial en la medida en que implicó un largo proceso médico –exámenes clínicos, anestesia, periodo de reposo– que culminaría en la extirpación de una parte de su cuerpo, la mama, y la modificación del cuerpo. Este hecho fue interpretado bajo un discurso que, por un lado, podría llamarse biologicista, en tanto que enfatiza que cada parte del cuerpo tiene una función para la vida; y otro sociocultural, que se enfoca en lo incompleto del ser femenino al carecer de la mama. Hay un sentido de pérdida de la imagen que como mujeres tenían de sí mismas y desde lo cual, comienzan a preguntarse por lo que significa o no ser una mujer.

Estos discursos son parte de la narrativa de las mujeres, y se presentan como formas de entender el proceso. Para la mayoría de las mujeres entrevistadas en la Cd. de México y

en la Cd. de Puebla, el discurso biologicista-reproductivo del cuerpo, donde las mamas tienen el propósito fundamental de proporcionar alimento a los recién nacidos, y cuando han cumplido esta función, su extirpación -en teoría- no debería causar problema alguno, es el primer referente a partir del cual buscan entender la mastectomía. Al respecto expresa Reyna:

“[En el] Centro Oncológico Internacional, COI, es como un tipo particular [...] pues ya me atendió una doctora. Después me pasó a evaluar con el cirujano, y dice: ‘Señora, todo apunta a que es cáncer...’, pero así, así, así a lo pelón, dice: ‘vamos a corroborar, le voy a mandar hacer unos estudios’.

Ya me los programó. Y dice: ‘Si es eso’, dice, ‘hay que amputar’.

Y yo, ‘¿qué quiere que le diga?’, le digo, ‘el cuerpo tiene sus funciones que cumplir y si esto [señala su mama] ya lo cumplió, no pasa nada, ¿verdad?’. Yo así con mucha frialdad le contesté.” [67 años, Cd. de Méx.].

La modificación de la corporalidad –en un primer momento– se presenta como relevante para las mujeres, en tanto que se relaciona con una concepción funcional del cuerpo limitada a la maternidad (Capulín, 2014:24); acercamiento que pareciera sugerir que, si esta función fue cumplida, el tener o no mamas sería algo secundario y poco importante para las mujeres, sin embargo, esto no es así (Castillo, 2012). Las mamas no son sólo partes orgánicas del cuerpo, sino que están dotadas de significaciones subjetivas y culturales (Díaz y Victoria, 2010).

Para Reyna, una mujer de 67 años, con una hija y soltera, cada parte de su cuerpo “tiene sus funciones”, y sus mamas cumplieron con ella: amamantó a su hija, la cual ahora tiene su propia familia. Sin embargo, la correspondencia entre la feminidad y los senos como un símbolo de ser mujer continúa latente en su propia representación de la importancia de las mamas:

“Bueno, la función de los senos para empezar es un atractivo estético, como el sexo, para definirnos como mujeres.” [Reyna, 67 años, Cd. de Méx.].

La mastectomía finalmente apela a cierta concepción de feminidad basada en el hecho de un cuerpo completo, o por lo menos visiblemente completo, lo que, a su vez, resulta en el atractivo de las mujeres. En esta dirección expresa Cony:

“Yo era muy dada a mis senos, hubo un tiempo que salió el firmeza<sup>35</sup> y yo lo compré. Me cuidaba yo mucho en ese aspecto, me gustaba verme bien porque era parte de mi atractivo [...]”

[Sin embargo, ahora que no tiene un seno] llega un momento en que sabes que estás en desventaja frente a cualquier otra mujer. [...] Porque ellas están completas y tú ya no, y eso es algo que se ve en la relación [de pareja].” [49 años, Cd. de Puebla].

El cuerpo de las mujeres es un cuerpo que se reconoce como femenino en tanto que social e individualmente ha sido construido así. Ante una nueva imagen de éste, que parece no corresponder con esa representación ideal del ser mujer, su nueva corporalidad las pone en desventaja frente a cualquier mujer completa. En esta línea, el relato de Cony nos acerca a los marcos normativos heterosexuales donde los cuerpos femeninos completos son los que atraen, los que despiertan deseos, en tanto, un cuerpo incompleto siempre estará en desventaja porque ya no es bello, ya no es el cuerpo de una *mujer completa*. Pero además la belleza y la sexualidad son un capital en el mercado matrimonial, de ahí que la ausencia de un seno sea asociada con el riesgo de perder en la competencia con otras mujeres por el mismo hombre.

---

<sup>35</sup> Nombre comercial de un tipo de crema que tiene como objetivo dar firmeza a los senos de las mujeres, específicamente.

## **CAPÍTULO 5: UN ACERCAMIENTO A LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES ANTES Y DESPUÉS DEL CaMa**

El presente capítulo tiene como objetivo analizar la experiencia sexual de las mujeres que participaron en el estudio. Este análisis se refiere a sus experiencias antes y después del CaMa, ya que como afirman algunas/os autoras/es (Ledón, 2011), el cáncer en general y el de mama en particular, es un elemento que irrumpe en la cotidianidad de la mujer, sus actividades labores y familiares, la forma en que se relaciona consigo misma y con los demás. El CaMa representa un punto de inflexión a partir del cual es posible acceder a un proceso reflexivo sobre el cuerpo, el género y la sexualidad, siendo posible evidenciar algunas rupturas y continuidades con los discursos dominantes a partir de un acercamiento a las narraciones de mujeres que fueron diagnosticadas con dicha enfermedad.

### **5.1.- La sexualidad de las mujeres antes del CaMa**

La forma en que las mujeres viven su sexualidad y con ella, un conjunto de normas que se relacionan con la manera en que perciben y usan su cuerpo, la forma en que sienten o no deseos o placer, y el desarrollo de sus prácticas eróticas, permite caracterizar la sexualidad de las participantes dentro de dos grandes discursos: tradicional y moderno, los cuales no agotan las características ni las formas de expresar la sexualidad, pero sí permiten un acercamiento a la misma.

En el modelo tradicional, los hombres son caracterizados como sujetos que tienen necesidades sexuales innatas que satisfacer y para lo cual es necesario apropiarse del cuerpo de las mujeres, en tanto objeto sexual y a través del cual puede reafirmar su virilidad, en un contexto de “doble moral sexual”, donde se espera y se acepta que el hombre goce de múltiples parejas sexuales con las cuales el fin último no es la procreación (Hierro, 2016:37-39). Por su parte, las mujeres viven su sexualidad en referencia a los deseos y necesidades sexuales de sus parejas conyugales. Sus prácticas sexuales constituyen una obligación (el

débito conyugal) de responder pasivamente a las demandas de la pareja marital y heterosexual. En el contexto mexicano, la sexualidad de las mujeres está marcada por un discurso católico normativo muy tradicional, donde las relaciones sexuales deben ser ejercidas por las mujeres únicamente dentro del matrimonio o la convivencia, teniendo como objetivo la procreación, además de ser un deber conyugal para el placer de su esposo o pareja (Amuchástegui 2001). Para Núñez (2007), la atención de las necesidades sexuales del hombre es la manera en que las mujeres responden, en este modelo del tradicionalismo católico, a la manera responsable en que los esposos cumplen con su deber de mantenerlas a ellas y sus hijos.

Este modelo tradicional que limitaba a las mujeres a ejercer una sexualidad pasiva y complaciente coexiste actualmente con el modelo moderno de sexualidad.<sup>36</sup> A diferencia del modelo tradicional, se enfatiza el amor sexual entre esposos como la base de las relaciones de pareja, en lugar de situar la atención a la pareja masculina como una obligación independiente de los sentimientos de las mujeres (Hirsch, 2003; Gayet y Szasz 2014). Al reconocer la existencia de deseos sexuales en las mujeres y sus posibilidades de experimentar placer, enfatiza su vínculo con el amor sensual y su expresión en las relaciones maritales y de noviazgo. Este discurso se entrelaza con la idea del amor romántico, donde el deseo y el placer sexual se presentan como la base de una buena unión de pareja, una forma de experimentar un vínculo sentimental único entre esposos, e incluso entre novios (Gayet y Szasz en Rabell, 2014).<sup>37</sup> A pesar de que reconoce y acepta la existencia de los deseos y placeres sexuales de las mujeres en los vínculos maritales y se busca la satisfacción mutua, se sigue considerando importante que ellas busquen satisfacer los deseos de sus parejas

---

<sup>36</sup> Es un modelo donde hay una búsqueda de mayor igualdad de derechos sexuales para hombres y mujeres. Se comienza a visibilizar el placer sexual de las mujeres como algo permitido dentro de ciertos contextos o con determinados límites (Kennedy, 2016). En México, este modelo se expresa progresivamente en la segunda mitad del siglo XX, junto con el ingreso de la mitad de las mujeres al mercado laboral, la expansión de la educación primaria y secundaria y el uso extendido de la anticoncepción (Gayet y Szasz en Rabell, 2014:351-355).

<sup>37</sup> El amor romántico se fue extendiendo también a las relaciones de noviazgo, a otras relaciones no conyugales y a las relaciones amorosas entre personas del mismo sexo. El discurso del amor erótico establece la posibilidad de elegir a la pareja sin otro tipo de consideraciones, y al mismo tiempo, permite que ese amor termine y las parejas se disuelvan. En especial desde los años sesenta y setenta del siglo XX, no sólo se habla de “amor entre esposos”, expresado en una intimidad placentera para la pareja conyugal heterosexual, sino que se amplía la idea del amor erótico y de experimentarlo con el ser amado (Gayet y Szasz en Rabell, 2014:366).

masculinas y se preocupen por seguir siendo atractivas para ellos (Hirsch 2003). Se trata, sin embargo, de un amor más sexualizado, en el que las mujeres pueden expresar cuando no desean hacer el amor y no se consideran únicamente como objetos sexuales (Hirsch 2003; Amuchástegui 2001). Hacia fines del siglo XX surge también el modelo de las relaciones puras o del amor confluyente. En ellas se propone un ejercicio de la sexualidad donde las mujeres se sitúan abiertamente como sujetos de deseo (Amuchástegui, 2001; Giddens 1998).

Baste decir que estas formas de sexualidad coexisten dentro de la sociedad actual, y son parte de la manera en que los propios sujetos –mujeres y hombres– se entienden y relacionan consigo mismos y con los demás. De ahí que los contenidos que dan forma y regulan la sexualidad vayan cambiando a través de procesos socioculturales e históricos, donde el sujeto tiene un papel activo. La sexualidad de las mujeres se ve atravesada por discursos tradicionales, ideales de amor romántico, y discursos más liberales, dando paso paulatinamente a cambios en la forma en que se entiende y vive el enamoramiento, los noviazgos, la vida marital y las separaciones (Gayet y Szasz en Rabell, 2014:368).

### **5.1.1.- El tabú de la sexualidad**

En algunas de las narraciones de las participantes, la sexualidad apareció como un tema sobre el cual no se podía hablar, y prácticas que no estaba permitido tener, principalmente en su época de niñez o/y juventud. Al respecto relata Flor:

“ni te hablan de sexualidad cuando estás de niño, ni nada. O sea, era un tabú completamente. A mí, cuando me vino mi regla, ni me acuerdo bien cómo fue, yo lo único que me acuerdo es que mi mamá me dobló camisetas de mis hermanos, [y me dijo] “esto te pones y cada mes te va a venir [la menstruación]” y así nada más, una como mensa [...]

Toda la vida, sí, así fue, no se hablaba de eso...” [69 años, Cd. de Méx.].

La sexualidad aparece en esta narrativa como un tema prohibido del cual no se habla en la familia, donde el cuerpo y sus funciones son elementos incómodos que no es necesario entender. Por ejemplo, la menarquia de Flor se presentó como una situación donde la madre no le dio explicaciones sobre lo que estaba pasando, ni los cambios –corporales, hormonales,

etc.– que tendría en el futuro, posiblemente porque ella también carecía de esta información y porque de cierta forma, era un tema que le producía incomodidad. En la familia de Flor, hablar del cuerpo y de sus cambios era algo que no se hacía.

En esta misma línea expresa:

“[En la familia] todo era pecado, era sucio, te ibas a volver mudo, te vas a volver... quién sabe qué tanta cosa te decían. Cuando te tocabas muchas veces, hasta para cuando te estabas bañando y te estabas lavando tus genitales. ‘¡Ya, ya, ya déjate eso!, ¡párate y ya salte!’, ¿no? Pero nunca te explicaron nada, nunca me explicaron nada.” [69 años, Cd. de Méx.].

La sexualidad se presenta dentro de un discurso tradicional católico donde la expresión de deseos y prácticas erótico-afectivas es considerada un pecado, un acto que transgrede lo permitido y conlleva una sanción divina y terrenal; por ejemplo, cuando los menores muestran prácticas autoeróticas o eróticas, por lo general los padres, mediante gritos o golpes, como un manotazo, pueden corregir dicha conducta. Además, al naturalizar determinadas prácticas para los hombres y otras para las mujeres, este discurso parece no requerir explicación alguna.

Así, al no seguir el comportamiento sexualmente esperado y socialmente aceptado, la sanción o castigo que se impone a los sujetos tiene como fin controlar su sexualidad. De esta forma, cuando la madre de Flor le dice, mientras se baña, que *ya deje eso*, sus genitales, lo que busca es enseñarle y marcar que los genitales se tocan sólo lo necesario, que son partes íntimas y que en el caso de las mujeres representan valores –aún hoy y en algunas partes del país– socialmente relevantes como la pureza y la castidad, asociadas a la nula experiencia sexual.

Inés –al igual que Reyna, Pamela, y Flor– expresa que el tabú respecto a la sexualidad le fue transmitido desde su infancia:

“[...] hasta la fecha no me siento cómoda hablar de eso [las posiciones sexuales], tal vez por los tabús que me crearon desde la infancia y en la juventud, de que eso es malo, eso es del diablo, eso es tener poca moralidad, malo, nada bueno.” [60 años, Cd. de Méx.].

Se vuelve a evidenciar que las formas en que el sujeto vive y expresa su sexualidad, por medio de sus prácticas, sus deseos y erotismo, están marcadas por un discurso católico tradicional que presenta el camino de lo correcto como el de la buena mujer, la que es pura cuando es joven porque desconoce los placeres carnales y no permite que su cuerpo sea profanado, por ella misma -tocándose, autoexplorando sus zonas erógenas- o por alguien más. Mientras su contrario es el camino del mal, de la mala mujer, la que “no se da a respetar” y ha tenido experiencias carnales, representación de la cual las mujeres buenas buscan separarse, porque ser una mala mujer significa ser poco digna del respeto, de la pareja, de los hijos, de la familia, etc.

De esta forma, se delinea un discurso tradicional sobre la sexualidad donde se presenta a las mujeres como carentes de deseos y placeres sexuales, sin conocimiento sobre las prácticas sexuales, con saberes restringidos sobre su propio cuerpo, y con el objetivo final de estar al servicio de su pareja, su esposo y sus hijos. Sin embargo, junto a la existencia y práctica de este discurso, de la experiencia del tabú, se presentan otras formas de ver la sexualidad en general y la de las mujeres, en particular, es decir, un discurso moderno donde la sensualidad, los deseos y el placer femenino se visibilizan, aunque se procura que no se ejerzan de manera indebida ni antes de la unión marital. Este tipo de discursos también está presente en la vida de las participantes, por ejemplo, informarlas por medio de la educación. Así lo expresa Flor:

“Yo, en parte en la escuela, y ya cuando entré a la universidad fue cuando empecé a descubrir lo que era la sexualidad, a conocer tanto los órganos femeninos tanto del hombre como de la mujer, todo eso.” [69 años, Cd. de Méx.].

La escuela se configuró como un lugar de aprendizaje del cuerpo y los cambios anatómicos y fisiológicos que experimentaban las mujeres -las personas- a lo largo de su vida. Un espacio que posibilitaba el acercamiento de las mujeres de clase media y alta<sup>38</sup> a un discurso científico

---

<sup>38</sup> En un México con grandes desigualdades sociales y carencias económicas, no toda la población ha tenido acceso a la educación básica, puesto que el sólo hecho de acudir a una primaria o secundaria implica tanto recursos económicos como de tiempo. Además, en el caso particular de las mujeres, se ve atravesado por prejuicios y estereotipos donde la educación es vista por la familia -en la mayoría de los casos- como una pérdida de tiempo, ya que el futuro de las mujeres se entiende como su completa dedicación al esposo y al cuidado de la familia.

sobre el cuerpo, matizando la representación del ejercicio de la sexualidad no conyugal de las mujeres como un riesgo, y la de las unidas como “natural” y “normal”.

De esta forma, las narraciones aquí presentadas permiten ver la coexistencia de discursos sociales que presentan ciertas prácticas o actividades sexuales como permitidas o no, y discursos modernos que, a su vez, dialogan con las propias interpretaciones y representaciones del sujeto, producto de sus experiencias. Hay una negociación de significados sobre lo que representa y cómo se debe vivir la sexualidad: el encuentro y desencuentro en la vida diaria de la expresión del deseo y del placer, de los temas que se pueden hablar y de los que se deben mantener ocultos.

### ***5.1.2.- El cuento del deber y el tener que: ser una buena esposa***

En general, la vivencia de la sexualidad de las mujeres entrevistadas parte de un modelo de sexualidad tradicional, donde destaca, como primer gran discurso normativo, que la sexualidad sólo es legítima dentro del matrimonio o la unión, y como respuesta a las necesidades del esposo, como si las mujeres carecieran de algún deseo sexual. Sin embargo, ese discurso normativo que algunas expresan se va matizando a lo largo de sus vidas y está ausente en otras. Aparece en varias entrevistas un cuestionamiento a la idea de dedicarse plenamente a atender a los esposos. Si bien en general se enfatiza el lazo de la sexualidad con la pareja marital, aparecen también miradas críticas a la sexualidad como deber, ideas sobre el amor sexual en la pareja donde los deseos de las mujeres y las expresiones de amor masculinas se consideran centrales, relaciones donde se ejerce la sexualidad sin que exista convivencia de pareja, y expresiones de algunas mujeres que las sitúan como sujetos de sexualidad.

Cuestionar el servir a los demás y posponer los deseos y proyectos personales aparece en varias entrevistas. Esto es parte de la experiencia de Inés, mujer de 60 años, madre de una hija y un hijo, quien después de dos relaciones formales y una informal<sup>39</sup> que se dieron antes

---

<sup>39</sup> La caracterización de sus relaciones es retomada de su propio relato, donde lo formal reside en que vivieron juntos y con cada uno procreó a su hija e hijo, respectivamente, en tanto la característica de informal es dada

del diagnóstico de CaMa, enmarca su experiencia desde el cuestionamiento de lo que significa ser buena esposa:

“[...] a veces pensamos: ‘Debo de ser buena esposa’, pero ¿qué es ser buena esposa?, soportarlo todo, hacer cosas que no debes hacer, ¡que no quieres hacer!, que no estás de acuerdo con hacer, como servir. Servir por servir, porque tú eres mujer tienes que servir, eso me he dado cuenta de que no es nada saludable, pero está muy metido aquí [señala su cabeza], en tu cerebro, en tu educación, en tu desarrollo [...] así lo vi, y así me lo enseñaron, no pude hacer otra cosa más que seguir el cuento del deber y del tener que.

[...] Por ejemplo, las mujeres son para servirle a los hombres, así lo vi con mi mamá, lo vi con mis hermanas -yo soy la menor-, así lo vi con ellas, así lo vi en mi entorno.” [Ciudad de México].

En este fragmento de la narrativa de Inés se presenta, junto al discurso normativo de género donde la principal tarea para las mujeres es la de estar al servicio de los otros - *porque tú eres mujer tienes que servir*-, un discurso del *deber* que refiere al papel de una *buena* esposa, un discurso que norma la conducta marital de las mujeres y que al mismo tiempo se expresa en un *tener que*, en prácticas y formas de actuar en el matrimonio: *soportarlo todo, hacer cosas que no debes hacer, ¡que no quieres hacer!, como servir*.

Estos discursos y prácticas son aprendidos a través de la educación que se recibe en la familia y en los distintos espacios de los que participan en su cotidianidad –*así lo vi con mi mamá, lo vi con mis hermanas... así lo vi en mi entorno*, expresa Inés–. De esta forma, ser una *buena esposa* es procurar el bienestar del marido, servirlo a pesar de que en algún momento o circunstancia no se lo quiera hacer. Lo importante es atenderlo, en especial en lo que refiere a la sexualidad -como parte del modelo tradicional -, la cual se vive de acuerdo con normas específicas, entre ellas: que el hombre es el que sabe o tiene conocimiento de lo que produce placer sexual, mientras la mujer representa la inocencia, un ser que carece de deseos y conocimientos sobre las relaciones sexuales, participando de manera pasiva, puesto que responde a los deseos del esposo. En ese sentido, comenta Inés:

“Eso sí, nunca quiso cambiar la posición del misionero, *forever*. Yo dije: ‘Así ha de ser, así es’. Ahí sí lo acepté, aunque yo ya había visto en revistas y todo, que había otras maneras. Pero yo dije: ‘No, porque si yo le digo va a decir: ¿y a ti quién te enseñó?, ¿y tú por qué lo

---

porque no vivían juntos y de la existencia de esta relación sólo sabían ella y su pareja, manteniendo al margen a su hija e hijo.

sabes?; a mí se me hace que me están saliendo unos chipotitos [cuernos]’. Mejor dije: ‘No, así es, así que se quede’.

Entrevistadora: Y con tu segundo esposo, ¿también la posición en la intimidad era la de misionero?

Inés: Sí, con los dos. A lo mejor era yo la que no quería cambiar de posición, a la mejor era yo la que tenía mis ataduras psicológicas.” [Ciudad de México].

El ejercicio de la sexualidad marital para algunas mujeres, como es el caso de Inés, se da a partir de que el esposo o pareja decide la posición sexual, y la contraparte la acepta, sin oponer resistencia alguna. Porque *servir* al esposo es también atenderlo sexualmente, tener relaciones cuando y de la forma en que él lo desea, por ejemplo, en la posición del misionero.<sup>40</sup> Este tipo de relación sexual, aunque ambos pueden elegirla y experimentar placer, se ha representado en el discurso tradicional como la adecuada. En este imaginario, el hombre representa al sujeto del deseo y, por lo tanto, la posición activa, en la que dirige y marca la forma en que se produce el placer para él, mientras la mujer es el objeto, la que ayuda a satisfacer esa sexualidad incontrolable. Es decir, Inés parece carecer de deseos cuando se refiere a su aceptación pasiva de esta posición, y tan sólo representar un objeto a través del cual su esposo puede ejercer su sexualidad.

Por ello, a pesar de que las mujeres tienen conocimiento de que las relaciones sexuales pueden darse de muchas formas –lo han visto en revistas, pláticas–, deciden no expresar este saber. Ellas continúan aceptando la forma en que cotidianamente se da su intimidad; manteniendo así su papel de buenas mujeres, de buenas esposas, y evitando cuestionamientos por parte de la pareja que pongan en duda la fidelidad a su esposo: *¿y a ti quién te enseñó?, ¿y tú por qué lo sabes?*; de ahí que Inés, al igual que otras mujeres, decidieron no hablar del tema y tener o continuar con las relaciones sexuales en la posición y el momento en que el marido o la pareja deseara, anulando con ello sus propios deseos o inquietudes.

Y es que, dentro de este marco normativo de una sexualidad tradicional, si las mujeres demuestran tener conocimientos sobre las relaciones sexuales -zonas erógenas, posiciones sexuales, deseos propios- son representadas como malas mujeres -mujeres cuya calidad

---

<sup>40</sup> Postura sexual donde el hombre está encima de la mujer.

moral y reputación es cuestionada, a partir de la sospecha de que su experiencia sexual se da también fuera del matrimonio y con distintas parejas. Así, hablar de diferentes tipos de mujeres, en especial de buenas y malas mujeres, permite organizar y jerarquizar las formas permitidas y sancionadas de expresar el deseo y el erotismo femenino, así como la clase de relaciones posibles que los hombres pueden establecer con las mujeres (Amuchástegui, 2001:286).

En esta relación de poder que implica la sexualidad en el contexto del matrimonio tradicional, las mujeres –como Inés– comparten y viven los discursos normativos que son parte de su sexualidad. Se trata de un proceso de subjetivación a través del cual los discursos normativos de la sexualidad se aprehenden, se dotan de sentido y se cuestionan o no, en una relación dialógica entre la persona y la sociedad.

En este sentido, la pareja ideal femenina resulta ser la “buena mujer”, aquella que desconoce su sexualidad, lo que se considera señal de pureza, inocencia y bondad (Núñez, 2007:163, en Amuchástegui y Szasz), porque de lo contrario aparece como una mujer indigna para una relación amorosa formal, una mala mujer. Esta es parte de la experiencia de Mirna, para quien expresar sus deseos sexuales en su segunda relación, le costó ser maltratada física y verbalmente por su pareja –con quien procreó un hijo– y señalada por los conocidos de él:

“Él decía que era yo una, ¿cómo se dice?, ¿cómo les dicen a estas personas que no tienen llenadera?, él decía que parecía una perra. Me trataba con muchas palabras altisonantes, era muy vulgar, no le gustaba cómo era yo, cómo le exigía en la intimidad que él me tratara, que me tocara mis senos. Pero él se atrevió a decírselo a todos sus amigos en Alcohólicos Anónimos, que era yo una mujer insatisfecha, que a mí me gustaba tener sexo con muchos hombres, que yo no era feliz, entonces sus compañeros a mí me veían de forma diferente.

[su compadre] me dijo: ‘es que él dice que no tienes llenadera’. Ellos sabían todo de mí, eso me dolió mucho porque eso se trata entre dos, ¿por qué andar divulgándolo?, pero con él yo no podía discutir [...] de hecho a mí me daba pena hablar con los hombres [después de esa situación], con qué ojos te miran, si te van a respetar o no te van a respetar.” [47 años, Cd. de Puebla].

Al expresar Mirna a su pareja sus deseos sexuales y pedirle en la intimidad caricias o que la tocara en algunas partes específicas de su cuerpo, ella comenzó a situarse como un sujeto con deseos propios, que conocía su cuerpo y sabía lo que la excitaba, y no sólo como un objeto sexual a través del cual la pareja podía satisfacer sus deseos sexuales. Sin embargo, este

posicionamiento de Mirna como un sujeto de deseo, se contraponía al modelo masculino tradicional que se construye a través de la apropiación de la sexualidad de la mujer, de su deseo sexual (Núñez, 2007:165). Esta mujer hace entrar en crisis la masculinidad de su pareja, cuestionando su capacidad de satisfacer los deseos sexuales de ella como mujer, porque en el encuentro sexual no sólo se hace visible lo que él quería de ella, sino lo que ella quería de él: cómo tocarla, qué partes acariciar. La presencia de este deseo sexual por querer más placer en las relaciones sexuales y el comunicarlo a su pareja, transgrede los códigos tradicionales socialmente establecidos para la sexualidad femenina.

La pareja de Mirna, al sentir que no lograba satisfacerla sexualmente y no querer sentirse como el que falla en la relación, optó por situarla a ella como el problema, como una *perra*, un animal que se guía por el instinto sexual, y no como un ser humano, mucho menos como su pareja que merece respeto, atención y reconocimiento de sus deseos. Él ignoraba lo que ella le pedía en su relación íntima y hacía lo que mejor le parecía, sin importar que esto no lograra la excitación de ella. Lo relevante era la consumación de su deseo sexual masculino.

De esta forma, Mirna no sólo vivió una relación sexual violenta, sino que al contradecir los discursos que invisibilizan la sexualidad de las mujeres, y hacer explícitas las prácticas sexuales que ella quería y deseaba, a la vista de los conocidos y amigos que conocieron a su expareja, fue señalada y discriminada como una mujer fácil, es decir, una mujer a la cual los hombres podían proponerle tener relaciones sexuales sin ningún tipo de compromiso. Y es que en el discurso tradicional los hombres, a diferencia de las mujeres, construyen su sexualidad a partir de su saber sexual y el despliegue de éste. Por ello, una mujer difícil de satisfacer pone en cuestionamiento las capacidades de la pareja masculina y, simbólicamente, de los atributos del modelo masculino heterosexual en general. Así, el acercamiento e insinuación sexual que recibe Mirna de otros hombres responde a que ven en ella la posibilidad de disfrute sexual y reafirmación de su masculinidad, es decir, la vuelven a reducir a un objeto sexual.

La vivencia de Mirna permite visibilizar la experiencia de una mujer que expresa abiertamente a su pareja sus deseos eróticos y que desea conducir la práctica sexual íntima

hacia un posicionamiento que corresponde con los discursos modernos y románticos sobre la sexualidad, donde se reconoce la existencia de un deseo sexual femenino motivado por el amor erótico hacia su pareja: ella quería que él la tocara, que la excitara. No obstante, este mismo deseo es condenado por los discursos tradicionales de la sexualidad, que principalmente se materializan en la forma en que su pareja interpreta esas acciones, así como en la forma en que sus conocidos comienzan a verla e insinuarle la posibilidad de encuentros sexuales.

En el tradicionalismo, la experiencia sexual se ve marcada por imágenes y representaciones de ciertas conductas y deseos sexuales como aceptables y “naturales”, que son las de los hombres, mientras que las mujeres solamente deben desear complacer a su esposo, produciendo y reproduciendo relaciones asimétricas de poder entre la práctica de una sexualidad femenina pasiva y otra masculina activa. Hay una doble moral sexual (Amuchástegui, 2001; Hierro, 2016): mientras se acepta y se espera que los hombres tengan experiencia sexual adquirida fuera y dentro del matrimonio o en la relación de pareja, las mujeres deben carecer de dichos conocimientos, y en el mejor de los casos, pueden tener un poco de experiencia, pero sólo producto de su relación estable, mostrar sus deseos, pero no muchos y limitados a su pareja.

En este contexto de regulación moral conservadora de la sexualidad donde la práctica sexual se piensa como parte de una relación heterosexual de pareja, donde los deseos sexuales masculinos se presentan como los más importantes, ¿qué representa el autoerotismo femenino? Al respecto, la narrativa de Mirna, sin pretensiones de generalizar o agotar los caminos diversos que puede tomar el autoerotismo,<sup>41</sup> es una vivencia que desde lo particular habla de códigos sociales que marcan formas hegemónicas para producir y sentir placer y de una práctica que parece oponérseles:

“Lo que a mí más me causaba placer era verme al espejo y comenzar a tocar mi cuerpo desnudo, ver cómo lo iba recorriendo y detenerme para sentir ciertas partes, mis senos y mi vagina, por ejemplo. Me tocaba una y otra vez y, ¿sabes?, era algo a veces más placentero

---

<sup>41</sup> Por autoerotismo se entiende la producción de sensaciones placenteras a través de la autoestimulación, que puede ser desde tocar los genitales hasta cualquier otra parte del cuerpo, lo que puede o no resultar en un orgasmo (Hurtado, 2015:116). Además, en esta práctica se pueden integrar elementos externos al propio cuerpo como geles, aceites, etc.

que el estar con mi pareja de ese momento porque yo sabía mi ritmo, cómo ir subiendo de intensidad [ríe].” [Cd. de Puebla].

El saber qué partes tocarse, cómo, con qué *ritmo* y hacerlo refleja un proceso de aprendizaje sobre su cuerpo, sus deseos y fantasías sexuales. Así, en ese proceso de tocarse y verse, hay un reconocimiento de lo que le causa placer, lo que la estimula sexualmente, lo que resulta ser tan o más gratificante que una relación sexual con una pareja masculina. Sensaciones corporales que no se limitan a la interacción de pareja, sino que hablan de la posibilidad de autogestionar su propio deseo y darle cabida en la interacción con ella misma, se trata de “conocer el propio mapa erótico y no el que el varón decida o haya aprendido con otras mujeres [...] sino el mapa erótico personal” (Hurtado, 2015:118).

La práctica autoerótica como un elemento antagónico del discurso sexual conservador que invisibiliza los deseos sexuales de las mujeres y que las despropia de su cuerpo al delinear a la figura masculina como la dotada, casi por naturaleza, del conocimiento de lo que la otra parte quiere y necesita y las relaciones entre hombre y mujer como el espacio legítimo para el ejercicio de la sexualidad. Aspecto que puede observarse cuando ella decide compartirle a su pareja el conocimiento que tiene sobre su propio cuerpo, proponiéndole partes y formas específicas en que quiere ser tocada, lo que da como respuesta un *no*:

“Yo sabía qué me gustaba tocarme y una vez le dije a mi pareja cuando teníamos relaciones [sexuales] que me tocara así y así, y no lo hizo, dijo que no, que él sabía cómo hacerlo, y lo hacíamos a su manera. Pero no importaba, después yo lo podía hacer sola y ¡vaya que lo disfrutaba!

Recuerdo bien que [una vez] se me ocurrió decirle: ‘oye, ¿por qué no me besas mis pechos?, y él: ‘¡porque no!’; y yo: ‘¿por qué no juegas con el pezón?, eso me provoca placer’, y él: ‘¿cómo crees?, ¡no!, ¡qué asco!, ¡guácala!’” [47 años, Cd. de Pue.].

El que Mirna tuviera conocimiento sobre cómo estimular sus deseos eróticos y que lo expresara constituyó un atentado a la posición de poder que su pareja sentía tener, en tanto que él era la figura masculina, sabedor –según cierto imaginario social– de cómo lograr excitar a la otra persona para lograr un orgasmo, principalmente el masculino. En la cotidianidad, como expresa Hierro, “se acepta que los hombres ejerciten su sexualidad para obtener placer, no así las mujeres, a quienes se les impone una reglamentación estricta para

la obtención de la gratificación sexual” (2016:116). Así, la relación sexual es una relación de poder, donde se negocian las maneras de producir placer y los discursos que legitiman o no esas formas. Así, aunque parece aceptar los términos de la negociación de pareja, ella mantiene un acuerdo individual con sus propios deseos, es decir, continuar con su práctica autoerótica, dándose placer y disfrutando de ello.

“[...] cuando tienes a tu pareja, [y sabes] lo que quieres [y] cómo quieres y no lo hace, y dices: ‘¡Ay, no se vale!, ¡ay mamita, con Manuelita vamos’. [...], lo disfruto, el momento que yo quiero se van todos y no hay nadie en la casa aprovechó.” [Mirna, Cd. de Puebla].

La práctica autoerótica de Mirna se vive como una autogestión del deseo para producir un placer sexual donde lo importante es ella misma, es decir, el recorrido corporal erótico ya no está limitado a satisfacer el imaginario sexual masculino tradicional, donde la mujer sólo encuentra placer a través del coito, sino que ella reconoce su capacidad de autoproducirse placer sexual, tanto o más gratificantes que el que encuentra en una relación coital con su pareja. Es a través de la libertad de tocarse y sentir su cuerpo, sus genitales, de la forma y el tiempo que ella quiere, que se posiciona como un sujeto con deseos sexuales propios y no sólo como la pareja femenina por medio de la cual el hombre llega a su orgasmo.

### **5.1.3.- Muchas veces una como mujer quiere...**

Como se destacó al principio del capítulo, dentro del discurso tradicional la relación sexual se enmarca como un acto legítimo para la mujer siempre que se dé dentro del matrimonio o unión con un hombre. En esta línea y de forma coincidente con la narrativa de Inés, se ubica la experiencia de Flor, mujer viuda, de 69 años, madre de una hija y de un hijo que están casados, quien al momento de la entrevista tenía una pareja sentimental con la que vivía una relación *discreta*, adjetivo que hace referencia a la imposibilidad de mostrar abiertamente y a todos sus conocidos y familiares que están juntos en una relación amorosa, puesto que él tiene esposa y vive con ella.<sup>42</sup> Ella describe su matrimonio –que duró aproximadamente 30

---

<sup>42</sup> Es una relación *discreta* porque desde el discurso tradicional católico de la sexualidad, el matrimonio heterosexual es el vínculo legítimo para las prácticas sexuales, en tanto, todo vínculo amoroso-sexual fuera de

años– como una *vida normal, con altas y bajas*, signada por el tradicionalismo, donde el marido se dedicó más a su papel de proveedor económico, dejando a un lado el amor y el diálogo de pareja:

“[él] fue un hombre muy responsable, él era muy vasto en la casa, a él le gustaba llevar todo, que no faltara nada en la casa, fue muy vasto, nada más que sí, su carácter [...]

[...] no era cariñoso, no era apapachador y muchas veces una como mujer quiere ese apapacho, que... este... platique, no fue platicador... te daba por hecho todo, o sea, son muchas cosas en las cuales yo no estaba a gusto, porque muchas veces yo decía: ‘Oye... fijate que esto...’, y él: ‘¡Ay, sí amor!, sí, sí...’ y le subía a la tele y ya no me hacía caso.

[...] no es lo material lo que te llena la vida: un cómo te fue, cómo estás, qué hiciste, aunque vayas a platicar de los jitomates, y los ajos y la cebolla porque estás en casa como ama de casa, pero que haya ese diálogo que es muy importante.” [Cd. de México].

En el modelo tradicional, ser buen proveedor representa el elemento más importante del ámbito de la pareja y del ideal de masculinidad (Núñez, 2007:154). Sin embargo, ser un *hombre responsable*, que satisface las necesidades económicas familiares, puede no cubrir todos los requerimientos de una esposa para ser feliz y sentirse *a gusto* en la relación, por más que haya aprendido que eso es lo único que le corresponde al hombre cuando se casa. Como afirma Flor, observando en retrospectiva lo que ha vivido, la mujer quiere *ese apapacho*, caricias que demuestren el amor, una plática donde se haga evidente el interés de la pareja por las actividades diarias de la otra persona, sin importar el asunto de que se trate. Y aun a pesar de reconocer que hay personas que *no hablan mucho*, Flor esperaba un poco de atención, preocupación por lo que ella sentía o vivía en su día a día. Siguiendo su propio argumento, expresa:

“Dentro de lo que una necesita, pues el diálogo, la plática, el poder salir a tomar un café juntos, el día que yo quisiera tener una relación sexual que él correspondiera también, sí porque eso también es importante porque llega el momento... porque cuando ellos necesitan bueno... yo lo digo, en mi caso cuando él lo necesitaba era cuando me buscaba, no cuando yo lo quería.” [Cd. de Méx.].

---

éste es valorado como ilegítimo, como en este caso es la relación de Flor. Donde, además, la mujer –que no es la esposa o pareja oficial– es representada como una “mala mujer”, que transgrede las normas morales que rigen el buen comportamiento femenino. Así, el mantener esta relación como *discreta* es también una forma de mantener a nivel social la imagen de ella como una mujer decente que no tiene relaciones amorosas o/y sexuales con hombres casados y que se dedica al cuidado de su familia.

El deseo de haber vivido una relación distinta se presenta a través de la añoranza de algo que no se dio: una conversación donde ella fuera el centro de atención, donde lo que dijera se considera relevante; salir a pasear por el placer de estar juntos, y que cuando ella quisiera tener una relación sexual, él correspondiera con la misma intensidad con que ella lo hacía cuando él lo quería:

“[Cuando quería tener una relación sexual] Yo me le acercaba, no se lo decía, porque así era, como algo no sé... falta de confianza, también porque eso es muy importante: hablar de lo que tú quieres decir, lo que tú quieres [...]

Pero, yo se lo insinuaba, lo que él hacía era rechazar, entonces algo muy feo, ¿no? De una manera agresiva porque digo yo sé que, si no quieres, no, pero él lo hacía con un codazo: ‘¡no!, ¡quítate!, me molestas’.” [Cd. de Méx.].

La experiencia de relación marital que vivió Flor estuvo marcada por la falta de cariño, donde el esposo estuvo claramente dedicado a su papel de proveedor económico ya que trabajaba para que no faltara nada en su casa, ni a su hija e hijo, ni a su esposa, dejando de lado el aspecto afectivo. Según ella, su esposo era poco cariñoso e ignoraba los deseos sexuales que ella le insinuaba, porque a pesar de tener una relación marital de años, no sentía la *confianza* necesaria para poder expresar abiertamente lo que ella sentía y quería en el aspecto erótico-sexual. En su relación de pareja se manifestaba una característica común en el modelo tradicional: la negación o el desconocimiento de los deseos de la mujer, lo que volvía imposible para ella pedir caricias, besos, abrazos, compañía y contacto sexual. Lo que ella obtenía del esposo como respuesta a su demanda de intimidad sexual era violencia: empujones para que ella se alejara.

En un contexto sociocultural donde el ejercicio de la sexualidad está marcado por la hegemonía masculina, el hecho que las mujeres expresen sus deseos sexuales genera inseguridad en aquellos hombres que no están preparados para reconocerlos y aceptarlos, al sentir que ponen en riesgo su masculinidad: si ella tiene deseos que él no satisface, podría buscar satisfacerlos con otro hombre, lo cual amenaza su carácter de “propietario” de esa mujer. Así, en la vivencia de su sexualidad, las mujeres y los hombres ponen en juego las representaciones socioculturales del género y el sentido que estas tienen para ellos.

En el caso de Flor hay un proceso de negociación entre un hombre que piensa y ha aprendido que lo más importante es proveer económicamente a su familia y que las relaciones sexuales con su esposa deben darse cuando y como él quiera, y una mujer que busca cumplir con el mandato cultural de ser una buena esposa –dar cuidado a sus hijos y atención a su esposo–, pero que con el tiempo fue descubriendo que quería otro tipo de atención y expresiones de afecto, así como la posibilidad de expresar deseos sexuales cuando ella lo quiera y ser correspondida.

En este sentido, Flor señala posteriormente: *un hombre que no tuvo amor, que no tiene detalles en su vida de niño, ni de joven, ni de adulto, ¿qué puede dar?, es eso, fue lo que vi con él [esposo]*. La forma de ser hombre de su esposo estuvo marcada por un conjunto de prácticas, discursos y normas donde demostrar las emociones y afectos que sentía por él mismo o por otra persona no era importante. El conjunto de creencias sobre la masculinidad y la feminidad y las prácticas en las que su esposo fue socializado y que fueron el eje para entender cómo debía ser hombre, estuvieron marcadas por códigos de género tradicionales (Hochschild, 2008:3029),<sup>43</sup> es decir, por el mandato de cumplir con la tarea de proveedor económico para su familia. Esto le permitía reconocerse como un hombre y como un buen padre, lo que era para él la mayor muestra de cariño posible hacia su esposa, hija e hijo.

Así, al estar también socializada en estas creencias y aunque parecía ya no compartirlas completamente, Flor sí correspondía las *necesidades* sexuales de su esposo, a pesar de los actos de violencia. Esas necesidades dentro del discurso tradicional de la sexualidad masculina aparecen como un impulso natural que tienen los hombres, y que deben atender las mujeres. Sin embargo, como es posible apreciar a través del relato de Flor, el hecho de que en la cotidianidad su esposo fuera buen proveedor económico –en tanto hombre–, y pudiera hacer explícito cuándo y cómo quería tener una relación sexual con ella, no significaba que dicho tipo de relación fuera satisfactorio para ella. A pesar de reconocer que su pareja siempre se había hecho responsable de los gastos de la familia –representación de género–, y que tenía necesidades sexuales –representación de un discurso tradicional de

---

<sup>43</sup> El libro consultado está en forma *Ebook*, por tal motivo, como página se ha colocado la posición en *Kindle*.

sexualidad–, ella esperaba y quería otro tipo de relación, una donde sus deseos sexuales y eróticos fueran escuchados, un discurso moderno y romántico sobre la sexualidad marital.

Dentro del discurso moderno, la sexualidad implica formas de intimidad donde existe cierto reconocimiento de las mujeres como sujetos de deseo –como siempre han sido los hombres–. Son relaciones eróticas y amorosas, donde los sentimientos, la confianza y el placer son importantes para ambos, es decir, donde no solamente hay deberes conyugales sino también amor, sentimiento que legitima de cierta manera la expresión de los deseos femeninos, ya que propician una intimidad placentera donde hay diálogo, atención, besos, caricias y relaciones en posiciones y formas que aseguren el placer para ellas. Así, tanto para Flor como para otras mujeres, la intimidad no es sólo una forma de corresponder al ingreso económico que aporta el esposo para el cuidado de la familia, sino un espacio donde el mutuo placer y la vinculación emocional amorosa posibilitan desarrollar lazos más fuertes en la pareja (Hirsch, 210:2003), una intimidad que da por resultado un bienestar emocional que se expresa en otras áreas de la vida.

#### **5.1.3.1 ¿Dónde quedas tú y tus hormonas?**

En algunos relatos de las participantes, poco a poco se cuestiona que las relaciones sexuales se presenten como una necesidad de los hombres en el marco del matrimonio donde el deseo queda restringido a los hombres y, por lo tanto, el inicio del encuentro sexual es iniciativa de ellos. Al respecto, Mar, mujer viuda de 50 años, que al momento de la entrevista dijo tener una pareja sentimental, comenta:

“[Con el difunto esposo] a veces era dos o tres veces al mes [tenía relaciones sexuales], sí, porque también era que, su cansancio, el cómo trabajaba en la madera [maderería] y todo eso, siempre llegaba cansado, yo le entendía perfectamente. Sí, a veces decía: ‘no tengo ganas’, y yo: ‘pero no te preocupes, otro día será’, y bueno, tú como mujer dices: ¿dónde quedas tú y tus hormonas?, bueno, pero pasaba ¿no?, pero pues así era casi 3 veces.” [Cd. de Puebla].

En el caso de Mar, el agotamiento físico de su esposo era un elemento decisivo en la escasa frecuencia de sus relaciones sexuales, ya que la posibilidad de tener el encuentro sexual dependía de las energías físicas –según da cuenta el relato– o las *ganas* que tuviera el esposo.

Aquí, la decisión final la tenía él, mientras que ella tomaba un papel comprensivo ante la situación, pero al mismo tiempo se preguntaba: *¿dónde quedas tú y tus hormonas?*, es decir, hay un cuestionamiento del lugar y del papel que tienen las mujeres cuando se trata de lo que ellas quieren, sienten y desean.

“[...] desde que me casé, se me fue esa chispa que dicen que es de alegría; se me fue totalmente.

[...] nos olvidamos de nosotras como mujer, todo ese tiempo que conviví con mi esposo que fueron 13 años de matrimonio, me dediqué a eso, a la casa, a sus hijas, a él. Y, *¿dónde quedó Mar, la mujer?*, la que ya no existe, ya no existía, todo eso la absorbió, me absorbió”. [Mar, 50 años, Cd. de Puebla].

Mar aparece en la relación marital como un ser entregado al cuidado de los demás, esposo e hijas del esposo, papel a través del cual se diluyó su identidad como mujer, sus deseos, sus intereses, su amor propio. Para Mar, el matrimonio significó la pérdida de su alegría y el aislamiento de su familia de origen, ya que ser esposa y madrastra le demandaba todo su tiempo y energía. Ella dejó de reconocerse como la persona que era antes de casarse: feliz y con ilusiones.

Sin embargo, a pesar de estos cuestionamientos, Mar expresó que le gustaban los momentos de intimidad con su esposo: *desde que empiezas con las caricias, empiezas con las palabras bonitas y todo eso*. Es decir, lo placentero de la relación sexual para algunas mujeres no queda limitado al acto coital en sí mismo, sino a la forma en que éste se desarrolla, a lo que se dice o se deja de decir durante ese momento, a las caricias que se dan y reciben. Este es también el caso de Flor:

Entrevistadora: *¿Qué era lo que más te gustaba de tu relación íntima [con su esposo]?*

Flor: Pues las caricias, [el] juego previo, aunque así muy, muy grande que hubiera sido, no, pero había detalles que desde la mañana él se acercaba, me daba un beso y me decía: ‘*prepárate para al rato...*’, y se iba a trabajar y de alguna manera preparaba la situación desde la mañana. Muchas veces dejaba, dejaba de trabajar entre comillas, porque se iba a la oficina muy tempranito y regresaba a una obra que tenía cerca de la casa y entonces, en ese inter pasaba a la casa y nos íbamos a bañar al vapor o en la casa, o así. [69 años, Cd. de Méx.].

Además del coito y de poder expresar sus propios deseos o su ausencia, algunas entrevistadas deseaban más expresiones afectivas de sus esposos que fueran llevando a los encuentros sexuales. Dicen haber anhelado un beso matutino dado por el esposo o un par de palabras que hagan referencia a un posterior encuentro íntimo que, además, puede darse tanto en la casa -y en específico, la habitación como lugar privilegiado para la relación sexual marital, como en otros espacios, por ejemplo, el *baño de vapor*. Paralelamente a los discursos del hombre proveedor y la mujer comprensiva que lo atiende sexualmente cuando él lo necesita, se va desarrollando un discurso en el cual las mujeres reconocen sus propias *necesidades* sexuales, tan válidas como las de los hombres y su interés por una relación erótico-afectiva que las haga sentir bien a ellas, y no sólo a sus parejas.

De manera general, los testimonios expuestos de mujeres de entre 44 y 69 años, de la Cd. de México y de la ciudad de Puebla, permiten delinear algunas generalidades compartidas por las entrevistadas y al mismo tiempo presentar algunas particularidades de la vivencia de la sexualidad.

El primer aspecto que se comparte en estas narraciones es el marco heteronormativo de la sexualidad. Todas las participantes expresaron haber sentido atracción por los hombres y vivido con ellos relaciones eróticas. En ningún relato se expresó el interés por prácticas sexuales con personas del mismo sexo.<sup>44</sup> Como segundo aspecto, se presenta el marco monogámico de la sexualidad. Algunas vivieron relaciones sexuales en el o los noviazgos, varias tuvieron más de una pareja marital –pero en relaciones sucesivas– y otras tuvieron relaciones discretas o clandestinas después de separarse o enviudar. En general las relaciones sexuales se narran en el contexto de relaciones de pareja, con excepción de una de las entrevistadas.<sup>45</sup> Algunas interpretaron su sexualidad marital como parte de un discurso tradicional, donde las prácticas sexuales se entendían principalmente como la forma de cumplir con la obligación de atender al esposo, además de ser dirigidas por él, y otras

---

<sup>44</sup> La atracción por personas del mismo sexo sólo apareció tangencialmente en el relato de Yuri, mujer de 61 años, de la Cd. de México, cuando narró que hace algunos años (2015) una amiga le dijo que le gustaba, a lo que Yuri respondió que ella no compartía esos gustos. Este episodio sirvió para decir que a ella le gustaban los hombres y no las mujeres.

<sup>45</sup> De las diecisiete participantes, una mencionó que antes del diagnóstico del CaMa había tenido encuentros ocasionales –de una sola noche– con hombres que no conocía.

cuestionaron ese discurso. Como es propio de los discursos sobre sexualidad que emergieron en la segunda mitad del siglo XX, varias mujeres anhelaban relaciones erótico-afectivas más igualitarias y románticas, donde también pudieran expresar sus deseos eróticos y se respondiera a lo que ellas consideraban sus necesidades sexuales, y donde el camino para despertar sus deseos fueran los besos, las caricias y la ausencia de violencia o imposición. Algunas de las entrevistadas dan cuenta de relaciones duraderas donde el amor erótico y el placer sexual mutuo constituyeron el fundamento de sus relaciones conyugales o de las no maritales, como se dará cuenta en los siguientes apartados. Esto implica una interpretación del lazo conyugal y de las relaciones amorosas como espacios legítimos para las expresiones sexuales de las mujeres (Gayet y Szasz en Rabell, 2014:360-361), en especial de quienes toman distancia de los modelos tradicionales.

## **5.2.- La sexualidad durante el proceso del cáncer de mama**

El CaMa es una enfermedad que representa la posibilidad de morir y, al mismo tiempo, puede conllevar una serie de cambios corporales, como la mastectomía y la caída del cabello debida al tratamiento con quimioterapia. Estos cambios pueden alterar las formas específicas de experimentar el cuerpo, incluidas las que se relacionan con las prácticas sexuales. Estas pueden incluir o no el deseo y el placer sexual, pero sin duda involucran las emociones y el erotismo vinculado con la pareja.

En esta sección, se abordará la experiencia y significados de la sexualidad de las mujeres participantes del estudio durante el proceso del cáncer de mama, identificando los discursos sociales sobre la sexualidad y la forma en que son apropiados y resignificados por ellas en el día a día, después del diagnóstico, tratamiento y post-tratamiento.

### **5.2.1.- El vínculo de pareja como cuidado equitativo y mutuo**

Para las mujeres entrevistadas, el CaMa representó una enfermedad que irrumpió en sus vidas en diferentes aspectos y sentidos, entre ellos la sexualidad. Un área que se veía atravesada

tanto por discursos tradicionales que exaltan la sexualidad del hombre como fuerza incontrolable y la de las mujeres como pasiva y discreta, como por discursos modernos que enfatizan la idea del amor romántico, donde las expresiones erótico-afectivas de las mujeres se consideran aceptables dentro del marco de la relación de pareja.

Un ejemplo de relación romántica es la de Pamela, mujer de 62 años, casada con su novio de la juventud con quien procreó tres hijos, quien comenta:

“[...] aquí estoy [...] dándole gracias a Dios por este hombre tan maravilloso que tengo [su esposo]. [...] él me dice ‘negra’, y me dice que me quiere mucho y yo también, y ya me lo demostró. Tengo 41 años de casada y no tengo nada que decir, él es un hombre maravilloso, que me apoya y que me seguirá apoyando. Ahora, a él también lo cambió esta adversidad de la vida, porque antes no me ponía atención en lo que yo le decía, y ahora le digo: ‘Quiero platicar contigo’, y me apaga la televisión y me dice: ‘¿Qué pasa?, a ver, vamos a ver, ¿qué pasa?’. Me pone atención y entonces, de lo malo, algo muy bueno.” [Cd. de Méx.]

Ante la adversidad que representa el CaMa, contar con una pareja que brinda su apoyo y cariño de forma incondicional –sin importar la caída del cabello, los malestares y la ausencia del seno–, constituye para Pamela un aspecto del cual sentirse orgullosa. Es la representación de una relación de pareja donde la asignación tradicional de papeles donde el hombre se reconoce únicamente como el proveedor económico mientras la mujer lo atiende a través del cumplimiento de sus deberes conyugales –como esposa y madre– (Núñez, 2007: 142), se desdibuja. Es decir, se mueven de los roles de género tradicionales hacia una relación donde el hombre demuestra su capacidad de cuidar a su esposa por medio de acciones que van más allá de proveer económicamente al hogar. Ahora, en la relación marital de Pamela, su esposo la atiende, cuida de ella, de su *negra*, le expresa que la quiere y se lo demuestra a través de sus cuidados y estando al pendiente de lo que ella necesita, cosas que no hacía antes de la enfermedad, según su narrativa. Esta situación la lleva a sentirse agradecida porque su esposo no sólo se dedica a trabajar (*para poder comprarme lo que yo necesitaba*, expresa Pamela), sino que realiza tareas de cuidado que “bien podría no hacer”, quejarse o delegar a otra persona como hacen otras parejas, como dan cuenta otras mujeres que han compartido sus experiencias con ella. De acuerdo con el modelo tradicional, son estas actividades las que,

parafraseando a Hochschild, se presentan como algo extra que da el esposo a la relación, una especie de regalo inesperado (2008:2952) que se vuelve trascendental para Pamela.

El regalo, en este caso, es el cuidado, las atenciones y principalmente el hecho de que el esposo siga a su lado a pesar de la enfermedad, ya que, según se ha enterado al platicar con otras mujeres, el abandono por parte de la pareja es una posibilidad constante en las mujeres que padecieron CaMa. En este sentido, los cuidados y caricias vienen a significar el interés de su marido por ella, lo que promueve una forma de intimidad, la posibilidad de expresar sentimientos y emociones, y de sentir cierto placer erótico al recibir estos cuidados:

“[Durante el baño] yo le decía: ‘ayúdame a bañar [...]’, y le decía que me enjabonara bien mi cabellera larga, porque siempre eso fui de decirle que yo era una peloncita sexy y que me bañara y que me secara [...]. Y él me decía [...] que me tenía que bañar bien y enjuagarme bien y lubricar mi piel para que no fuera a tener, por decir, una rozadura o resequedad por el medicamento o por todo eso, y aparte me decía, me secaba y ya me agarraba y me arropaba bien porque era diciembre [...] y me decía: ‘arrópate bien, mi negra santa porque si no, no quiero que te me vayas a enfermar de gripa o de tosecita’.” [Cd. de Méx.].

En esta narración, se exalta la vivencia de un amor romántico (Giddens, 1998:4) ideal, donde la relación conyugal significa también un compromiso de cuidados y de vínculo sexual en el que sentimientos como el cariño y el amor permiten enfrentar cualquier reto que se atravesase en la vida marital. Se trata de un tipo de relación que Pamela ya venía viviendo con su esposo;<sup>46</sup> sin embargo, con la enfermedad, la división de papeles tradicionalmente aceptada se desdibujó parcialmente, dando paso a una relación donde él también atiende a su esposa, la cuida emocional y físicamente: arropa a su *negra santa*,<sup>47</sup> la madre de sus tres hijos, la mujer que ha estado con él durante 41 años cuidando de la familia y a quien ama.

---

<sup>46</sup> En la narrativa de Pamela, si bien se presentan aspectos normativos que establecen lo que le corresponde hacer a una buena esposa y hay una exaltación del papel de las mujeres como madres, también se da cuenta de una relación de pareja que surgió del enamoramiento, donde ninguna parte de la pareja se vio obligada a contraer nupcias, sino que dieron este paso porque así lo decidieron. Además, según relata la participante, su relación estuvo basada en la confianza mutua, en el cariño y el apoyo.

<sup>47</sup> El adjetivo de *santa* refiere a la visión de pureza sobre la persona que en el caso de Pamela corresponde a que ella se casó con su primer novio, nunca le ha sido infiel y se ha dedicado a su hogar completamente, criando a tres hijos que ya son independientes económicamente. Lo que ha sido correspondido por su esposo, quien también le ha sido fiel –según deja entrever la narrativa–, porque la ama.

Por otra parte, en esta situación de cuidado que relata Pamela, hay una relación erótico-afectiva presente, que consiste en expresiones de amor y acercamientos corporales: ella muestra su cuerpo desnudo con la cicatriz de la mastectomía a su esposo, a quien parece no importarle y, por el contrario, la toca mientras la baña, un contacto que ella disfruta y que la hace sentir amada e importante. El baño ya no es sólo un momento de aseo personal, sino el espacio en el que ella se muestra a su esposo sin pena, donde busca sentir las caricias de él –cuando la enjabona, le seca la piel y se la lubrica con crema–. Es el momento en el que se presenta la necesidad de tener la atención del esposo, no sólo como una mujer que atraviesa una enfermedad, sino como una mujer atractiva, que le sigue gustando.

Así, aún en la enfermedad y ante los cambios corporales experimentados, como la pérdida del cabello y de la mama, Pamela se sitúa como una mujer que se siente atractiva, que se ve a sí misma y busca ser vista por su esposo como una *peloncita sexy*. No obstante, el sentirse una *peloncita sexy* se restringe al lugar íntimo de la casa,<sup>48</sup> con su marido, es decir, dentro de un espacio socialmente aceptado, para mostrar este tipo de actitud sensual que tiene un destinatario específico, su esposo (Kennedy, 2016:67). Pamela no quiere ser sexy para alguien más, sino para su marido, en el espacio del hogar.

El tipo de intimidad que tienen Pamela y su esposo a partir del CaMa, si bien está marcado por la ausencia del coito, –ya que según le han dicho los doctores, durante el tratamiento no es recomendable tener relaciones sexuales porque las mujeres son más propensas a contraer infecciones sexuales<sup>49</sup>– no conlleva a que el vínculo afectivo-amoroso se rompa. Por el contrario, es a través de los cuidados que involucra el proceso de enfermedad que, desde su perspectiva, ella siente el cariño de su esposo:

“Y entonces, una vez le dije: ‘¡Ay!, creo que me estoy rozando de mi parte [zona genital]’, y él me dijo: ‘este, no te preocupes’; y al otro día llegó con las toallitas húmedas [...] para que me pudiera limpiar bien [...]. Y aparte de eso, me decía: ‘ya es hora de tu medicamento, [...] de tu comida, de tu cena’; porque él llegaba a darme de comer y a darme de cenar y me ayudaba a bañarme; y luego [...] me decía: ‘aquí está el teléfono para que no te levantes’, y

---

<sup>48</sup> En el relato de Pamela, el sentirse y ser sexy sólo apareció cuando habló sobre la relación con su esposo. En ningún otro momento de su relato se hizo presente esta autodescripción.

<sup>49</sup> Lo que no significa que ella no quiera que su esposo la acaricie, la bese y le diga cosas que la hagan sentir atractiva y bonita. Sólo que por ahora y hasta que el doctor se lo indique, no tendrá relaciones coitales para evitar alguna infección.

también me llevaba las botellas de agua y las dejaba ahí a un lado del buró, en el piso para que yo tomara agua y no tuviera que levantarme.

Entonces eso para mí fue muy... ahí me demostró el amor y el cariño que se le deben de dar a la esposa, no al paciente, [...] el amor de esposo, [...] porque cuántos esposos no dejan a las pacientes porque nos dicen, les dicen o les dicen a las personas que simplemente él tiene que gozar su intimidad con una mujer completa, eso [...] es muy cruel de parte del esposo.” [Cd. de Méx.].

El cuidado es entendido como una expresión de amor y al mismo tiempo como un medio para tener y guiar la atención de su esposo al ámbito erótico. Esta ambivalencia parece resolverse momentáneamente cuando ella piensa que su esposo está a su lado velando por su bienestar, distinguiéndose de muchas otras parejas masculinas que “tradicionalmente” o “normalmente” sólo se dedican a proveer económicamente el hogar y usan a sus mujeres como objeto sexual, para abandonarlas cuando ya no representan los estereotipos de la mujer atractiva (con senos), o cuando no pueden tener relaciones sexuales, porque no vislumbran otras maneras de placer. Así, mientras Pamela le dice a su esposo que es una *peloncita sexy*, él parece verla como su *negra santa*, quién después de haberse dedicado en cuerpo y alma a su familia, requiere atenciones especiales debido al proceso de enfermedad. Una actitud que es aceptada por ella, puesto que representa una forma de reconocerla como una buena esposa y madre, sin por ello dejar a un lado la búsqueda de ser reconocida como una mujer atractiva, a ella también le gusta que le llame su *negra hermosa*.

Es dentro de este contexto que las actividades de cuidado y atención que él le brindó fueron concebidas por ella como un lazo y demostración excepcional del afecto que se le da sólo al ser amado, a la esposa, a través del cual, ella se mostró como una mujer que recibe positivamente estos cuidados y que al mismo tiempo quiere y busca seguir siendo atractiva para su esposo, una mujer que, a pesar de la enfermedad, se siente sensual y sexy.

En el caso de Pamela, la experiencia de cuidado por parte de la pareja, la llevó a resaltar el compromiso de amor que implica su matrimonio:

“[Ante la enfermedad] se demuestra la verdadera y los verdaderos seres humanos y el verdadero sentimiento como familia [...] mi esposo y yo fuimos los cimientos.

[En el segundo baño] cuando me vio mi esposo, nada más se me quedó viendo y se le rosaron sus ojos y me dijo: ‘mira nada más mi vida, todo lo que estás sufriendo’, y yo le dije que no estaba sufriendo, que íbamos a salir adelante y nada más me agarró mi barba, y me levantó mi cara a sus ojos, y me dijo: ‘tú sabes que te quiero mucho’, y yo le dije: ‘sí, ¿ya me viste mi herida?’, y él me dijo: ‘no pasa nada, estás hermosa’. Esas fueron sus palabras y [...] dice que para él soy hermosa, y así me quedé: soy hermosa, soy su negra hermosa.” [Cd. de México].

Así, aunque en la narrativa de Pamela destaca la importancia del vínculo familiar, el vínculo erótico también se hace presente y se resignifica a través de las palabras con las cuales ella se sitúa como un sujeto erótico, sensual, a pesar de los cambios corporales temporales como la pérdida de cabello o permanentes como la extirpación de la mama, y el contacto con la pareja a través de abrazos o caricias.

En la relación marital de Pamela se vislumbra un aumento de empatía y confianza, y al mismo tiempo, de apertura para que el hombre interactúe con su esposa no sólo como el proveedor económico –ya que él nunca dejó de llevar dinero a su familia–, sino desde el papel de esposo, cuidador-amoroso que procura el bienestar físico y emocional de la otra persona, y cuyo desempeño se configuró como una vía a través de la cual también pudo reafirmar su masculinidad: para ella él es un *hombre maravilloso*, fuera de lo común, porque no se comporta como “todos”, es decir, según el estereotipo por el cual la sexualidad masculina es entendida como una fuerza natural que debe saciarse independientemente si es con la esposa, la pareja u otra mujer que satisfaga este deseo fuera del hogar; basta con que sea una mujer que cumpla con las características de atractivo para el deseo masculino.

Esta es una representación que algunas mujeres comparten: que los hombres sólo aman a las mujeres atractivas y en especial, completas, con “los dos senos” como dicen algunas de las mujeres entrevistadas. De ahí que pensar al hombre como maravilloso es oponerlo a la representación tradicional y, por lo tanto, repensarlo como un hombre que entiende la situación de enfermedad de su esposa y lo que esto implica –cuidados especiales,

visitas al doctor, etc.—, y que a pesar de esto la sigue amando como su pareja.<sup>50</sup> Al respecto expresa Antonia, otra de las entrevistadas:

“[...] antes dí que mi marido no se ha ido porque a muchas de mis compañeras su marido ya las dejó, hay otras a las que su marido no les ha visto la cicatriz [...]

Entonces, así como que al principio ‘¿cómo crees?, que yo estoy contigo y todo’, pero finalmente, al cabo de un tiempo los maridos se cansan, ¿no?”. [53 años, Cd. de Méx.]

Dentro de modelo de sexualidad tradicional, el hombre se configura como un sujeto con necesidades sexuales propias, que requieren ser satisfechas y, de no ser así, él puede buscar a otra mujer (Hirsch, 2003:213), una mujer corporalmente completa, con sus dos senos.<sup>51</sup> Desde esta perspectiva, como parte de las lógicas de poder que imperan en los discursos tradicionales sobre la sexualidad, el cuerpo que los hombres deben desear para una práctica sexual satisfactoria es el de una mujer con ambos senos, que estando “completa” puede provocar excitación sexual al varón a través de la vista o del tacto. Al respecto comenta Antonia:

“[...] ¡es la verdad!, estamos mutiladas, ¡es la verdad!, o sea, ya no nos vemos igual. [...] Pero por ejemplo yo me pongo a pensar en Marce [otra conocida que tuvo CaMa], que quién sabe si se case [...], que es difícil para ella encontrar un novio a quien le diga: ‘sabes qué, tuve cáncer, ya no tengo un seno’, y que la acepte así porque así son los hombres”. [53 años, Cd. de Méx.]

En los cuerpos “organizados sexual y amorosamente” (Esteban, 2009:36), los senos representan una parte que ha sido social y subjetivamente vinculada con la femineidad y la sexualidad. Así, al carecer de esta parte fundamental de la femineidad, ellas conviven con un esquema de representación tradicional donde la mujer (corporal, física y emocionalmente) está al servicio del deseo masculino heterosexual, esquema que influye en su auto-representación como alguien que no puede dar el mismo placer sexual que las mujeres

---

<sup>50</sup> Con esto no se quiere dar por sentado que todas las parejas que permanecen juntas lo hacen bajo la interpretación de que se aman o que este sea el único motivo. Sin embargo, para Pamela el amor se presenta como el elemento más importante que les ha permitido estar juntos en todo el proceso, además de sentirse amada y aceptada por su esposo.

<sup>51</sup> La presencia de los senos desarrollados, como órganos que representan la diferencia sexual, marcan ciertos cuerpos como femeninos.

completas (con ambas mamas) a la pareja masculina. Siguiendo a Butler, la sexualidad implica “lógicas de poder que determinan cómo pensamos sobre el deseo, la orientación, los actos sexuales y los placeres” (2009:325), lógicas de poder que promueven la visibilidad de corporalidades de ciertos sujetos, y la negación o invisibilidad de otros. El orden inscrito en los cuerpos establece vías legítimas para canalizar las formas de sentir o dar placer, y esto incluye las normas que establecen qué cuerpos son deseables, bellos o atractivos. Estos discursos en la vida de las mujeres que han padecido CaMa tienen un énfasis especial ya que sus cuerpos físicamente no corresponden con la representación cultural del cuerpo femenino, y simbólicamente, se cuestiona su capacidad de producir y dar placer a la pareja, al esposo, es decir, a alguien más antes que a ellas mismas. Por encima de su placer, se muestran más interesadas en el placer de la pareja heterosexual, en cierto sentido hay una desapropiación de sus deseos erótico-afectivos,

De forma general, el cáncer, como experiencia que evoca la posibilidad de morir, así como las mutilaciones corporales asociadas con el tratamiento, constituyen un punto de inflexión en la vida que obliga a reconsiderar las normas de género incorporadas, entre ellas las que regulan la sexualidad y el erotismo, y la vida en pareja. Como afirman Freixas y Luque: “los abrazos, los besos, el contacto piel a piel, las caricias... adquieren un espacio nuevo, más allá de la estricta genitalidad” (2009:194) asociada con el discurso normativo de la sexualidad donde la penetración constituye el clímax de la relación sexual, invisibilizando otras formas de experimentar el cuerpo, el deseo y el placer. Esta sexualidad, además, se ve atravesada por una concepción de amor más cercano a lo que Giddens llama amor “confluyente” (1998:39-41), es decir, donde se exalta el vínculo de confianza y un cuidado mutuo más equitativo entre los integrantes de la relación marital.<sup>52</sup> Sin embargo, en este caso, persiste cierta tensión alrededor del significado de las caricias, que pueden ser asociadas con el erotismo de pareja o con el cariño y cuidado que se prodiga a cualquier miembro de la familia. Pamela decide quedarse con la frase *eres hermosa*, más cercana a lo primero. Otras

---

<sup>52</sup> El amor como relación social implica cambios y continuidades, a pesar de que en algunos momentos pareciera ser el mismo. Las maneras para expresar amor han variado a través del tiempo.

mujeres como lo expresa Antonia viven de otra forma la tensión en torno a la vivencia de su sexualidad después del diagnóstico y tratamiento, como se verá en seguida.

### **5.2.2.- Resignificación de la sexualidad: las caricias y las relaciones coitales después del CaMa**

La sexualidad puede resignificarse a partir de la experiencia del CaMa, alejándose gradualmente de los modelos tradicionales y transitando hacia modelos más equilibrados de relación que ponen en cuestión los estereotipos de la sexualidad masculina y femenina, adoptando, entre la gama de posibilidades, una sexualización de las relaciones amorosas en las mujeres, y una erotización de la sexualidad en los varones (Wouters, 2016).<sup>53</sup> Pero este cambio desde la asignación a los hombres de una sexualidad activa y de demostración de virilidad, y a las mujeres de inexperiencia, ternura, pasividad y atención a los deseos masculinos, es un proceso incierto. Requiere que las mujeres que han experimentado la pérdida de mamas acepten sus cambios corporales y se sigan sintiendo femeninas y atractivas, pero depende también de cambios en la pareja masculina que, a su vez, están relacionados con el contexto sociocultural de las personas.

En esta línea, Antonia, mujer de 53 años, casada y sin hijos, comenta un cambio importante en la experiencia sexual antes y después de la mastectomía. Se casó a los 40 años con un novio a quien conoció a los 35, y antes de ese noviazgo dice haber tenido muchos otros novios y haberse acostado con varios de ellos, lo que sugiere que exploró ampliamente su propia sexualidad y sus capacidades de experimentar placer con el propio cuerpo antes de iniciar una relación formal. Entre los elementos que alimentaron su decisión de casarse, además del enamoramiento y respeto intelectual hacia su pareja, señala que era “el efectivo” para brindarle placer sexual pues, aunque él no es de muchas caricias y besos previos, lograba llevarla a sentir orgasmos más que sus novios anteriores. Además de llevarse bien, tenerse

---

<sup>53</sup> La sexualidad en tanto producto socio-histórico ha transitado gradualmente entre códigos sociales, discursos y prácticas donde es posible observar una erosión gradual de las ideas que preconiben la sexualidad de mujeres y hombres como modelos opuestos, para dar pie a un proceso de aprendizaje a través de “ensayo y error” que va configurando un sujeto sexual (Wouters, 2016:25).

confianza, tener una buena situación económica y de viajar juntos continuamente, refiere una relación sexual muy placentera y constante con su esposo antes de la detección del CaMa, que ocurrió apenas un año antes de la entrevista. La describe diciendo que “me lo merendaba muy sabroso a mi gordo”. Su relato permite entender que las relaciones sexuales eran deseadas y satisfactorias para ambos, y que durante varios años fueron un elemento que reafirmaba la unión de la pareja (Hirsch, 2003:213). A partir del CaMa, la forma en que la relación sexual se desarrollaba cambió, debido a que, si bien ambos se desean y han intentado retomar las relaciones coitales, ella experimenta dolor con la penetración.

El primer aspecto de cambio que ella notó fue la manera que tenía su esposo de acariciarla. Así relata su experiencia en el primer intento de relación sexual después de la mastectomía:

“Yo estaba con mi camisa, una como esta de algodón y pues... no te la quita, no te la levanta, no te acaricia, no nada. No importaba si tuviera o no la playera, lo importante es que me tocara con o sin la playera, pero ¡no te tocan!... te tocan a la mejor la espalda, o te hacen un cariñito en la espalda o en la pompi, o sí, que te toquen el otro pecho o que te toquen donde ya no tienes pecho, yo no sé si les da miedo porque piensen que te van a lastimar donde no tienes o no sé si piensen ellos, [tal vez] que sería un insulto seguirte tocando porque ya no tienes el otro [pecho], o sea, yo no sé qué tengan los hombres en la mente, ¿no?, pero ya no te tocan.” [Cd. de Méx.].

La ausencia del seno marcó un antes y un después en la experiencia sexual de Antonia, ya que, en su primer encuentro íntimo posterior a la mastectomía, la forma en que ella se mostró a su esposo fue cubriendo esa ausencia con una camisa de algodón porque ella misma no se sentía cómoda con su nueva corporalidad. A pesar de ello, Antonia esperaba que su esposo la volviera acariciar como antes, pero no fue así. Desde su perspectiva, su pareja evitó tocarle el seno que aún tenía y el lugar donde estuvo el otro y, en el mejor de los casos, le tocó su espalda o la nalga, un “cariñito” que no la hizo sentirse deseada sexualmente.

Ella extraña las caricias de su esposo que eran parte del juego erótico, aunque reconoce que no eran muchas.<sup>54</sup> En este sentido, el erotismo, entendido como “el arte de dar

---

<sup>54</sup> Al respecto, Antonia refiere que no había mucho juego sexual previo, es decir caricias o besos, el placer para ella venía con la penetración.

y recibir placer”, (Giddens, 1998:122), a través del contacto corporal, de las palabras y la creación de imágenes sexuales y sentimientos de deseo por la otra persona o lo que ésta provoca en cada uno de los integrantes de esa relación, encuentra como barrera la dificultad para apropiarse de una corporalidad distinta.

A partir de lo anterior, Antonia reflexiona sobre lo que considera que los hombres entienden por sexualidad y cómo la viven:

“Muchos doctores cuando van a Centro Médico a dar las pláticas dicen: ‘Ay, que la mujer no es un seno, que tú no vales por un seno’, pero esas pláticas deberían ser para los hombres o las terapias en pareja, porque los hombres piensan distinto... como otro... otro taller que fui decía: ‘Es que la sexualidad, los hombres piensan que nada más es genitalidad, y no’ [...]. Y de momento, por cuestiones genitales no se puede dar la relación, pero los hombres piensan que nada más el sexo genital es la sexualidad y no es así, pero como ellos piensan eso y como para ellos es nada más entrar y salir y ya, y como ya no tienes el atractivo visual, lo tengas como lo tengas, pero estás completa, y como ya no estás así [después de la mastectomía], pues ya no.” [Cd. de México].

El proceso reflexivo de Antonia sobre lo que dicen los médicos y los talleres lleva a caracterizar un modelo de sexualidad masculina en el cual los hombres sólo piensan en el sexo genital, *entrar* y *salir* de la mujer, como la única vía de llevar a cabo la práctica sexual y producirse placer para la pareja, como para sí mismos, principalmente. Ella caracteriza a su esposo como un hombre tradicional, “muy mocho”, quien desde los primeros años de la relación se mostraba renuente a aceptar propuestas de Antonia de integrar a su intimidad sexual elementos como videos o juguetes sexuales. En esta línea ella narra:

“Yo le decía [al esposo]: oye gordito, ¿no te gustaría que yo me disfrazara?  
Y él: ¡Ay, no!, que no sé qué cosa...  
Oye mi amor, ¿no quieres que compremos unas revistas, que alquile yo una película XXX...?”  
Y él: ¡Ay, pero ¿con quién te andas juntando!  
Mi esposo es muy mocho, digo, no es que yo sea una depravada, pero a veces yo le decía:  
¿Si vamos a una de esas tiendas de sex-shop?  
¡Noooo! Bueno, ¿con quién andas hablando?, ¡eh!, ¿qué cosas andas viendo?, ¿qué cosas...?”. [53 años, Cd. de Méx.].

Las propuestas de Antonia parecen transgredir las concepciones de la sexualidad de su esposo quien parece tener una concepción más tradicional sobre la sexualidad, por ejemplo,

cómo y dónde tener relaciones sexuales: en la cama, sólo ellos dos, sin la intermediación de otros objetos. La concepción y vivencia de la sexualidad de su esposo chocó con las propuestas que Antonia le hacía para explorar otras formas en que puede darse su relación sexual. Así, ante la negativa de él y su cuestionamiento sobre dónde aprendió eso y con qué personas se junta, Antonia parece haber abandonado esas inquietudes que tal vez exploró en relaciones anteriores, y aceptar lo que su esposo quiere: mantener su vida sexual sin cambios. Aquí, la agencia de Antonia, en tanto capacidad de proponer y de actuar sobre sus deseos erótico-afectivos, situándose ella como sujeto de sexualidad, se ve limitada por lo que el esposo espera y desea: tener relaciones sexuales en la cama y con penetración, pero especialmente, mantener el monopolio del conocimiento sobre la práctica sexual y, por lo tanto, seguir siendo la guía de la mujer, supuestamente inocente e ignorante en la materia.

Pero esta es una forma de práctica sexual que se vuelve problemática cuando -como es el caso de Antonia- no se puede llevar a cabo la penetración, porque produce dolor en la mujer, debido a la resequedad vaginal causada por el tratamiento contra el CaMa:

“Es que no puedo, en verdad no puedo, tengo dolor. Ya inclusive usamos lubricante y no. Inclusive el doctor me dijo: ‘Es que no le podemos dar nada, precisamente le estamos dando medicamento para no generar estrógenos, ¿cómo le voy a mandar yo estrógenos?!’. Entonces, apenas sí tolero yo el agua cuando me baño y aseo. Apenas estamos empezando [la penetración vaginal] cuando yo: ‘¡Salte, salte, salte!’.” [Cd. de Méx.].

De esta manera, la experiencia sexual de Antonia no sólo se vio atravesada por una corporalidad diferente -la ausencia del seno-, sino por el dolor provocado por la penetración, lo que imposibilita la realización del acto coital y, con éste, la manera en que había ejercido su sexualidad hasta entonces. Así, a pesar de que ella quería llevar a cabo otras prácticas eróticas, como acariciarse los genitales, con lo que bien podrían brindarse placer mutuamente sin necesidad de penetración, hasta el momento de la entrevista no lograban ponerse de acuerdo por la visión de su esposo de restringir el placer sexual al coito:

Antonia: “Yo soy bien mano larga, luego estaba acostada y por acá [extiende su mano] estaba agarrando a mi piolín [el pene de su esposo]: “¡Ay!, ¿dónde está mi piolincito?,<sup>55</sup> lo extraño mucho. Le ando agarrando las pompitas, lo ando manoseando”.

---

<sup>55</sup> Este nombre hace referencia a una caricatura donde aparece un canario llamado piolín.

Entrevistadora: “Y él, ¿qué te dice?”

Antonia: “Nada más le da risa. Luego me dice: ‘Si no [hay penetración]... mejor no me hagas porque... me dejas bien... y luego yo me siento mal’. Porque dicen que los hombres cuando no haces nada con ellos y sólo los estas excitando, y no concluyes en una relación sexual, les quedan adoloridos de sus testículos, entonces, ‘mejor no me estés dando guerra si nomás me vas a dejar así’, dice él.” [Cd. de Méx.].

Para Antonia, el CaMa no terminó con su deseo sexual ni con la búsqueda de un juego erótico que posibilitara el placer mutuo. Es decir, en ella existe el deseo de volver a sentir placer sexual, aunque por ahora no pueda llegar al coito, pero este deseo no es comprendido por su esposo, quien prefiere no pensar, ni actuar otras formas de prácticas sexuales que produzcan placer en la pareja, que no sean las ya practicadas, basadas en el coito. No obstante, a pesar del posicionamiento activo de Antonia frente a sus propios deseos sexuales, con un discurso que establece que la sexualidad no es sólo la penetración vaginal, el hecho de que ella no soporte el coito constituye una situación que tensa sus propios deseos y los de su pareja: aunque ella disfruta tocar a su esposo y quisiera que él la tocara y acariciara completamente, él prefiere no ser estimulado sexualmente porque la forma en que espera concluir su práctica sexual, el coito vaginal,<sup>56</sup> no es posible. Para él, la sexualidad –que parece compartir un punto de vista tradicional– tiene su máxima expresión en la penetración, invisibilizando otras maneras de producir y recibir placer sexual, por ello no sólo se niega a ser excitado por su esposa, sino que de alguna manera termina siendo ella la responsable de que no haya intimidad entre ellos: *mejor no me estés dando guerra si nomás me vas a dejar así*, le suele decir su marido.

Así, a pesar de que la relación de pareja de Antonia ejemplifica la vivencia de un vínculo más igualitario, caracterizado por una buena relación conyugal, donde se expresan los sentimientos y se tiene una intimidad sexual placentera, en un marco de comunicación, diálogo y confianza entre ambos, es a partir del tratamiento contra el CaMa que comienza a cuestionar la penetración como único medio de “mutua satisfacción sexual”:

---

<sup>56</sup> Para Ledón, el coito se ha mantenido como la máxima expresión sexual, dejando las fantasías o prácticas autoeróticas sólo como preparatorias, previas y no centrales, es decir, no como el objetivo por sí mismas (2011:96), lo que ha restringido el espectro de posibilidades para vivir su sexualidad.

“Sí, es cierto, por él no queda: traigo mi playera, no me toca acá arriba [los senos], no nada, pero sí quisiera tener intimidad conmigo y yo también, pero... y yo también creo que él quiere que me reconstruya, así como para agarrarme a dos manos [los senos], ¿no?, pero yo le digo: ‘Pues sí, sí me voy a reconstruir, pero ahora que me pongan 36’, porque soy 34B [se ríe], le digo: ‘Así, para que se te quite tu trauma y me agarres a dos manos’ [se ríe]. Pero no, no creo hacerlo, no, pero sí quisiera volver a tener intimidad, porque sí la extraño mucho.

[Sin embargo] [...] el placer no está a veces simplemente en la carne, a veces eso está en la cuestión mental. Tantas cosas que nos podemos imaginar con la mente, no nada más teniendo penetración podemos llegar al orgasmo, pero los hombres piensan que nada más es eso.” [Cd. de Méx.].

La narrativa de Antonia no sólo muestra un deseo por recuperar su vida sexual, sino una búsqueda por reapropiarse de su cuerpo como mujer y como sujeto que aún, a pesar de la mastectomía y la resequedad vaginal, sigue experimentando deseos y quiere sentir placer, porque, como ella dice: *el placer no está a veces simplemente en la carne* [en la penetración]. Reducir el placer al coito sería simplificar el abanico de posibles caminos para crear y vivir el placer en una relación de pareja, pero para su pareja los repertorios son aún limitados. Es decir, hay una reorganización al menos discursiva de las formas de producir, sentir y expresar el deseo y el erotismo femenino, que se contrapone a la *penetración* como la única forma de *llegar al orgasmo* pero que no se logran formular ni materializar en la pareja. Desde esta nueva forma de interrogar a la sexualidad, se establece un diálogo con lo que espera su esposo como hombre –que ella se reconstruya para sentir un cuerpo completo, *agarrarla a dos manos*, sentir sus dos senos mientras hacen el amor–, ambivalencia y tensión entre deseos que dan como resultado que ella no decida, por ahora, hacerse la reconstrucción mamaria, situándose claramente como sujeto de sus propias decisiones:

“Yo, si me hago la reconstrucción [...] va a ser porque yo quiero, porque yo voy a correr ese riesgo [...] porque si lo hago por darle gusto a mi marido y si no me queda bien, si me dejaron una más arriba y una más abajo, una de 30 y una de 60 años, pues no [...]. Si yo lo hago, será por mí, yo no lo haría por darle gusto a él, si yo lo hago, lo hago por mí.” [Cd. de Méx.].

Antonia aspira a retomar la vida sexual placentera con su esposo cuando termine el tratamiento, y ambos tienen planes para el futuro cercano, como dos viajes que harán juntos. Su actitud ante la enfermedad es la de mantener una actitud muy positiva.

Reapropiarse del cuerpo y de la propia capacidad para experimentar deseos y placer sexual a través de la aceptación de nuevos discursos y prácticas es, al mismo tiempo resistir a las visiones dominantes que postulan ciertos cuerpos como deseables, y capaces de participar en relaciones eróticas. Se trata de un proceso donde se negocian los significados de las normas sexuales y de género que atraviesan el cuerpo y que pasan a formar parte de su experiencia de vida, donde la imagen corporal que se ha aprendido a reconocer como propia de lo femenino es reinterpretada a la luz de otras vivencias, entre las cuales destacan las transformaciones corporales que son consecuencia del proceso de la enfermedad y del tratamiento. Otras mujeres –al igual que Antonia– están en ese proceso de enfrentar los cambios corporales –la ausencia del seno y la presencia de resequeidad vaginal, principalmente– producidos por el tratamiento de esta enfermedad con experiencias diversas.

### **5.2.3.- La búsqueda de nuevas experiencias eróticas con la pareja**

En algunos casos, las mujeres continuaron con una vida sexual activa, pero negociando la forma en que se mostrarían ante su pareja –con o sin camisa para cubrir la ausencia del seno– y dando más importancia al erotismo previo a la penetración. En este sentido se enmarca la experiencia de Alejandra, mujer de 48 años, casada y con dos hijas, quien percibe a su esposo como un hombre:

“[...] de un carácter fuerte, que no muestra sus sentimientos. Él no es capaz de decirme ‘te amo’, de darme un beso, abrazarme, pero él me demostró el amor en otra forma. Él estuvo conmigo, me apoyó siempre, estuvo en mis quimios, me traía, me llevaba; prácticamente me bajaba del coche, me acostaba, me daba de comer, me alimentaba, me bañaba, me ayudaba en todas las cosas.” [Cd. de Puebla].

Es decir, la relación marital de Alejandra, si bien no ha estado marcada por expresiones constantes de afecto como palabras de amor, abrazos o besos, es una relación de cuidado, especialmente a partir de que ella padece CaMa, cuando la pareja pasa a tomar un papel activo como cuidador –la acompañó a las quimioterapias, le daba de comer y la ayudaba en su aseo personal-, acciones que fueron interpretadas por ella como demostraciones de amor

y atención, y que le permitieron sentir que su relación era fuerte y un motivo para pasar la prueba de la enfermedad.

No obstante, al momento de la intimidad sexual la ausencia de su seno se configuró en un principio como un elemento de vergüenza, ya que, en palabras de Alejandra: *en el matrimonio se acaricia todo el cuerpo*,<sup>57</sup> y en especial los senos eran una parte erógena tanto para ella como para él. En este caso, la mastectomía no sólo marcó el cuerpo de la mujer como incompleto, sino la vivencia de éste en el encuentro sexual con la pareja:

“Empecé a usar un tipo de camisetas que me cubrieran [el torso] y él entendió muy bien y él no me exigía quitármela, no. [...] entre los dos pudimos sobrellevar esto y hasta la fecha no me desnudo completamente, porque no sé, me siento un poco diferente.

[...] él a veces me quiere tocar mi seno y me dice: ‘¿Te puedo tocar tu seno?’, y le digo: ‘¿Cuál?, ¿el derecho o el izquierdo?’, le digo: ‘Es que el izquierdo no lo tengo, te vas a conformar con el derecho’. Entonces, dice uno lo más difícil es aceptarte y vivir [...], jamás volveré a tener mi seno, pero lo que tengo no lo cambio por nada.” [Cd. de Pue.]

Si bien las relaciones sexuales no se detuvieron después de la mastectomía, éstas implicaron una tensión entre la ausencia del seno y los deseos del hombre por tocar su seno, negociando, por una parte, la forma en que tendrían sexo: ella usando su camisa, y él aceptando que no se la quitara, y por la otra, preguntando qué partes del cuerpo de ella podría tocar, porque al final lo que importaba era que ella estuviera con vida y con su familia.

No obstante, junto con la ausencia del seno izquierdo, Alejandra vivió una disminución de su deseo sexual, que según sus propias palabras fue una reacción al tratamiento y al medicamento<sup>58</sup> que toma contra el CaMa. Según sus palabras:

“Mira, a lo mejor seré sincera, pero haz de cuenta que, de un cien por ciento de deseo sexual, yo tengo un veinte o treinta. Yo le decía a mi esposo, si antes era difícil el motivar, ahora le digo: ‘Es como prender un brasero, le vas a echar aire, y le vas a soplar hasta que encienda’.

---

<sup>57</sup> Desde un discurso tradicional religioso, el matrimonio aparece como el espacio legítimo para el ejercicio de la sexualidad, con el objetivo principal de la procreación.

<sup>58</sup> De acuerdo con algunas investigaciones médicas, la quimioterapia puede producir la reducción del deseo sexual por un periodo de tiempo, sin embargo, esta situación cambia paulatinamente después de concluir el tratamiento (American Cancer Society, 2017:s/p). Además, el tamoxifeno, medicamento recetado a Alejandra como a otras participantes, tiene como efecto secundario la disminución del deseo sexual (Breastcancer, 2012:s/p).

Pero una vez encendiendo como que es diferente, una vez motivándome como su esposa tenemos la relación.” [Cd. de Pue.]

El deseo sexual disminuido de Alejandra después del CaMa significó la demanda a su esposo de emplear estrategias diversas para avivar su deseo, que, como un brasero, necesita dedicación y tiempo para prender el fuego y que éste no se apague. De esta forma, la relación sexual no se reduce a “satisfacer los deseos del hombre”. Por el contrario, invita a la búsqueda de formas de erotismo donde ambas partes disfruten del contacto, de las caricias, y que sus cuerpos se conviertan en espacios activos para aprender y re-aprender sus nuevas fronteras, sensaciones y movimientos. El cuerpo que antes parecía completamente conocido en la intimidad, ahora se presenta como un reto para la pareja, pero principalmente una tarea para él, que debe aprender cómo y dónde tocar, qué le produce excitación a ella:

“Pone toda la actitud para que estemos juntos porque a nosotras como mujeres nos... cómo te diré... nos incita el toque, que te ame, que te diga las cosas... y él ha tenido que aprender un poco. Yo creo que él dice: ‘si no trabajo aquí, pues no hay nada’, ¿no? Entonces, él tiene que empezar a trabajar con palabras, con hechos, con acciones hasta que logra lo que él quiere [excitarla] y entonces, ya una vez, no es rápido, pero si poniendo los dos de nuestra parte podemos lograr una buena relación sexual. Además, en esos momentos es cuando él me platica, porque le digo que él casi no habla de sus sentimientos.” [Cd. de Pue.]

Lo que Alejandra identifica como la actitud necesaria de su esposo para que estén juntos, presenta por un lado, un reposicionamiento de él para lograr que ella quiera tener relaciones sexuales, lo que requiere de un proceso de aprendizaje de lo que a ella como mujer le gusta - que la toque, que le diga cuánto la ama y cosas que ella quiera y disfrute escuchar, que la hagan sentirse deseada y al mismo tiempo amada y aceptada por él-, posibilitando así traspasar la barrera de la vergüenza que siente por un cuerpo que por el momento no puede mostrarle completamente, y por la disminución de su deseo sexual, que parece impedirle dar y recibir todo el placer sexual que anteriormente sintió en su relación. Ahora lo que se requiere es que el esposo *trabaje* más, es decir, que encuentre otras formas de lograr despertar en ella su deseo sexual: el deseo de tener una relación sexual, un encuentro erótico-afectivo que culmine en el placer sexual para ambos.

Si bien, antes de la enfermedad ella y su esposo tenían relaciones sexuales donde había pocas o escasas caricias, ahora se requiere dedicación y entrega tanto por parte de ella -al permitir que él la toque-, como de él -tomarse tiempo para comenzar a acariciarla, besarla, tocarla lenta y amorosamente, para que posteriormente haya penetración vaginal, y ella la disfrute-. Se renegocia la vida sexual a partir de lo erótico y afectivo, creando un espacio donde el hombre ahora puede expresar verbalmente lo que siente -el amor y cariño por ella- y lo que significa para él estar a su lado: la intimidad en pareja se configura como el encuentro entre la experiencia de la enfermedad a través de una mujer que se cubre con una camisa la ausencia de su seno, y un esposo que expresa que lo más importante es que está viva; y un reencuentro de deseos sexuales, de placeres corporales y amorosos como pareja.

En este sentido, aunque las experiencias sexuales de Antonia y Alejandra estuvieron marcadas por un sentimiento de vergüenza inicial ante la ausencia del seno, resistiendo y negociando en qué medida y bajo qué contextos mostraban su cuerpo, también buscaron renegociar nuevas formas de relaciones erótico-afectivas. En tanto, las narraciones de Flor y Brenda que se presentarán a continuación dan cuenta de experiencias sexuales placenteras logradas a través de un proceso de adaptación individual y en pareja.

Flor es una mujer de 69 años, cuyo esposo murió después de 13 años de estar enfermo, con quien procreó una hija y un hijo. Al momento de recibir el diagnóstico de la enfermedad, estaba en una relación con un hombre algunos años más joven que ella y casado, razón por la cual se veían ocasionalmente. Después de la mastectomía, este hombre la hizo sentir, según sus palabras, *apapachada* y *aceptada*, es decir, querida y segura de que la intervención quirúrgica no iba a cambiar nada en su relación. Después de la mastectomía él le expresó que la quería ver, propuesta que aceptó y que vio como el momento para mostrarse desnuda ante la mirada de la pareja que ella percibió como amorosa y respetuosa, y la suya, donde la ausencia del seno no la imposibilitó de tener relaciones sexuales con la persona que quería y que la quería. Así, su primera relación sexual con él fue:

“[...] sin tabús, nada, tal cual como anteriormente lo hicimos: fabuloso, ni pena, ni nada, fue tan cariñoso, tan apapachador... tan lindo. [Entonces] todo tranquilo, él me acarició y le dije: ‘Quiero que me acaricies todo, toda, todo, todo’, sí, sí, sí, y lo hizo.” [Cd. de Méx.].

Una relación sexual sin tabús es para ella una relación en la que ambos pueden expresar lo que piensan y sienten y actuar en correspondencia, especialmente cuando él demuestra su cariño por medio de acciones como tocar suavemente, ir preguntando si le duele, y asegurar que puede detenerse cuando ella así lo quiera. Al mismo tiempo Flor, corresponde estos afectos buscando reconocerse como una mujer que despierta en su pareja el deseo de una relación sexual, las ganas de tocarla y no dejarlo de hacer. Así, cuando le dice: *Quiero que me acaricies todo, toda*, lo llama a reconocer su cuerpo y los cambios que ha tenido, en un proceso donde ella también se reconoce y se reapropia de su nueva corporalidad. La intimidad sexual es vivida como el actuar y sentir a la otra persona: sensaciones y emociones que significan para ella tocar y ser tocada, provocar en la pareja lo que él provoca en ella.

En lo que respecta a Brenda, mujer de 47 años y madre de un hijo y una hija, que al momento de la entrevista se encontraba separada de su esposo, narra una vida sexual activa durante el tratamiento recibido contra el CaMa -quimioterapias y mastectomía-.

“Sí fue un proceso largo [el tratamiento], sin embargo, no me pesó, no me dolió [...] Durante mi quimioterapia yo no tuve muchos efectos secundarios, como luego he oído que no pueden tener relaciones sexuales, en mi caso no fue así. Nosotros teníamos intimidad y las disfrutábamos, me tocaba con cuidado porque no quería lastimarme la herida, pero era maravilloso. Cuando te dicen que se sienten mariposas en el estómago, es verdad, es una sensación rica, estar con la persona que te gusta, que quieres, que amas y cuando se juntan los cuerpos es hermoso, es una comunión, por eso haces el amor.” [Cd. de Méx.]

Brenda sitúa su experiencia en relación con la de otras mujeres que, al igual que ella, padecieron CaMa, para destacar que sus relaciones sexuales no se detuvieron porque ella no experimentó ningún efecto secundario producto del tratamiento. Por el contrario, estas seguían siendo un momento de placer por estar con la persona amada, que tenía como resultado que la relación sexual se viera como un compromiso afectivo, un sentimiento de atracción, la producción de placer físico y emocional (Freixas y Luque, 2009:198). Para Brenda, no sólo se tienen relaciones sexuales, sino que se *hace el amor*, visión que, por un lado, legitima la práctica sexual, puesto que se hace el amor con la persona que se ama -por la que se sienten *mariposas en el estómago*- y no con cualquiera; y por el otro, implica un

vínculo erótico, puesto que, dentro del discurso del amor romántico, se desea -física y emocionalmente- al ser amado.

De forma general, que ella hable de *hacer el amor*, como apunta Hirsch, (2003:214), indica un desplazamiento hacia un discurso de la sexualidad donde la mujer no aparece sólo como el objeto a través del cual el hombre desfogó su energía sexual, un discurso donde se enfatiza la producción de mutuo placer y con éste, la creación de un lazo que une a la pareja a través del amor. Al respecto, expresa Brenda:

“Siempre hubo comunicación, y más en ese aspecto [sexual]. Jugábamos, nos acariciábamos, me encantaba que me tocara el cuello y todo mi cuerpo, que me besara. Él me vio sin mi seno, y eso no fue un impedimento para nada [ríe], la pasábamos muy bien. [...] Yo no me sentía incompleta ni nada, yo me sentía una mujer, sin más ni menos. Además, durante el tratamiento, te digo que utilicé pelucas y eso también era parte del juego entre nosotros: ponerme una, cambiar mi color de cabello, interpretar a una rubia, una pelirroja... era algo que hacíamos en nuestra intimidad.” [Cd. de Méx.]

La comunicación representa la posibilidad de hablar de los sentimientos, de los deseos y la práctica sexual. En específico, la experiencia sexual de Brenda fue la única marcada explícitamente por un juego sexual, donde ella cambiaba su apariencia –a partir de la utilización de pelucas– a una mujer rubia o pelirroja, logrando que cada encuentro fuera un espacio de creatividad, una búsqueda de placer tanto para ella como para su pareja. La sensualidad de Brenda dentro del marco específico de la conyugalidad, y bajo un discurso de amor romántico, se presenta como práctica que ayuda a tener una sexualidad más satisfactoria para las mujeres: despertar el deseo de la otra persona a través de una serie de gestos, caricias, contactos y, en este caso específico, de la imagen corporal: ser morena, rubia o pelirroja. Se crean fantasías sexuales donde Brenda se sitúa como un sujeto de deseo sexual con conocimiento sobre lo que tanto a ella como a él les produce placer, y la búsqueda activa del mismo.

Sin embargo, a pesar de que ella sentía que su vida marital en general y la sexual en particular fluían de manera tranquila y *maravillosa*, en tanto que ella creía que había comunicación en todos los aspectos, además del apoyo demostrado durante el tratamiento

contra el CaMa, para mediados del año 2017 –después de casi un año y medio de haber recibido el diagnóstico de CaMa–, Brenda siente que su esposo se alejó de ella:

“Mi esposo y yo nos estamos separando [comienza a llorar], ha sido muy difícil porque yo pensé que estábamos bien, felices, pero bueno, él también tiene derecho a estar con otra persona si ya no quiere estar conmigo.

[...] creo que al final, eso [el seno] sí pesó porque de cualquier forma ya no soy la misma mujer que antes, ahora estoy incompleta. En ese tiempo la ausencia del seno no me importaba, pero ahora es distinto, no soy la misma mujer, no estoy completa.” [Cd. de Méx.]

Con la separación de la pareja se enfatiza la pérdida del seno como una materialidad llena de significados: La carencia de un seno es al mismo tiempo la pérdida de un símbolo de feminidad, del ser y estar en el mundo social como mujer; por otra parte, la pérdida de una zona erógena, un seno que se manipulaba durante el acto sexual, y que ahora deja un espacio tanto visual como simbólico en el cuerpo de la Brenda: con la división de los cuerpos como femeninos y masculinos, y su correspondiente organización de acuerdo a la funcionalidad socialmente reconocida, la mujer sin un seno se auto-sitúa como una mujer que ya no puede proporcionar el mismo placer a su pareja.

Así, aunque el discurso y las prácticas sexuales que Brenda expresó tener con su esposo durante un año y medio después del diagnóstico de CaMa, presentaban una experiencia sexual gratificante tanto para ella como para él, ahora, ella siente que su esposo la ve como una mujer diferente, incompleta. La experiencia sexual se marca por la pérdida del vínculo de pareja y el reforzamiento de los discursos sociales hegemónicos que imprimen los parámetros para pensar un cuerpo femenino como deseable o no a partir de la ausencia de una de sus partes, el seno.

En este sentido, la experiencia de Teresa, mujer de 48 años, madre de dos hijas mayores de edad con quienes vive en la ciudad de Puebla, da cuenta del alejamiento gradual de su esposo, a partir de tener conocimiento sobre la enfermedad de su esposa y durante su tratamiento:

“Pasé muchas cosas, mi esposo iba bien conmigo, pero nada más cuando supo [de la enfermedad], no lo entiendo todavía... porque yo tenía cáncer, él se empezó a alejarse de mí y se fue con otra persona.

El 6 de febrero de 2015 me operan y me hacen la mastectomía, y empiezan más los problemas con el esposo. Me trajo de la operación bien y se siguió alejando. Y con las radias, que fueron 25, siguió lo mismo. Llevo de separada 1 año 5 meses, o sea, me dejó después. Yo no entiendo ¿por qué pasó?, a veces decía: ‘es que te quitan un órgano sexual, y a veces no entiendo ¿por qué se juntó con otra persona?’; y no ven lo que uno pasa en el proceso”.

Uno de los elementos principales que las mujeres diagnosticadas con CaMa esperan recibir de su esposo es su apoyo incondicional, sentirse acompañada durante las consultas, el tratamiento y en su hogar; sin embargo, lo cual, no siempre ocurre así. Por el contrario, ante la enfermedad, algunas mujeres diagnosticadas experimentan el alejamiento de su esposo, lo que comúnmente concluye con la separación o el abandono por parte de él, después de la mastectomía. Un proceso quirúrgico que, como identifica Teresa, constituye la extirpación de un *órgano sexual*, fuente de placer, de erotismo para ella y principalmente para el hombre, al ser tocada, acariciada y besada. Así, ante su extirpación, no sólo se pone en juego la morfología de un cuerpo modificado, visualmente incompleto, sino su capacidad para dar placer, de excitar y erotizar a la pareja masculina, principalmente, como parte de un modelo tradicional de sexualidad.

#### **5.2.4.- El sentimiento de incompletud y la renuncia a la interacción sexual**

La ausencia del seno pone en tensión los discursos normativos que establecen cómo debe ser un cuerpo femenino, y al mismo tiempo, las maneras en que el sujeto –a partir de este cuerpo– vive su sexualidad: si puede ser todavía atractivo, si dará el mismo placer sexual a la otra persona como a ella misma, si no será motivo de vergüenza o burla dentro de la relación sexual.

Como se analizó anteriormente, algunas entrevistadas expresaron que a pesar de experimentar en algún momento un sentimiento de timidez y/o vergüenza al mostrar su cuerpo a su pareja después de la mastectomía,<sup>59</sup> esta emoción no les impidió mantener o

---

<sup>59</sup> Al menos 13 de las 17 entrevistadas expresaron haber sentido timidez o vergüenza en mostrar su torso después de la mastectomía.

retomar sus relaciones sexuales. Sin embargo, también se presentaron otras narrativas donde pareciera ser que la ausencia del seno marcó para toda su vida a las mujeres como incompletas y, por lo tanto, ellas mismas se piensan a sí mismas como un sujeto que más que despertar deseo sexual, despertaría rechazo y burla en la posible pareja. Inés, mujer de 60 años, con una hija y un hijo, divorciada en dos ocasiones, y cuya última relación terminó el día que él no llegó a la cita médica donde recibió el diagnóstico de CaMa, lo expresa de la siguiente forma:

“[Después de eso] no, ni quiero otra relación porque me da vergüenza mi cuerpo porque le falta la mama. ¿Cómo vas a estar así mutilada?, ¿qué tal si me hace el fuchi?, ¡no!, ¡no! Yo de por sí me siento mal, ahora que otro me haga ña, ña, [hace una cara de disgusto], eso sí que no. Yo me puedo hacer el fuchi, pero que alguien me venga hacer el fuchi, ¡no!” [Cd. Méx.].

Este testimonio permite establecer que para algunas mujeres se presenta como viable renunciar a cualquier tipo de interacción de tipo afectiva y erótica-sexual, puesto que la falta del seno no sólo deja una marca visual tangible, sino una forma a partir de la cual el cuerpo sin el seno, el que Inés define como *mutilado*, se distancia de forma simbólica y real, del cuerpo femenino idealizado que, en el caso de las mujeres con CaMa, se piensa principalmente como completo, con sus dos senos. Parafraseando a Bourdieu, dentro de un contexto donde las mujeres son vistas como objetos, cotidianamente ellas viven un distanciamiento entre el cuerpo real, el que tienen y un cuerpo ideal que se impone socialmente (2000:87); distanciamiento que con el CaMa se agudiza ya que se carece de una parte del cuerpo que no se podrá recuperar y que además, se considera como un elemento que representa la femineidad de la mujeres, y su capacidad de ser deseadas por los hombres.<sup>60</sup>

Por ello, antes de ver y sentir el rechazo de otra persona en la intimidad, que le muestre su desagrado por medio de expresiones verbales o físicas, Inés prefiere evitar cualquier tipo de relación o contacto erótico-afectivo. No aceptará que alguien la rechace. La mirada que

---

<sup>60</sup> La única forma de “recuperar” de alguna manera la imagen corporal que se tenía antes de la mastectomía es la reconstrucción mamaria. Esto implica que la mujer debe tener los recursos económicos para pagar la cirugía reconstructiva y la disposición para llevar a cabo este proceso, así como cumplir determinados criterios médicos. De las diecisiete participantes, tan sólo una manifestó tener los recursos económicos para la reconstrucción, pero no desear por el momento hacerlo debido al proceso quirúrgico que implica.

tiene ella sobre sí misma es al mismo tiempo una mirada social que reproduce normas y valores específicos, donde el cuerpo diferente es un cuerpo *anormal*, por ya no tener un seno, respondiendo a la socialización y vivencia de los cuerpos dentro del deber sexual femenino.

Así, ante el cambio corporal y con la percepción de ella misma como una mujer incompleta y anormal, Inés –al igual que otras mujeres– se autorregula bajo esta mirada estereotipada de lo que debe ser una mujer y cómo debe verse. En su caso, estas percepciones que siente que los demás pueden tener sobre ella y que, al mismo tiempo, ella comparte de cierta manera, le hacen pensar que con un cuerpo como el que ahora tiene –sin un seno– será imposible ser querida, deseada y amada.

Una idea similar es la que comparte Cony, mujer de 49 años, con una hija y un hijo menores de edad, cuyo esposo –según relata– *se buscó a otra persona* cuando se enteró que ella tenía CaMa, lo que meses después culminó en una separación.<sup>61</sup> Para ella, buscar otra relación sentimental no es viable, porque una mujer sin un seno no es una mujer completa, y no es algo que busquen los hombres ni que cualquiera acepte:

“Yo me veo y me siento bien incómoda [sin el seno y con la cicatriz] Para mí, lo más importante son mis hijos, porque una relación a estas alturas de la vida y con esta cicatriz, ¡no!, ¡ya no es posible! Si a mujeres completas, jóvenes y bellas las dejan, ahora imagínate a mí; ¡qué pena hacer el ridículo!” [Cd. de Puebla].

En el relato de estas participantes, se enfatiza que el cuerpo de las mujeres con mastectomía es un cuerpo que se encuentra en desventaja frente a otras mujeres, por no tener un seno, es un cuerpo que ellas mismas perciben como poco atractivo, incapaz de excitar a un hombre, porque hay un ideal de cuerpo socializado que da las pautas para considerar ciertos cuerpos como femeninos y atractivos, y otros no. Y es que la sexualidad se encuentra atravesada por distintas normatividades (Córdovaa, 2003:348), y una de ellas es el reconocimiento de ciertos cuerpos como aptos para desear y ser deseados, espectro al cual Cony cree que ya no pertenece, situación ante la cual prefiere enfocarse en sus hijos, cumpliendo su rol de “buena

---

<sup>61</sup> Sin embargo, Cony también cuenta que sintió su apoyo durante el proceso de las quimioterapias y radioterapias y que, hasta la fecha de la entrevista, él asumía los gastos familiares ya que ella no había podido regresar a su trabajo de estilista, a causa del cansancio extremo que sentía y que, según el doctor, era normal y momentáneo.

madre”, el papel que socioculturalmente se espera que desempeñen las mujeres y que dota – desde una mirada tradicional– de mayor reconocimiento social que cualquier otro. No obstante, el dedicarse a sus hijos es sólo una parte de lo que ella espera hacer en su vida, mientras la otra está relacionada con tener una pareja, sentirse querida y atractiva, lo que por el momento parece ya no ser posible. Hay una tensión entre lo que puede hacer –estar y cuidar a sus hijos– y lo que desearía hacer, tener una pareja con quien compartir una relación erótica-afectiva.

En los dos casos presentados, el cuerpo con mastectomía se configura como una barrera que a las entrevistadas les impide pensar la posibilidad de tener una pareja e intimidad sexual,<sup>62</sup> tanto por la auto-representación que se configura a partir de la carencia del seno y que hace de su cuerpo una corporalidad diferente, como por la manera en que creen ser vistas, en especial por la mirada masculina y, en particular, por la mirada de la pareja. La materialidad del cuerpo mastectomizado parece no cumplir con las normas de género, en tanto se presenta como un cuerpo que sigue siendo femenino, dador y productor de placer, pero al mismo tiempo, como un cuerpo cuya carencia del seno lo posiciona como inferior a las corporalidades completas.

Por otro lado, también es posible observar la experiencia de mujeres que, a partir del CaMa, encontraron un pretexto para detener su vida sexual conyugal. Esta es la experiencia de Esmeralda, mujer de 52 años, casada y con dos hijos (uno menor y otro mayor de edad, respectivamente):

“Para mí fue muy difícil ese proceso [el CaMa], pero al mismo tiempo fue un alivio.

Antes del cáncer de mama, nuestra relación íntima no era buena, tuvimos momentos muy difíciles, sobre todo porque hubo violencia [...]

Recuerdo una vez que ya era noche y él llegó tomado, pero muy tomado. Y yo estaba en la casa con mi hijo, y cuando lo vimos llegar [...] mi hijo se fue al cuarto y yo estaba en la cocina, y la verdad me dio mucho miedo. Entonces llegó y se me fue encima [comienza a llorar].

Hubo momentos en que yo no quería [tener relaciones sexuales], pero él me obligaba”. [Cd. de Méx.].

---

<sup>62</sup> No se descarta que con el tiempo esta posición pueda cambiar.

La forma en que Esmeralda vivió su sexualidad conyugal estuvo marcada por malos tratos y golpes, por la exigencia de su esposo de que ella cumpliera con su deber conyugal, es decir, que cuando él lo decidiera y de la forma en que él lo quisiera, ellos tuvieran sexo. Una experiencia que visibiliza el discurso tradicional de la sexualidad donde la mujer –en tanto esposa– debe satisfacer el deseo sexual incontrolable del hombre –que en calidad de esposo– tiene todos los derechos sobre su pareja, como si fuera posible poseer a la otra persona. Es una situación donde los hombres experimentan un sentimiento de superioridad en la relación sexual con la pareja; sentimiento que reproduce un orden social donde ellos se creen por encima de ellas, tratando así de vivir la imagen que socialmente se ha construido de la virilidad, y que han incorporado en su vida social y marital (Núñez, 2013:51).

Sin embargo, esta experiencia cambia desde el momento en que Esmeralda recibe el diagnóstico de CaMa y su respectivo tratamiento:

“Ahora es más atento conmigo, ya no toma y tampoco se ha puesto violento. Creo que la situación le hizo cambiar su actitud, y nos llevamos mejor.

Y ahora, cuando yo no quiero tener relaciones, no tengo [ríe]. Le digo: ‘No me siento bien’, y con eso él se detiene y ya no pasa nada. Es mi pretexto [ríe], y él ya no me cuestiona nada [...]”. [Cd. de Méx.].

La enfermedad, en el caso particular de Esmeralda, se convierte en una oportunidad para controlar el ejercicio de su vida sexual, para decidir si tener o no relaciones sexuales con su esposo, y cuando tenerlas: el sexo ya no se vive completamente como un mandato marital, sino como decisión voluntaria de tener un encuentro sexual con la pareja. El CaMa –en este contexto– permite evitar las relaciones sexuales, y de alguna manera, tener una capacidad de gestión sobre su cuerpo y la posibilidad de decir *no*, una acción que anteriormente no hubiera podido hacer. En esta línea, como afirman Freixas y Luque, “dejar de tener relaciones sexuales puede ser también una opción activa de sexualidad, similar a la de desearla o buscarla” (2009:200), puesto que no querer tener relaciones sexuales es también la expresión de un deseo, de una agencia de la mujer sobre su propio cuerpo y placer.

En síntesis, para estas mujeres, la vivencia de la sexualidad antes de la enfermedad está marcada por la coexistencia de un discurso tradicional y otro sobre el amor y la satisfacción sexual mutua como base de las relaciones de pareja. En el discurso tradicional, el eje de la organización y expresión de los deseos erótico-afectivos son los hombres, mientras que los deseos y el erotismo de las mujeres era invisibilizado. Ocasionalmente se habla de las *necesidades* tanto eróticas como afectivas que una mujer también podía tener, pero en términos naturales biológicos, es decir, como elementos sobre los cuales se tiene poco control y que, además, se diferencian según el género femenino o masculino, o bien en términos de amor romántico donde la sexualidad no se separa de las relaciones duraderas y orientadas a la familia, o en términos tradicionales donde los hombres necesitan el desahogo sexual y las mujeres deben atender esas necesidades, de la misma manera como atienden el aseo de su ropa y la preparación de sus comidas: satisfaciendo los deseos de él.

Así, cuando las mujeres expresan sus deseos, fantasías, o inquietudes erótico-afectivas, parecen transgredir el modelo tradicional de sexualidad, donde se concibe al hombre como el único al que se le permite desear, sentir, fantasear o proponer prácticas sexuales, pero cuando lo hacen, mantienen estos deseos dentro del marco del amor conyugal, lo que les devuelve cierta legitimidad. De esta manera, la vivencia de la sexualidad está marcada por un discurso de amor romántico en el que la expresión sexual de la mujer es una forma de compromiso con el ser amado, de quien se espera que comparta estos ideales donde el vínculo que existe en la pareja se da a partir de amor y satisfacción sexual mutua. En algunos casos, las mujeres se posicionan claramente como sujetos de sexualidad y han experimentado una sexualidad muy satisfactoria con sus esposos o amantes, que ocasionalmente no se ha interrumpido con la enfermedad y el tratamiento de ellas.

Cuando el CaMa llega a la vida de las mujeres, a través del diagnóstico y tratamiento (quimioterapia, radioterapia y mastectomía), así como de los efectos secundarios del mismo, en algunos casos se observa un reposicionamiento de las mujeres frente a sus parejas respecto de lo que ellas ahora quieren en su vida sexual y afectiva. Las mujeres han pasado por una experiencia de enfermedad que las ha hecho pensar en lo que han vivido y en lo que ahora, después del CaMa, quieren vivir. Además, en algunos casos, los efectos secundarios del

tratamiento llevan a repensar sus prácticas sexuales antes del CaMa y a veces, a modificarlas ante la nueva situación. En especial, en lo que refiere a repensar la penetración vaginal como la única forma de lograr placer en la relación sexual, en intensificar las caricias para despertar el deseo femenino disminuido, en erotizar los contactos corporales relativos al cuidado, o en atreverse a negarse a tener relaciones coitales.

Tanto entre quienes vivían relaciones signadas por una visión tradicional de la sexualidad, como en aquellas que narran relaciones románticas y mutuamente satisfactorias, hay quienes se refieren a haber perdido a la pareja a partir de la enfermedad, los cambios corporales y/o el tratamiento, y otras que expresan su temor a la ruptura o refieren casos de otras mujeres que han pasado por esa experiencia. A su vez, entre quienes buscaron un reposicionamiento en sus relaciones, algunas obtuvieron una respuesta positiva de sus parejas y otras no la lograron, o la obtuvieron por un tiempo y después fueron abandonadas. Algunas incluso expresan su renuncia a la vida sexual con un hombre después de los cambios corporales. De esta manera, el análisis presentado expresa una amplia y compleja gama de posibilidades de re-significación de la sexualidad y de apropiación del propio cuerpo por parte de este grupo de mujeres que narraron sus experiencias a raíz de haber experimentado el diagnóstico y tratamiento de un cáncer de mama.

Una re-significación importante es la que lleva al cuestionamiento de la práctica sexual entendida solo como el acto coital, no porque éste sea poco importante, sino porque –según lo expresado en las narrativas– no es la única manera de producir fantasías, deseos y placer sexual. Sin embargo, el que las mujeres –en algunos casos– estén reflexionando y posicionándose con otro discurso sobre la sexualidad, no significa que sus parejas lo compartan, acepten o por lo menos, se permitan oír lo que la pareja tiene que decir.

## CONCLUSIONES

La presente investigación exploró los cambios que experimentaron en su feminidad y sexualidad un grupo de mujeres quienes padecieron cáncer de mama.

Dentro de la extensa variedad de enfermedades o padecimientos que pueden afectar la salud y la vida de las personas, el cáncer ocupa un lugar especial, puesto que se configura como una enfermedad “temible, siempre asociada a la muerte” (Castro, 2008:164), ya que durante las primeras etapas no suele presentar signos o síntomas, manifestándose hasta que se encuentra en etapas avanzadas, en las que se reducen drásticamente las posibilidades de supervivencia para quien lo padece. En el caso del cáncer de mama, no sólo se presenta esta posibilidad, sino que a partir de una intervención quirúrgica –la mastectomía– se extrae un órgano cargado de significado simbólico en tanto representación de la feminidad, que puede ser considerado un atributo de sensualidad, y que en la vida cotidiana ha sido parte de los encuentros erótico-afectivos entre las mujeres y sus parejas.

Al revisar la literatura sobre la sexualidad de mujeres que han vivido cáncer de mama, se observó que no era un tema bien estudiado. Por una parte, en el caso mexicano, el cáncer de mama ha sido abordado desde una visión epidemiológica, enfatizando la importancia de la enfermedad en números: cuántos/as enfermos/as, cuántos tipos de tratamiento, etc., pero dejando a un lado las experiencias de las personas diagnosticadas. Por otra parte, se encuentran las investigaciones centradas en el proceso de la enfermedad, que abordan la medicalización, la calidad de atención, y la relación médico/a-paciente; y otros más que analizan la experiencia del CaMa en momentos específicos como la mastectomía o el tratamiento. Ocasionalmente, el tema de la sexualidad se aborda tangencialmente o con acercamientos analíticos cuantitativos. Si bien, estos últimos ya son una forma de acercarse a la sexualidad, no terminan por dar cuenta de la complejidad del tema, ni de los procesos subjetivos y sociales que atraviesan la vivencia de la sexualidad de mujeres que fueron diagnosticadas con CaMa.

Es a partir de estas reflexiones que la presente investigación partió del objetivo general de analizar las implicaciones que tuvieron las transformaciones corporales sufridas

por mujeres con distintas trayectorias de vida en la Ciudad de México y de Puebla que padecieron CaMa, en la visión de sí mismas como sujetos sexuales y de género y, por lo tanto, en la vivencia de su sexualidad y feminidad, para contrastarla con la manera en que sentían vivirla antes de la enfermedad.

A partir del análisis de las narrativas de las participantes se muestra que el tratamiento fue un proceso por medio del cual se visibilizó la presencia de la enfermedad en sus vidas, en sus actividades y en sus cuerpos y las llevó a ser más reflexivas sobre sus propias situaciones de vida. Se presenta discursivamente un énfasis en pensar en su salud, en el autocuidado y en darse tiempo para sí mismas, lo que en la mayoría de los casos no sucedía antes, debido a que el cuidado de su familia se presentaba como una tarea que absorbía todo su tiempo y energías. Sin embargo, en el caso de las experiencias de las mujeres de la Cd. de Puebla, aunque hay un interés por cuidarse, el énfasis está puesto en reintegrarse a sus actividades diarias, en especial, a aquellas que les permiten tener un ingreso económico para la familia.

Pero junto a este posicionamiento orientado a pensar en lo que ahora ellas quieren o necesitan, hay una tensión entre los significados de belleza y feminidad, que antes de la enfermedad parecían ser estables y que ahora no corresponden con la manera en que ellas se ven a sí mismas a partir de los cambios corporales temporales y permanentes, producto del tratamiento. Lo que entra en juego es un complejo sistema de representaciones de género y sexualidad que se interrelaciona con la enfermedad, puesto que estos cambios corporales están siendo vividos por un cuerpo sexuado, un cuerpo que ha sido definido como el de una mujer dentro de mandatos socioculturales que dan pautas para marcar lo que es bello y/o atractivo, deseable eróticamente y/o amorosamente.

Mientras la caída del cabello es el cambio corporal que visibiliza la presencia de la enfermedad y que transforma la imagen que las mujeres proyectan al mundo social y la representación que ellas hacen de sí mismas, es con la mastectomía que la materialidad del cuerpo se ve transformada de manera permanente, ya que la reconstrucción es una pequeña posibilidad en sus vidas, debido a los costos, a los temores de enfrentar nuevamente una o varias cirugías y a que sean o no candidatas a este tipo de operación.

La ausencia de la mama se vive con incertidumbre, puesto que al mismo tiempo que ellas adoptan el discurso que acentúa que una mama no las hace ni más, ni menos mujeres, también se cuestionan en qué medida una corporalidad diferente puede ser atractiva o dar placer sexual a un hombre, en general, y a su pareja, en particular. Es decir, hay una ambivalencia en cómo leer su propio cuerpo y cómo posicionarse ante la lectura que los demás hacen de éste, desde una visión tradicional del género y la sexualidad y que, de alguna forma, ellas también comparten porque han sido socializadas dentro de esa matriz cultural, como la denomina Butler, pero también, porque ese conjunto de prácticas y discursos tradicionales tienen un sentido en su día a día.

Así, retomando la propuesta conceptual de entender la sexualidad como una construcción social, en cuyos contenidos normativos son socializadas las personas y, al mismo tiempo, son constantemente apropiados y reapropiados por las mismas, se pueden identificar dos grandes discursos que caracterizan la experiencia sexual de quienes fueron diagnosticadas con CaMa: por una parte, un discurso tradicional que sitúa como lo más importante las necesidades sexuales del hombre, en tanto que se concibe su sexualidad como una fuerza natural casi incontrolable, mientras el papel de las mujeres es corresponder estas necesidades como un deber conyugal. Por otro lado, se encuentra la vivencia de una sexualidad suscrita en relaciones románticas y mutuamente satisfactorias, es decir, un discurso moderno donde las prácticas sexuales son el reflejo de un compromiso afectivo mutuo, donde los deseos eróticos de hombres y mujeres tienen cabida. Es el caso de Pamela, cuyo relato está marcado por una relación de amor antes y después del proceso de enfermedad, o el de Antonia, quien expresa que su vida sexual antes del CaMa era muy placentera, en especial, porque el esposo la hacía llegar al orgasmo durante el coito, lo que lo distinguía de sus anteriores parejas sexuales o novios, con quienes había muchas más caricias y besos, pero menos placer.

En tanto, las narraciones sobre la sexualidad después del CaMa muestran una reflexión sobre la posibilidad de otras formas de práctica sexual, donde el coito no se conciba como la única manera de producir placer u orgasmos. En especial, en los casos en que las mujeres, a causa de la resequeidad vaginal no pueden tener relaciones coitales. Así, a nivel

discursivo se expresa la importancia de pensar la práctica sexual heterosexual como algo más que la penetración, como un juego erótico donde los sentidos ayudan a estimular el deseo sexual y, al mismo tiempo, sentirse como mujeres atractivas que despiertan en su pareja las ganas de tener intimidad. Pero este discurso, a nivel de la práctica, según dan cuenta algunas narraciones, no logra el efecto esperado en todos los casos, puesto que en la relación erótico-afectiva hay una pareja masculina que no siempre comparte y/o está dispuesto a vivir una sexualidad no centrada en el coito.

Por su parte, en aquellas experiencias en que relatan el coito como una actividad presente, éste estuvo acompañado de un mayor preámbulo –como lo caracterizó una de las participantes–, es decir, fue necesario que la pareja vislumbrara otros caminos por medio de los cuales excitarla para posibilitar una relación sexual placentera para ambas partes. En otros casos, la agencia de las mujeres se expresó en el autoerotismo, en negarse a tener relaciones sexuales no deseadas, o en interrumpir situaciones de violencia sexual.

Sin embargo, todas las configuraciones que tomó la sexualidad estuvieron atravesadas por un temor al abandono o a la ruptura de la relación marital. El miedo al abandono, y el dolor de quienes lo experimentaron, estaba fundamentado en la vivencia de un cuerpo fragmentado, un cuerpo sin una mamá. Entonces, si “las mujeres aprenden a expresar con su cuerpo el deseo y la seducción” (Hurtado, 2015:117), la pregunta que parece rondar en sus mentes es ¿en qué medida un cuerpo de una mujer sin una mamá -la forma de su cuerpo actual- puede seducir y ser deseado y elegido sobre cualquier otro cuerpo femenino completo?

El CaMa es una circunstancia específica a partir de la cual, las mujeres entran en un proceso reflexivo sobre su vida y su sexualidad, mostrando una ambivalencia entre lo que quisieran de su pareja –atención, caricias, amor– y la manera en que en realidad se desarrolla. Sin embargo, es esta reflexión lo que en algunos momentos las lleva a enunciar sus deseos y en algunos casos, a tomar acciones a partir de las cuales se alejan de la imagen y vivencia de ser objeto sexual, para comenzar a posicionarse y negociar como “sujetos sexuales” (Amuchástegui, 2011). Esto no quiere decir que se abandone totalmente el discurso tradicional de la sexualidad, sino que comienzan a darse desplazamientos hacia un discurso

y una vida erótica y sexual donde sus deseos no sean el resultado de las necesidades de su pareja masculina, sino una búsqueda de su propio placer. ¿Sería esto el intento por lograr un “equilibrio del deseo más gratificante y perdurable entre el placer sexual y la satisfacción en las relaciones de pareja?” (Wouters, 2016).

De esta manera, el análisis presentado expresa un proceso complejo de apropiación del propio cuerpo por parte de este grupo de mujeres que narraron sus experiencias a raíz de haber experimentado el diagnóstico y tratamiento de un cáncer de mama y de la forma en que se fueron resignificando ciertas prácticas sexuales y cuestionando el discurso tradicional de la sexualidad.

Finalmente, cabe mencionar que esta investigación de corte cualitativo, lejos de intentar generalizar, buscó acercarse a la experiencia de mujeres que padecieron CaMa, considerando a la enfermedad como un punto de inflexión que permite problematizar su vida sexual y erótica. El CaMa constituyó un momento a partir del cual situar la complejidad la vivencia de la sexualidad femenina.

El camino teórico-metodológico seguido en esta investigación hace evidente que la construcción de la sexualidad y la vivencia de ésta no es un proceso homogéneo. Por el contrario, es un tema que se materializa de forma particular, dependiendo del contexto sociocultural que se pretende estudiar, de la apropiación y reapropiación que hacen las mujeres, y de sus relaciones de pareja.

En esta línea, en futuros estudios es necesario ahondar en la forma en que la pareja entiende su sexualidad y los fundamentos que se tienen para seguir pensando la sexualidad como un tema sobre el cual el hombre cree tener un conocimiento innato o más legítimo de los deseos de las mujeres. Si bien en esta investigación se logró un acercamiento a la experiencia sexual de mujeres que padecieron CaMa, es relevante ahondar en investigaciones que pongan a dialogar las experiencias tanto de mujeres como de hombres.

Además, en el estudio de la sexualidad también es necesario visibilizar que no todas las prácticas erótico-afectivas se limitan al modelo heterosexual, lo que lleva a preguntarnos: ¿qué pasa con vivencia sexual de mujeres no heterosexuales que atraviesan por los procesos

de esta enfermedad? Por otra parte, ¿qué pasa con mujeres más jóvenes, o con aquellas de muy escasos recursos cuyas experiencias siguen en el anonimato? Este es parte del reto que deben enfrentar nuevas investigaciones.

## ANEXO. CARACTERIZACIÓN DE LAS PARTICIPANTES

La muestra de participantes de la investigación está formada por 17 entrevistadas diagnosticadas con CaMa –9 de la Ciudad de México y 8 de la ciudad de Puebla–. En lo que respecta al tipo de tratamiento recibido, además de la cirugía (mastectomía radical: extracción de toda la mama y de ganglios) este consistió en quimioterapias y/o radioterapias.<sup>63</sup> Cabe destacar que, al momento de la entrevista, todas las participantes ya habían pasado esta etapa, pero continuaban con terapia hormonal y/o en control médico –visitas cada 6 meses o cada año–.

El perfil de las entrevistadas de la Ciudad de México fue el siguiente:

- a) Brenda: 43 años. Separada y vive con su hijo menor de edad; su exesposo contribuye con los gastos del hogar. Es ama de casa y eventualmente realiza trabajo como estilista. Tratamiento actual: terapia hormonal, (3).
- b) Sandra: 49 años. Casada y con un hijo menor de edad y dos mayores (mujer y hombre). Es ama de casa y en ocasiones prepara comida para su venta. Tratamiento actual: terapia hormonal, (3).
- c) Esmeralda: 52 años. Casada y tiene dos hijos (uno menor y otro mayor de edad, respectivamente). Es ama de casa. Tratamiento actual: terapia hormonal, (3).
- d) Antonia: 53 años. Está casada y sin hijos. Es ama de casa. Tratamiento actual: terapia hormonal, (2).
- e) Inés: 60 años. Se divorció en dos ocasiones y al momento de la entrevista se encontraba soltera. Tiene una hija y un hijo, ambos son mayores de edad. Es ama de casa, y se encuentra pensionada. Comparte su casa con su hija y su nieto. Tratamiento actual: terapia hormonal, (3).
- f) Yuri: 61 años. Estuvo casada y al momento de la entrevista se encontraba soltera. Tiene un hijo e hija mayor de edad. Actualmente comparte departamento con su hija. Es ama de casa, pensionada. Tratamiento actual: terapia hormonal, (3).

---

<sup>63</sup> En los perfiles que a continuación se presentan se podrá entre paréntesis el número “1” para señalar que recibió radioterapia, “2” para indicar que fue quimioterapia, “3” para los casos en que fueron ambos (quimio y radioterapia) y “4” en los casos en que no haya recibido ninguno de estos tratamientos.

- g) Pamela: 62 años. Es ama de casa, casada con tres hijos mayores de edad que ya no viven con ella. Tratamiento actual: terapia hormonal, (3).
- h) Reyna: 67 años. Madre soltera, actualmente su hija está casada y tiene su propia familia. Es ama de casa y vive sola. Además, vende productos por catálogo. Tratamiento actual: terapia hormonal, (3).
- i) Flor: 69 años. Viuda y con dos hijos, al momento de la entrevista tenía pareja, pero no vivían juntos. Es ama de casa. Tratamiento actual: terapia hormonal, (2).

Por su parte, el perfil de las participantes de la ciudad de Puebla es el siguiente:

- a) Lourdes: 44 años. Divorciada, vive con su hija, quién estudia el bachillerato y su hijo estudiante de nivel licenciatura. Al momento de la entrevista tenía novio, pero no viven juntos. Es ama de casa. (4).
- b) Bertha: 47 años. Casada y tiene una hija y un hijo mayores de edad. Es ama de casa y por las mañanas ayuda en el negocio de jugos y cócteles de su hijo. Tratamiento actual: terapia hormonal, (2).
- c) Mirna: 47 años. Está casada por tercera ocasión, en su primer matrimonio tuvo a sus dos hijos, quienes actualmente son mayores de edad y que también viven con ellos. Es ama de casa y vende suplementos alimenticios en un desayunador. No recibió tratamiento hormonal, sólo en revisión cada 6 meses, (2).
- d) Coral: 48 años. Casada y tiene 3 hijas (una menor de edad y dos mayores). Es ama de casa. Tratamiento actual: terapia hormonal, (3).
- e) Alejandra: 48 años. Casada y con tres hijas mayores de edad. Es ama de casa y ayuda en el servicio religioso cristiano. Estudió hasta el nivel bachillerato. Tratamiento actual: terapia hormonal, (3).
- f) Teresa: 48 años. Separada y tiene dos hijas mayores de edad con quienes vive. Es ama de casa y vende comida por las tardes afuera de su domicilio. Estudió hasta el nivel primaria. Tratamiento actual: terapia hormonal, (2).
- g) Cony: 49 años. Separada, con una hija y un hijo menores de edad, el exesposo aporta económicamente para los gastos de la familia. Es ama de casa y voluntaria en una

asociación civil que ayuda a mujeres con cáncer de mama. Estudió hasta la secundaria e hizo una carrera técnica en estilismo. Tratamiento actual: terapia hormonal, (3).

- h) Mar: 50 años. Viuda, y al momento de la entrevista se encontraba en una relación sentimental. Vive con sus padres, a quienes ayuda en sus actividades en el hogar. Tratamiento actual: terapia hormonal, (3).

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, María, M. Neri, N. Mur, y E. Gómez (2013), “Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama”, en *Nutrición Hospitalaria*, septiembre-octubre, pp. 1453-1457, texto completo, URL: <http://bit.ly/2gu7zvB>, última consulta 10 de septiembre de 2016.
- Alcocer-Yáñez, Claudia (2013), *Reconfiguración de las subjetividades femeninas: la ausencia del seno por cáncer de mama*. México, ITESO, tesis de maestría.
- American Cancer Society (2017), “Imagen corporal y sexualidad después del cáncer de seno”, texto completo, URL: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/la-vida-como-una-sobreviviente-de-cancer-de-seno/imagen-corporal-y-sexualidad-despues-del-cancer-de-seno.html>, última consulta 19 de octubre de 2017.
- Amuchástegui, Ana (2001), *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*. México, Population Council.
- Amuchástegui, Ana y Yuriria Rodríguez (2005), “La sexualidad: ¿invención histórica?”, texto completo, URL: [https://www.dgespe.sep.gob.mx/web\\_old/sites/default/files/genero/PDF/LECTURAS/S\\_01\\_05\\_La%20Sexualidad.pdf](https://www.dgespe.sep.gob.mx/web_old/sites/default/files/genero/PDF/LECTURAS/S_01_05_La%20Sexualidad.pdf), última consulta 1 de febrero de 2018.
- Appel, Michael (2005), “La entrevista autobiográfica narrativa: Fundamentos teóricos y la praxis del análisis mostrada a partir del estudio de caso sobre el cambio cultural de los Otomíes en México”, en *FORUM: Qualitative Social Research SOZIALFORSCHUNG*, 6(2), texto completo, URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewFile/465/995>, última consulta 3 de marzo de 2017.
- Ariza, Marina y Orlandina De Oliveira (2008), “Género, clase y concepciones sobre sexualidad en México”, en Lerner, Susana e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, tomo II. México, El Colegio de México.

- Bourdieu, Pierre (2000), *La dominación masculina*. Barcelona, Anagrama.
- Breastcancer (2012), “Tamoxifeno”, texto completo, URL: <https://www.breastcancer.org/es/tratamiento/hormonoterapia/msre/tamoxifeno>, última consulta 10 de abril de 2017.
- Butler, Judith (2009), “Performatividad, precariedad y políticas sexuales”, en *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, año 4(3), pp. 321-336, texto completo, URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62312914003>, última consulta 22 de abril de 2017.
- (2007), *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México, Paidós.
- (2002), *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Barcelona, Paidós.
- Caballero, Marta y Luz Ma. González (coords.) (2016), *Salud en mujeres de origen indígena de Morelos: el cáncer de mama*. México, Universidad Autónoma de Estado de Morelos, Facultad de Estudios Superiores de Cuautla, Porrúa.
- Capulín, Ma. Concepción (2014), “Un Desafío a la Feminidad: El Cáncer de Mama”, en *Daena: International Journal of Good Conscience*, texto completo, URL: [http://www.spentamexico.org/v9-n1/A2.9\(1\)22-31.pdf](http://www.spentamexico.org/v9-n1/A2.9(1)22-31.pdf), última consulta 12 de septiembre de 2016.
- Castillo, Jorge, F. Tirado y M. Rosengarten (2012), “Una aproximación simétrica al cáncer de mama: heterogeneidad, regulación y corporización”, en *Athenea Digital*, texto completo, URL: <http://atheneadigital.net/search/search>, última consulta 11 de septiembre de 2016.
- Castro, Ma. Del Carmen (2008), *De pacientes a exigentes: un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*. México, El Colegio de Sonora.

CIMAB (Fundación Cimab) URL: <http://www.cimab.org/>, última consulta 6 de enero de 2018.

Córdova, Rosío (2003), “Reflexiones teórico metodológicas en torno al estudio de la sexualidad”, en *Revista Mexicana de Sociología*, texto completo, URL: <http://www.ejournal.unam.mx/rms/2003-2/RMS03203.pdf>, última consulta 2 de junio de 2017.

De Lauretis, Teresa (1989), “La tecnología del género”, texto completo, URL: [http://blogs.fad.unam.mx/asignatura/adriana\\_raggi/wp-content/uploads/2013/12/teconologias-del-genero-teresa-de-lauretis.pdf](http://blogs.fad.unam.mx/asignatura/adriana_raggi/wp-content/uploads/2013/12/teconologias-del-genero-teresa-de-lauretis.pdf), última consulta 2 de mayo de 2017.

Delgado, Gabriela, N. Blazquez, F. Flores y M. Ríos (2010), “Conocer en la acción y el intercambio. La investigación: acción participativa”, en Blazquez, N., F. Flores y M. Ríos, *Investigación Feminista. Epistemología y representaciones sociales*, México, UNAM, Centro de Investigaciones interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Díaz, Victoria (2010), “Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama”, en *Pensamiento Psicológico*, 7(14), pp. 155-160, texto completo, URL: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80113673012.pdf>, última consulta 10 de diciembre de 2017.

Esteban, Mari L. (2009), “Identidades de género, feminismo, sexualidad y amor: Los cuerpos como agentes”, en *Política y Sociedad*, texto completo, URL: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0909130027A>, última consulta 10 de enero de 2018.

Fagetti, Antonella (2006), *Mujeres anómalas: del cuerpo simbolizado a la sexualidad constreñida*. Puebla, BUAP.

Fleitas, Amaro (2014), “Cáncer de mama: Mastectomía y Sexualidad”. Monografía de grado en Psicología. Uruguay: Universidad de la República Uruguay. URL:

<https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/TFG%20Melisa%20Fleitas.pdf>, última vez consultado 11 de noviembre de 2016.

Foucault, Michel (1998), “El sujeto y el poder”, en *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), pp. 3-20, texto completo, URL: <http://links.jstor.org/sici?sici=0188-2503%28198807%2F09%2950%3A3%3C3%3AESYEP%3E2.0.CO%3B2-A>, última vez consultado 15 de mayo de 2018.

Freixas, Anna y Bárbara Luque (2009), “El secreto mejor guardado: la sexualidad de las mujeres mayores”, en *Política y Sociedad*, 16(1 y 2), pp. 191-203.

Gayet, Cecilia e Ivonne Szasz (2014), “Sexualidad sin matrimonio. Cambios en la primera relación sexual de las mujeres mexicanas durante la segunda mitad del siglo XX”, en *Los mexicanos: un balance del cambio demográfico*, México, Fondo de Cultura Económica.

Giddens, Anthony (1998), *La transformación de la intimidad, Sexualidad, amor y erotismos en las sociedades modernas*, España, Cátedra.

González, Consuelo (2009), *Creencias y prácticas sobre sexualidad de mujeres mexicanas con cáncer de mama atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología, México 2008*. México, UNAM, tesis de licenciatura.

Grau, Jorge, Ma. Llantá, M. Chacón y G. Fleites (1999), “La sexualidad en pacientes con cáncer. Algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento” en *Revista Cubana de Oncología*, 15(1), pp. 49-65, texto completo, URL: [http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15\\_1\\_99/onc09199.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15_1_99/onc09199.htm), última vez consultado 26 de octubre de 2017.

Hernández, Oscar (2012), *Masculinidades en Tamaulipas. Una historia antropológica*. México, Universidad Autónoma de Tamaulipas - Plaza y Valdés.

Hernández, Tania. (2011), *Luchar por la vida que quieres: Identidades de género, cuerpo sexuado y edad frente al cáncer de mama*. México, UAM-Xochimilco, tesis de maestría.

- Herrera, Cristina, L. Campero y T. Kendall (2014), *Vivir con VIH en México. Experiencias de mujeres y hombres desde un enfoque de género*. México, El Colegio de México.
- Herrera, Cristina, L. Campero, M. Caballero, T. Kendall y A. Quiroz (2009), “Cuerpo y sexualidad en la experiencia de hombres y mujeres con VIH: una exploración de diferencias y coincidencias de género en México”, en *Estudios Sociológicos*, texto completo, URL: <http://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=59820689005>, última consulta 10 de octubre de 2016.
- Hierro, Graciela (2016), *La ética del placer*. México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hirsch, Jennifer (2003), *A courtship after marriage: Sexuality and love in Mexican transnational families*. Los Ángeles, California, University of California Press.
- Hochschild, Arlie (2008), *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo, (Spanish Edition)*. Katz, Edición de Kindle.
- Hurtado, María (2015), “La sexualidad femenina”, en *Alternativas en Psicología. Revista Semestral*. Año XVIII, mayo, pp. 113-120, texto completo, URL: <https://alternativas.me/attachments/.../9%20%20La%20sexualidad%20femenina.pdf>, última vez consultado 15 de febrero de 2017.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2016a), Conociendo Ciudad de México. URL: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/conociendo/702825218614.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/conociendo/702825218614.pdf).
- (2016b), Conociendo Ciudad de Puebla, URL: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/conociendo/702825215255.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/conociendo/702825215255.pdf).
- (2016c), Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2016, México.
- (2016d), Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de Puebla 2016, México.

——— (2015), “Estadísticas a propósito del...Día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre)”, texto completo, URL: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>, última consulta 10 de febrero de 2016.

Kennedy, Duncan. (2016), *Abuso sexual y vestimenta sexy*. México, Siglo XXI Editores.

Lamas, Marta (2014), “Entre el estigma y la ley. La interrupción legal del embarazo en el DF”, *Salud Pública en México*, texto completo, URL://[new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=48907](http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=48907), última consulta 1 de mayo de 2017.

——— (comp.) (1996), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG-UNAM.

Le Breton, David (2010), *Cuerpo sensible*. España, Metales pesados.

Ledón, Loraine (2011), “Enfermedades crónicas y vida cotidiana”, en *Revista Cubana de Salud Pública*, no. 37, octubre-diciembre, pp. 488-499, texto completo, URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21421364013>, última consulta 24 de noviembre de 2017.

Lerner, Susana e Ivonne Szasz (comps.) (2008), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, tomo I, México, El Colegio de México.

Martínez, Ariel (2015), “La tensión entre materialidad y discurso: La mirada de Judith Butler sobre el cuerpo”, en *Cinta de Moebio*, no. 54, pp. 325-335, texto completo, URL: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2015000300009>, última consulta 17 de diciembre de 2017.

Nagel, Thomas (1979), *La Muerte En Cuestión. Ensayos Sobre Vida Humana*. México, FCE.

Navarro, Claudia (2016), *Ejercicio de los Derechos Sexuales y Factores que los promueven y obstaculizan: Mujeres Heterosexuales y no Heterosexuales*. México, UNAM, tesis de doctorado.

- Núñez, Guillermo (2013), *Hombres Sonorenses. Un estudio de género de tres generaciones*. México, Pearson.
- (2007), “Vínculo de pareja y hombría: ‘Atender y mantener’ en adultos mayores del Río de Sonora, México”, en Amuchástegui, A. e Ivonne Szasz (coords.), *Sucede que me canso de ser hombre Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. México: El Colegio de México.
- Parrini, Rodrigo y Antonio Hernández (2012), *La formación de un campo de estudios: estado del arte sobre sexualidad en México, 1996-2008*. México, Letra S, Sida, cultura y vida cotidiana.
- Quiroz, Itshel (2004), *Sexualidad y cáncer cervicouterino*. México, UNAM, Tesis de licenciatura.
- Secretaria de Salud (2015), “Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018”, texto completo, URL: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>, última consulta 20 de marzo de 2016.
- Silva, Jimena, Barrientos, J., y Espinoza, R. (2013), “Un modelo metodológico para el estudio del cuerpo en investigaciones biográficas: Los mapas corporales”, en *Alpha*, no.37, pp. 162-182.
- Szasz, Ivonne (2008), “Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México”, en Lerner, Susana e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, tomo I. México: El Colegio de México.
- (1998), “Los varones y la sexualidad. Aportes desde el pensamiento feminista y primeros acercamientos a su estudio en México”, en Lerner, S. (comp.), *Varones, sexualidad y reproducción*. México: El Colegio de México.

- Szasz, Ivonne y Susana Lerner (comps.) (1998), *Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México, El Colegio de México.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1987), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, Paidós, pp. 31-49, 50-99 y 100-131.
- Ubaldi, Norma (2008), *El proceso de despenalización del aborto en la Ciudad de México*, texto completo, URL: [https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/08/ProcesoDespena\\_TD7.pdf](https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/08/ProcesoDespena_TD7.pdf), última consulta 20 de septiembre de 2017.
- Viera, Elisabeth, D. Santos, M. Dos Santos y A. Giami (2014), “Vivencia de la sexualidad después del cáncer de mama: estudio cualitativo con mujeres en rehabilitación”, texto completo, URL <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3258.2431>, última consulta 1 de enero de 2017.
- Weeks, Jeffrey (1998), *Sexualidad*. México-Buenos Aires-Barcelona, Paidós-UNAM-PUEG.
- (1998b), “La construcción cultural de las sexualidades. ¿Qué queremos decir cuando hablamos de cuerpo y sexualidad?”, en Szasz, Ivonne y Susana Lerner (comps.), *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México, El Colegio de México.
- Wouters, Cas (2016), “Hacia una integración del deseo y el amor. Erotización y sexualización desde 1880”, en *Educación y procesos de civilización: Miradas desde la obra de Norbert Elias*, Buenos Aires, Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, Colección Saberes, UBA.