

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIO DE POSGRADO

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN GRUPAL UTILIZANDO LA DANZA COMO
HERRAMIENTA TERAPÉUTICA PARA LA RESIGNIFICACIÓN DE LA
FEMINIDAD EN MUJERES MASTECTOMIZADAS

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del
Programa de Estudios de Posgrado en Psicología para optar al grado y título de Maestría
Profesional en Psicología Clínica y de la Salud

TATIANA BLANCO SÁNCHEZ
HELLEN CORDERO ARAYA

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2022

Dedicatoria

A Eidy, Sonia, María Elena y Gabriela, por compartir su danza con nosotras.

A todas las mujeres que como ellas y nosotras hemos atravesado por el proceso de construir nuestra feminidad y hacer de nuestro cuerpo un territorio placentero, aun cuando estamos inmersas en un sistema patriarcal que procura ejercer propiedad sobre nuestros derechos y nuestra libertad.

Agradecimiento

A la danza por hacer del cuerpo un lugar sentido.

Al equipo asesor, Milagros por la generosidad, la apertura y la visión de enfocarnos el norte durante todo el proceso, Helga y Catalina, porque las aportaciones desde sus campos de experiencia fueron claves para pulir con precisión la creación de esta investigación.

Al grupo Luz de Vida, por la confianza, la amabilidad y el deseo sostenido en el tiempo para que el espacio soñado, llegase a ser una realidad.

A Sergio, amigo y asesor externo que sostuvo con sus aportes una línea estructural en la elaboración de la propuesta.

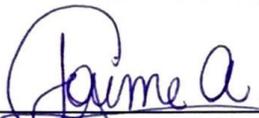
A Diana, Claudia y Patricia, que brindaron luces que nos permitieron esclarecer momentos fundamentales del camino.

A nuestras familias y amigos por la paciencia, la comprensión y el soporte que nos brindaron para lograr los espacios necesarios que ameritaba la dedicación a esta propuesta.

Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud.



M.Sc. Mariano Fernández Sáenz
**Representante de la Decana
Sistema de Estudios de Posgrado**



MSc. Milagros Jaime Arteaga
Profesora Guía



MSc. Helga Arroyo Araya
Lectora

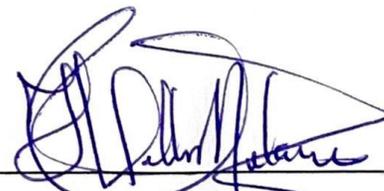
MSc. Catalina Ramírez Vega
Lectora



MSc. Marietta Villalobos Barrantes
**Directora
Programa de Posgrado en Psicología**



Tatiana Blanco Sánchez
Sustentante



Hellen Melania Cordero Araya
Sustentante

Tabla de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Hoja de Aprobación	iv
Tabla de contenidos	v
Resumen	x
Lista de gráficas	xii
Lista de Figuras	xiii
Lista de Tablas	xiv
I. Introducción	1
II. Justificación	4
Capítulo 1. Marco Referencial	12
1.1. Contextualización del cáncer	12
1.1.1. El cáncer de mama	13
1.1.2. Cáncer de mama en Costa Rica	13
1.2. Grupo Luz de Vida	19
1.3. Antecedentes	22
1.3.1. Antecedentes Internacionales	22
1.3.2. Antecedentes Nacionales	30
Capítulo 2. Marco Conceptual	33

2.1. Introducción	33
2.2. El cuerpo y las significaciones	37
2.2.1 El cuerpo como construcción significativa	37
2.2.3. Cáncer de mama y sus significaciones sobre el cuerpo	40
2.3. Representaciones históricas de la feminidad	47
2.3.1. Feminidad como constructo	51
2.3.2. Sexualidad femenina	53
2.3.3. Cuerpo Femenino	55
2.3.4. Maternidad	59
2.4. Danza	63
2.4.1. La danza como lenguaje en movimiento	63
2.4.2. Danza como creación con el cuerpo	66
2.5. Acerca de lo virtual	69
2.5.1. ¿Qué pasa con el cuerpo en lo virtual?	74
2.5.2. ¿Qué pasa con lo grupal en lo virtual?	76
2.5.3. ¿Qué pasa con la danza en la virtualidad?	78
Capítulo 3. Objetivos y Metodología	83
3.1. Objetivos	83
3.1.1. Objetivo General	83

3.1.2. Objetivos Específicos	83
3.2. Metodología	84
3.2.1. 1er tiempo. Planeamiento preliminar del proyecto	84
Selección de participantes	86
3.2.2. 2do tiempo. Intervención y recolección de datos	89
3.2.3. 3er tiempo. Sistematización y análisis de resultados	94
3.3. Condiciones éticas para la protección de las participantes	99
Capítulo 4. Hallazgos	101
4.1. Análisis de las entrevistas iniciales	101
4.1.1. Categoría 1: Principales representaciones históricas de la feminidad	103
4.1.2. Categoría 2: Significaciones sobre el cuerpo posteriores a la mastectomía	106
4.1.3. Categoría 3: Recursos simbólicos utilizados para habitar un nuevo estado en relación con el cuerpo	109
4.2. Análisis por sesiones	111
4.2.1. Análisis de la Sesión 1 y 2. Representaciones Históricas de la Feminidad anteriores a la enfermedad y al tratamiento	111
Sesión 1	111
Sesión 2	113
Resultados por participantes	115
Observaciones del abordaje Grupal	125

4.2.2. Sesión 3. Significaciones sobre el cuerpo posteriores a la enfermedad y a la mastecto	127
Sesión 3	127
Resultados por participantes	130
Observaciones del abordaje Grupal	135
4.2.3. Sesión 4. Recursos simbólicos que han utilizado para habitar este nuevo estado en relación con el cuerpo	136
Sesión 4	136
Resultados por participantes	139
Observaciones del abordaje Grupal	146
4.2.4. Sesiones 5 y 6. Resignificaciones que se producen a través de la vivencia de intervención grupal por medio de la danza.	148
Sesión 5	148
Sesión 6	150
Resultados por participantes	152
Observaciones del abordaje Grupal	165
Capítulo 5. Discusión	168
5.1. Reflexiones en torno a la construcción de la feminidad en las participantes	168
5.2. Reflexiones en torno al proceso de la vivencia del cáncer	176
5.3. Reflexiones en torno a los procesos de resignificación	184
5.4. Reflexiones en torno a la experiencia como terapeutas	193

Capítulo 6. Conclusiones y Recomendaciones	196
Conclusiones	196
Recomendaciones	208
Referencias	212

Resumen

El presente Trabajo Final de Investigación Aplicada (TFIA), para optar al grado y título de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud, se centra en la formulación, ejecución y análisis de un proceso terapéutico grupal, a partir de la danza como recurso expresivo, con mujeres que fueron mastectomizadas y que participan de un grupo de apoyo autoconvocado denominado Grupo Luz de Vida, en la ciudad de Cartago.

Para ello se parte de la comprensión de la feminidad como construcción que se elabora a lo largo de la vida, en la que influyen aspectos socioculturales y el contexto personal de desarrollo, e implica cambios y ajustes según diferentes tiempos y circunstancias. Tales ajustes, pueden presentarse ante situaciones inesperadas y dolorosas como lo es la aparición de un cáncer de mama, el cual genera afecciones físicas y psíquicas; modificando por completo la experiencia vital. Se parte además de la consideración de la danza como un recurso posible para la resignificación de la feminidad posterior al proceso de la mastectomía, e importante la recuperación integral de las mujeres.

Bajo dicha premisa, la presente investigación aplicada plantea la pregunta por *¿Cuál es la vivencia de significación y resignificación de la feminidad de mujeres mastectomizadas que asisten al Grupo Luz de Vida en Cartago?*; y se propone como objetivo general *explorar la vivencia de significación y resignificación de la feminidad de mujeres mastectomizadas, a partir del uso de la danza como herramienta terapéutica.*

Por su parte los objetivos específicos consisten, en primer lugar, en identificar las representaciones históricas de la feminidad de las participantes, anteriores a la enfermedad y el tratamiento; en segundo lugar, reconocer las significaciones sobre el cuerpo de las participantes, posteriores a la enfermedad y a la intervención de la mastectomía; en tercero, ubicar los recursos simbólicos que han utilizado las mujeres participantes para habitar un nuevo estado en relación con el cuerpo; y por último, determinar si existen resignificaciones que se producen a partir de la vivencia de la intervención grupal por medio de la danza.

El fundamento teórico, parte del análisis de la vivencia del cuerpo desde una perspectiva psicoanalítica, donde el cuerpo se considera tomado por el lenguaje y por tanto es un constructo del propio sujeto. Por su parte, la propuesta metodológica consistió en la realización de un proceso terapéutico grupal de 6 sesiones con 4 mujeres que habían sido mastectomizadas y que participaban del grupo de apoyo autoconvocado. Dado a las condiciones inesperadas que impuso la pandemia de Covid- 19, el proceso se realizó de forma virtual mediante la aplicación zoom, empleando diversas propuestas de movimiento. Además, este proceso se complementó con entrevistas individuales a cada mujer participante antes y después del trabajo grupal.

Algunos de los resultados más valiosos del proceso consisten en el reconocimiento de elementos clave de la resignificación de la feminidad en mujeres mastectomizadas; la identificación de la danza como un recurso expresivo valioso en el trabajo de reconocimiento y apropiación del cuerpo, la cual favorece la producción subjetiva y la creación con el cuerpo; y la valoración del grupo como un espacio seguro de apoyo, reconocimiento e identificación. Finalmente, con esto se corrobora la pertinencia de la estrategia de trabajo propuesta sobre las posibilidades terapéuticas que tiene la danza como expresión del lenguaje.

Lista de gráficas

Gráfica 1. Tasas de incidencia del cáncer de mama en mujeres según año. Costa Rica, 2000-2012	14
Gráfica 2. Tasa de incidencia de cáncer de mama en mujeres según provincia. Costa Rica, 2012	15
Gráfica 3. Tasas de mortalidad del cáncer de mama en mujeres según año. Costa Rica, 2000-2012	16
Gráfica 4. Tasa de mortalidad de cáncer de mama en mujeres según provincia. Costa Rica	17
Gráfica 5. Tasa de incidencia de cáncer de mama en mujeres según grupo de edad. Costa Rica, 2014	18

Lista de Figuras

Figura 1. Categoría 1. Principales representaciones históricas de la feminidad	103
Figura 2. Categoría 2. Significaciones sobre el cuerpo posterior a la mastectomía	106
Figura 3. Categoría 3. Recursos simbólicos utilizados para habitar un nuevo estado en relación con el cuerpo	109

Lista de Tablas

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.....	88
Tabla 2. Cronograma de sesiones	94
Tabla 3. Categorías estructurantes de la recolección y análisis de datos.....	95
Tabla 4. Síntesis de la propuesta metodológica.....	98
Tabla 5. Nombre y perfil de las participantes	102



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, _____, con cédula de identidad _____, en mi condición de autor del TFG titulado _____

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. **SI** **NO** *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una **responsabilidad** legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de **perjurio**, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, _____, con cédula de identidad _____, en mi condición de autor del TFG titulado _____

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. **SI** **NO** *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una **responsabilidad** legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de **perjurio**, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

I. Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad que tiene una connotación negativa en la sociedad actual. El cáncer, como tal, se asocia inmediatamente a sufrimiento y muerte. Entre las mujeres, el cáncer de mama es el más común, es decir, el de mayor incidencia y uno de los que más muertes provoca, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) /Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), indica que en América Latina este tipo de cáncer es el más común, y el segundo en cuanto a mortalidad. Tan fuerte y agresivo puede ser el cáncer que uno de los procedimientos que se usa desde la técnica médica para eliminar las células cancerosas, es la amputación total o parcial de uno o de ambos senos, la mastectomía, cuya vivencia es experimentada por cada mujer de manera única y particular con repercusiones en los diferentes ámbitos de su vida.

En los antecedentes de esta propuesta se hace una revisión de los principales trabajos en torno a la temática, dentro y fuera del país, desde abordajes grupales con mujeres y en los que se hace uso de la danza como recurso de intervención; incluso se tomaron en consideración aportes de diferentes perspectivas, como la danzaterapia o la Danza Movimiento Terapia (DMT), que si bien tienen estructuras terapéuticas distintas, retoman los aportes fundamentales de la danza como medio de expresión. Se priorizaron aquellos estudios que incluían a mujeres que habían tenido cáncer de mama y fueron intervenidas quirúrgicamente con mastectomía parcial o total.

Debido a la escasa producción de este tipo de trabajos se incluyeron algunos estudios que, por lo menos, tuvieran en cuenta dos criterios: que fueran realizados con mujeres mastectomizadas y que hicieran uso de la danza.

En cuanto a la perspectiva teórica, se toma como punto de partida para el análisis la vivencia del cuerpo desde una perspectiva psicoanalítica; en este sentido, se hace referencia a un cuerpo que es un constructo del propio sujeto, donde el cuerpo es tomado como lenguaje. Se parte de la concepción de cáncer como enfermedad marcada y representada por la muerte, y la mastectomía como la consecuente pérdida de un órgano, o parte de él, condición que podría representar un reto en las diferentes áreas de vida de la mujer.

El proyecto planteó la realización de un proceso terapéutico grupal de 6 sesiones con mujeres que habían sido mastectomizadas y que participan en un grupo de apoyo autoconvocado. Dadas las circunstancias contextuales causadas por la pandemia de Covid-19, el proceso se llevó a cabo de forma virtual, a través de la aplicación de Zoom. Esto al acatar las directrices emitidas por el Ministerio de Salud y la propia Universidad de Costa Rica; además y ante todo, de procurar la salvaguarda de las participantes ante su condición de vulnerabilidad por riesgo de contagio, así como también de las preocupaciones o temores a las que podía someterlas la presencialidad.

Específicamente, el proceso hizo uso, principalmente, de los recursos que provee la danza como lenguaje y como manifestación artística, que impulsa un empuje al acto creativo, específicamente la creación con el cuerpo. De esta forma se valoraron las posibilidades terapéuticas que tiene la danza como expresión del lenguaje.

Al igual que en los procesos creativos el artista se expresa por medio de un lenguaje, un lenguaje que hace suyo y al que llama lenguaje artístico, con la utilización de recursos técnicos o instrumentos que le permiten plasmar aquello que quiere dar a conocer. En la danza el cuerpo es el recurso por excelencia y el movimiento el lenguaje que permite expresar

aquello que quien baila desea. El cuerpo, como territorio sensitivo, amplía sus posibilidades en el proceso creativo y permite incluso algo del placer en la ejecución misma, promoviendo mediante ese arte poner algo del dolor fuera del cuerpo.

Con esta propuesta de intervención grupal se pretendió posibilitar condiciones que favorecieran la producción subjetiva de las mujeres participantes ante la vivencia de la mastectomía.

II. Justificación

*La danza no se recuerda, es un agujero en la memoria,
imagen estética de la nada.*

*Atraviesa los espacios, ciudades de maravillas sin relatos, y
evoca perfumes que escapan a la prisión del bla, bla, bla.*

Alejandro Ariel, *La danza es el retumbar de una alegría
indescriptible.*

Hablamos del cuerpo, de nuestro cuerpo y a veces sentimos que las palabras no nos alcanzan, hablar del cuerpo no es hacer una descripción anatómica, porque nuestro cuerpo es más que eso, sabemos que cuerpo es una construcción; no se nace con un cuerpo, sino que se hace un cuerpo durante el curso de nuestra vida. Esta construcción es siempre inacabada y está en constante cambio, pues no somos, ni nos sentimos, ni nos vemos igual en la niñez, en la pubertad, en la adultez ni en la vejez. Cada etapa implica modificaciones que se pueden ver y sentir en los órganos, en nuestra sustancia viviente y en nuestro cuerpo mismo.

Estos cambios no sólo son afectados por el paso del tiempo, sino también por las condiciones del entorno en el que nos desenvolvemos y las vivencias que tenemos. La alimentación, el clima, el paisaje, las condiciones de movimiento habituales, las relaciones con los otros seres humanos, un accidente e incluso una enfermedad pueden modificar nuestra corporeidad.

Se puede decir que estos cambios requieren ser tramitados psíquicamente por el sujeto que los experimenta, y este proceso de significación tiene complejidad; algunas de estas experiencias de cambio resultan dolorosas, inesperadas o incluso difíciles de simbolizar para el sujeto.

Las personas que han tenido vivencias relacionadas con el cáncer atraviesan en muchos casos modificaciones en el aspecto físico, algunas veces a causa de la enfermedad misma y en ocasiones por el tratamiento al que deben exponerse. Concretamente sobre el cáncer de mama, en algunas pacientes la curación puede implicar incluso la amputación o pérdida de una parte de su cuerpo.

Ante situaciones como esta, cada sujeto tiene diferentes recursos subjetivos, a partir de los cuales podrá simbolizar este momento con mayor o menor dificultad. En esta práctica nos ha convocado la pregunta por las diferentes reacciones, las resignificaciones e incluso las implicaciones posteriores que algunas pacientes sobrevivientes de cáncer han mencionado sentir, entre ellas modificaciones en la percepción de su cuerpo, el desconocimiento de su imagen e incluso afección en las relaciones con los otros.

Como se anotó en la Introducción, el trabajo consistió en la realización de un proceso terapéutico grupal de 6 sesiones con mujeres que fueron mastectomizadas y que participan en un grupo de apoyo autoconvocado denominado Grupo Luz de Vida, con sede en la ciudad de Cartago. En la comunicación personal con María Elena Mendoza y Ana Ruth León (comunicación personal, 17 de mayo de 2018), coordinadoras del Grupo Luz de Vida, afirmaron no haber recibido atención psicológica, o incluso dijeron que a muchas integrantes se les hizo difícil hablar de la situación que estaban atravesando con las personas de su entorno; algunas sí recibieron apoyo por medio de tratamiento psicológico, con lo que lograron simbolizar de mejor manera las etapas del cáncer y la mastectomía; sin embargo, de su discurso se desprende que han tenido secuelas que van más allá de lo que se puede abordar de forma consciente en el plano psíquico y, por ende, consideran que al trabajar

psicológicamente perciben una mejoría. A pesar de esto, muchas dijeron sentir que algo de lo que aconteció ha dejado un rastro en ellas, es decir, en su cuerpo.

Partiendo de lo anterior es que se ha propuesto la danza como un recurso expresivo para el trabajo con el cuerpo, en este caso específicamente con mujeres que han tenido una intervención de mastectomía. La danza como recurso terapéutico es utilizada en múltiples propuestas, una de ellas es la Danza Movimiento Terapia (DMT)¹, una creciente disciplina que ha realizado un importante esfuerzo en la recopilación de sus investigaciones para probar la efectividad de su método, de ahí que resulte uno de los modelos terapéuticos en torno a la danza del que más referencias se puede conseguir. En la DMT se considera que la danza es terapéutica debido a sus aspectos psicofísicos, que pone sus acentos en el cuerpo, en la postura y en la forma en la que el movimiento influye en la percepción de uno mismo y de los otros, al igual que en las tensiones del cuerpo, que podrían inhibir la acción o el sentimiento, y en la conciencia de la respiración y la utilización sensorial del tacto; mientras que en otros abordajes se pone énfasis en la visión de la danza como arte, que permite la expresión y la creatividad a través de la puesta en juego del cuerpo en el tiempo y el espacio, es decir, de la implicación activa del sujeto en la producción creativa.

Desde la experiencia de trabajo en danzaterapia de una de las postulantes en este trabajo, se ha evidenciado que la danza, en la vivencia de las pacientes, usualmente lleva a despertar una serie de sensaciones y percepciones propias que se encontraban en un estado

¹ Véase Pérez, 2016, p. 8-11

adormecido, con la que frecuentemente afloran de igual manera recuerdos y memorias que evocan momentos que se encontraban reprimidos. En algunos casos incluso afloran traumas al registro consciente por medio del cuerpo en movimiento, o bien reaparecen para permitir una simbolización desde otro lugar. Si bien estos procesos muchas veces invocan sensaciones y memorias desagradables y dolorosas, es común que las pacientes mencionen la sensación de placer que, con frecuencia, suelen percibir al enfocar su trabajo en el cuerpo desde un lugar distinto al que se habían vinculado hasta este momento; se genera una sensación de sorpresa al redescubrir la posibilidad de habitar su cuerpo desde un lugar donde se abre un espacio al disfrute de sus sensaciones. En esas experiencias, las pacientes han mencionado un sentimiento de encuentro con su cuerpo o partes de su cuerpo que estaban bloqueadas a nivel de sensación, lo que brinda la posibilidad, para muchas de ellas, de apropiarse y hacer suyo su cuerpo, que solo es Uno cuando se ha decidido hacer de él lo particular.

Teniendo de base este contexto es que se planteó la realización de una propuesta de intervención donde la danza fuera un medio expresivo que permitiera favorecer la resignificación de la feminidad de mujeres que tuvieron una intervención de mastectomía y que participan en el grupo Luz de Vida.

Según comentaron las coordinadoras de este grupo, es común escuchar en el discurso de las pacientes con este tipo de vivencias relatos sobre su cuerpo, refiriéndose a él desde un lugar de desprecio, con la sensación de que está estropeado, dañado o bien ha sido un desecho desde hace mucho tiempo; es importante ubicar que muchas veces estas sensaciones aparecen en sus historias en diferentes momentos del proceso de enfermedad (comunicación personal, 17 de mayo de 2018). Las repercusiones de vivir con un cuerpo que se considera

despreciable, o con el que se está enojada, muestran sus repercusiones en la salud física y emocional, y al mismo tiempo en las vinculaciones que pueden establecer con los otros de su entorno.

Se muestra en el relato de las pacientes la percepción de su cuerpo como el responsable de haberse enfermado; en el proceso de la enfermedad mencionaron sentir enojo hacia ellas mismas, por lo que se podría pensar que la disociación podría ser un recurso para bloquear el dolor que perciben diariamente al habitar su cuerpo; desconectarlo, descuidarlo, bloquearlo, adormecerlo o hasta hacerlo doler, parecen ser una vuelta donde el destino de la pulsión de muerte recae sobre sí misma, o lo que consideran una parte de sí.

Se plantea entonces la siguiente pregunta: ¿cuál es la vivencia de significación y resignificación de la feminidad de mujeres mastectomizadas que asisten al Grupo Luz de Vida en Cartago?

- Inclusión de la virtualidad en la propuesta

Ante la situación experimentada durante el año 2020 por la pandemia de COVID-19, las personas de todo el mundo se han visto en la obligación de modificar el modo y la forma en que llevaban sus vidas; todas las áreas de la vida como se conocían hasta el momento se han visto impactadas: la salud, la economía, la política, la cultura, la educación, la forma de establecer comunicaciones, relaciones y vínculos, todo ha experimentado un cambio en el que aún se está en proceso de asimilación y adaptación hacia lo que se ha denominado “la nueva normalidad”. Esta propuesta de intervención no es la excepción y ha tenido que

modificarse al contexto actual para poder llevarse a cabo. A continuación, se presentan los elementos considerados para la adaptación de la propuesta.

- **Situación de la pandemia**

La pandemia por la enfermedad del covid-19, que es causada por un coronavirus denominado SARS-CoV-2, fue declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo del 2020, a partir de su propagación por el mundo. Esta enfermedad se originó aparentemente en la ciudad de Wuhan, en el sureste de la República Popular China, en diciembre del 2019, cuando se reportaron varias personas enfermas de un raro tipo de neumonía desconocida hasta ese momento.

En las primeras semanas, producto del desconocimiento del agente patógeno, no se tenía claridad sobre si esta enfermedad se transmitía de persona a persona. Incluso después de detectarse muchos casos, tanto en China como en otros países, la OMS se resistía a declarar la situación como una pandemia, hasta el 11 de marzo del 2020 (Ghebreyesus, 2020).

En Costa Rica, el primer caso de contagio se verificó el día 6 de marzo del 2020. Las autoridades sanitarias ya estaban preparadas para dicha incidencia, a raíz de las constantes alertas epidemiológicas publicadas tanto por la OMS como por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El 16 de marzo del 2020 el Gobierno decide decretar Emergencia Nacional por la situación sanitaria provocada por la enfermedad covid-19, solo cinco días después de que la OMS catalogara a esta enfermedad como pandemia (Decreto Ejecutivo 42227-MP-S).

El decreto que declaró esta Emergencia Nacional fue la base para que luego las instituciones que coordinan su aplicación impusieran severas restricciones a la movilidad de las personas y a las reuniones de grupos numerosos.

Mientras tanto, el Ministerio de Salud junto con la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE), han estado revisando periódicamente el estado de situación y para la fecha de inicio de la propuesta ante la universidad, existe alerta amarilla para la mayoría de los cantones del país, así como de alerta naranja para algunos de ellos, lo cual limitó los movimientos del tráfico vehicular y las reuniones en espacios cerrados.

Los casos de covid-19 se mantuvieron controlados hasta el mes de julio del 2020, cuando el número de personas contagiadas comenzó a elevarse aceleradamente, debido a la relajación de algunas medidas restrictivas. Al 26 de enero del 2021 el número de casos en Costa Rica llegó a 191,345, mientras que 2,567 personas han fallecido por la enfermedad o por otras complicaciones derivadas de ella (Ministerio de Salud, 2021).

Producto de toda esta situación de emergencia y crisis sanitaria, también las autoridades de la Universidad de Costa Rica decidieron el día 1 de junio del 2020 acatar las recomendaciones de restricciones a la movilidad y evitar las reuniones de personas, y por ello dispusieron que todas las actividades académicas, así como los trabajos de posgrado, los proyectos de acción social y los TCU del II ciclo del año 2020 se desarrollen bajo la modalidad virtual, considerando la modalidad presencial solamente de manera excepcional (Resolución de Rectoría UCR R-158-2020).

Tomando en consideración lo anterior, se propuso que la práctica para concluir el Trabajo de Investigación se realizaría de forma virtual. Esta práctica consistió en la realización de 6 sesiones grupales con 4 mujeres que tuvieron cáncer de seno y que han pasado por el procedimiento de la mastectomía, condición que las ubica como una población de alto riesgo de contagio de la enfermedad covid-19. Esto, junto con las indicaciones del Ministerio de Salud para evitar al máximo las reuniones grupales, y con las posibles preocupaciones o temores que pudieran sentir las mujeres participantes para asistir, llevó a proponer dicho trabajo de manera virtual, considerando también el autocuidado de las sustentantes.

Capítulo 1. Marco Referencial

1.1. Contextualización del cáncer

De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer (INC) (2018) de Estados Unidos, el cáncer es el nombre con que se conoce a un conjunto de enfermedades relacionadas. En todos los tipos de cáncer se da la situación de que algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos del derredor. Normalmente las células en el cuerpo humano crecen y se dividen, creándose así nuevas células cuando el cuerpo las necesita. Cuando envejecen o se dañan, las células mueren y se forman otras nuevas que las reemplazan. En algunos casos este proceso se descontrola y las células viejas o dañadas sobreviven, o bien se forman células nuevas cuando no se necesitan. Estas células se multiplican sin interrupción y se forman masas que son llamadas tumores.

Los tumores se dividen en benignos y malignos. Los primeros se llaman así porque no se extienden a otros tejidos o partes del cuerpo, como sí lo hacen los malignos. Los benignos, cuando se extirpan, generalmente no vuelven a crecer; los malignos o cancerosos, por su parte, a menudo sí aparecen de nuevo luego de ser extirpados. Las células cancerosas, en general, son capaces de evadir el sistema inmunitario del cuerpo y es por ello que pueden seguir creciendo. El cáncer es una enfermedad genética, o sea, que se transmite de generación en generación, aunque algunos tipos pueden ser causados por exposiciones específicas del ambiente, como la radiación solar o los químicos presentes en el humo del tabaco. “El cáncer en cada persona tiene una combinación única de cambios genéticos. Conforme sigue creciendo el cáncer, ocurrirán cambios adicionales. Aun dentro de cada tumor, células diferentes pueden tener cambios genéticos diferentes” (INC, 2018).

Se tiene conocimiento sobre más de cien tipos de cáncer; cada tipo recibe, por lo general, el nombre del órgano o tejido donde se origina, o según el tipo de célula que lo forma.

1.1.1. El cáncer de mama

El cáncer de mama es un tipo de los llamados carcinomas, que se forman en las células epiteliales; estas células cubren las superficies internas y externas del cuerpo. Existen diversos tipos de células epiteliales; por ejemplo, están aquellas que forman los tejidos glandulares, que producen flujos o mucosidad. El cáncer que se forma en estas células es llamado adenocarcinoma, y éste es el tipo que se da en la próstata, el colon y las mamas (INC, 2018).

El cáncer de mama (también llamado cáncer de seno) se origina cuando las células forman un tumor que, por lo general, se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una protuberancia. El tumor es maligno o canceroso si las células pueden crecer penetrando los tejidos circundantes o propagándose (metástasis) a otras áreas del cuerpo. El cáncer de seno se presenta con más frecuencia en las mujeres, pero los hombres también lo pueden padecer (American Cancer Society, 2018).

1.1.2. Cáncer de mama en Costa Rica

De acuerdo con los datos que suministra el Ministerio de Salud (2015), la incidencia de cáncer de mama ha venido en aumento desde al año 2000, aunque con ciertos picos en algunos años que, en términos generales, muestran una ligera disminución a partir del año 2008. La gráfica 1 permite observar que en el año 2000 la tasa de incidencia era de 40.0 por

cada 100,000 mujeres y que en el año 2012 (último año con datos disponibles) la misma era de 42.0. Sin embargo, en el año 2004 subió a 43.9 y en el 2011 hasta 48.0.

Gráfica 1



(*) Cifras preliminares

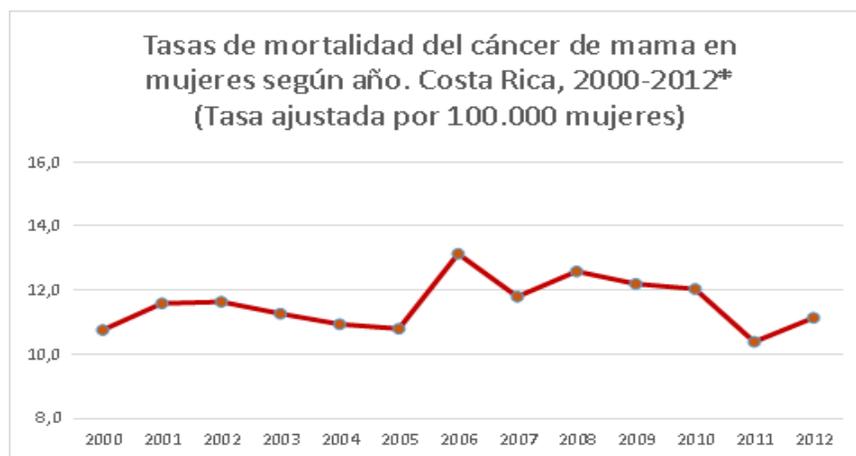
Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud (2015)

En el año 2012, la provincia con la mayor tasa de incidencia de cáncer de mama en Costa Rica era San José, con 52.97 mujeres por cada 100,000. En segundo lugar, se situaba Cartago, con una tasa de 40.7. La provincia con menor tasa fue Guanacaste, con 26.94, y la segunda más baja fue Puntarenas, con 28.75. El hecho de que la provincia de Cartago se ubique como una de las zonas con mayor incidencia de cáncer de mama en el país es otra razón que justifica la realización de este trabajo con mujeres de esta localidad.

Gráfica 2

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud (2015)

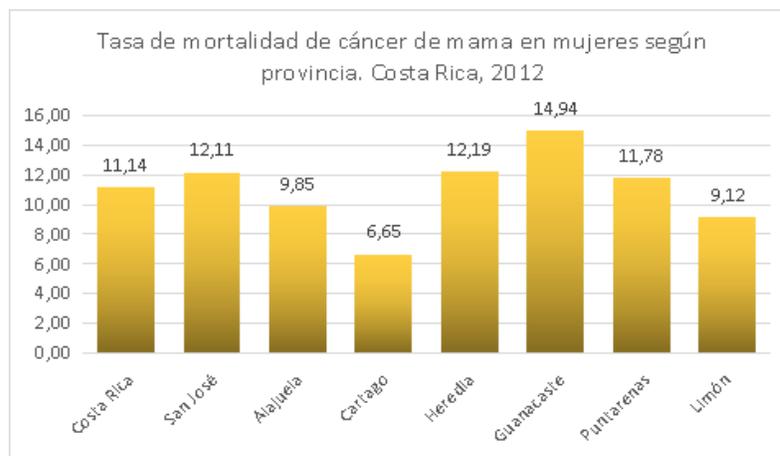
La tasa de mortalidad por cáncer de mama se ha movido entre el año 2000 y el 2012 en los valores de 10.3 (la tasa mínima alcanzada en el 2011) a 13.4 (la tasa máxima a la que se llegó en el 2006). Del 2001 al 2005 la tasa de mortalidad mostró un sostenido movimiento descendente, pasando de 11.6 a 10.8 en ese período. Pero en el 2006 subió fuertemente, desde 10.8 hasta 13.4. Y aunque en los años siguientes mostró signos hacia la baja, hasta alcanzar un mínimo de 10.3 para todo este período, volvió a subir en el año 2012, cuando se colocó en 11.2.

Gráfica 3

(*) Cifras preliminares

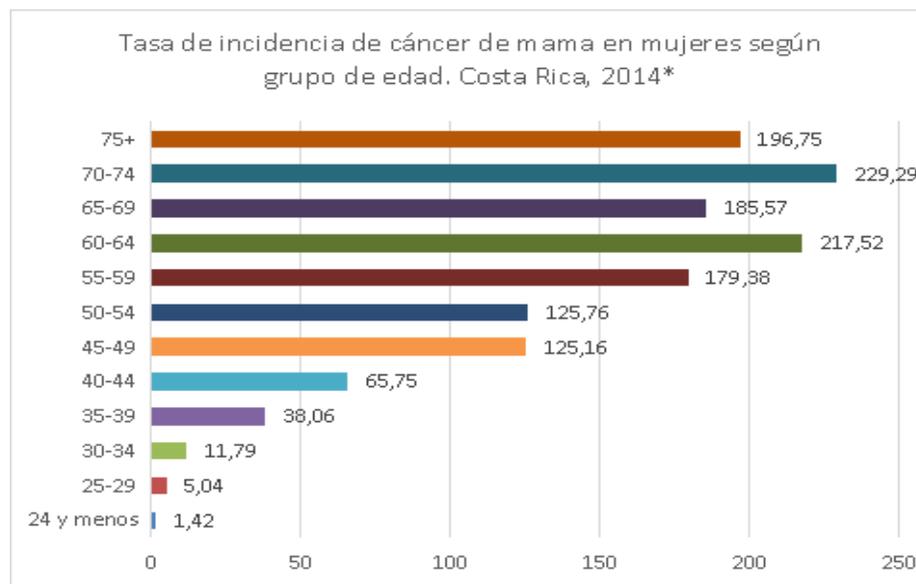
Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud (2015)

En el caso de la mortalidad por cáncer de mama, la mayor tasa en el año 2012 la tenía la provincia de Guanacaste, con 14.94, en segundo lugar, Heredia y tercera San José, con 12.19 y 12.11 respectivamente. La menor mortalidad se observó en Cartago, con una tasa de 6.65, seguida por Limón con 9.12. De acuerdo con OPS/OMS (2018), una mayor supervivencia de las mujeres afectadas por el cáncer de mama se asocia con un diagnóstico precoz y los avances en el tratamiento de éste.

Gráfica 4

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud (2015)

Información provista por el Ministerio de Salud, con datos del año 2014, muestra que la incidencia de cáncer de mama es más frecuente en mujeres mayores de 55 años, siendo el grupo de 70 a 74 años el que alcanza la mayor tasa con 229.29 mujeres por cada 100,000; y el de 55 a 59 años con una tasa de 217.52. Por el contrario, entre más joven es la mujer la incidencia de este tipo de cáncer es menor.

Gráfica 5

(*) Tasa por 100,000 mujeres

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud, 2016.

Una mirada al panorama general muestra que, en el período 2000-2012, tanto la incidencia como la mortalidad del cáncer de mama han venido disminuyendo en el país, con algunos pequeños lapsos de altibajos. Concretamente en la provincia de Cartago, los datos del año 2012 arrojan una situación disímil y que podría pensarse contradictoria en lo que respecta a incidencia y mortalidad, pues en incidencia esta es la segunda provincia donde más casos se detectaron, detrás de San José; pero es la región donde se encontró la menor mortalidad, lo cual podría ser explicado -que no es el objetivo aquí- por un posible éxito de los programas de prevención en EBAIS, clínicas y hospital central que permiten una atención más temprana.

Para octubre del 2021, el Ministerio de Salud de Costa Rica, en el marco del mes de sensibilización sobre el cáncer de mama, realiza un comunicado de prensa mediante diversos medios tecnológicos y noticiosos donde informa a la población los últimos datos a nivel

nacional en materia de cáncer de mama, identificando como la causa número uno de muerte de las mujeres costarricenses, los datos de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, indican que para el año 2020, 427 mujeres fallecieron producto del cáncer de mama.

Más adelante, el comunicado también menciona que los decesos por esta causa mantienen un ascenso sostenido, pasando de 349 decesos en el 2018, 372 en el 2019 a 427 durante el 2020, en este último año representó el 16% de todos los fallecimientos femeninos por cáncer registrados en el país.

Se destaca que 56% de los fallecimientos por cáncer de mama registrados en el 2020, se ubican en el rango de edad de 30 a 69 años, catalogado como mortalidad prematura, dado que se da en edades tempranas.

Con respecto a la ubicación geográfica, la provincia con mayor tasa de mortalidad de este tipo de cáncer es Heredia, 20 decesos por cada 100.000 mujeres, seguida de San José con 19 fallecimientos y Alajuela con 15, por cada 100.000 mujeres.

El comunicado concluye retomando los datos del 2016 (año en que registró 1.337 diagnósticos de cáncer de mama) con un promedio de casi cuatro mujeres diagnosticadas diariamente con esta enfermedad.

1.2. Grupo Luz de Vida

El Grupo Luz de Vida nace en el 2009 y tiene como antecedentes a las asociaciones ANASOVI y Crisol, todas pertenecientes a la Red Nacional de Cáncer de Mama. Es un grupo no gubernamental sin fines de lucro que se proyecta a la comunidad con el propósito de

transmitir información y concientización sobre cómo detectar y prevenir el cáncer de mama y brindar apoyo a pacientes que están en proceso, así como también a aquellas que ya han superado la enfermedad.

Según la información facilitada por las coordinadoras, (comunicación personal, 17 de mayo de 2018)², la misión del grupo es transmitir positivismo y apoyo a todas las pacientes, sobrevivientes y familiares tanto del área central como de las zonas alejadas de la ciudad de Cartago; y su visión es ser un grupo organizado y reconocido por su seriedad y compromiso con todas las personas que requieren de su experiencia y testimonio, proyectándose a la comunidad, capacitando al voluntariado y formando grupos de apoyo familiares.

El grupo está liderado por 5 mujeres sobrevivientes de cáncer. El mismo se ha dedicado a acompañar a mujeres y familiares que han tenido experiencias con el cáncer, pero también con otras patologías como linfomas y sarcomas. Las personas beneficiadas del grupo son captadas por las voluntarias en el Hospital Max Peralta de Cartago, y reciben mujeres de todos los cantones de la provincia y de todas las edades. Sin embargo, hay elementos comunes en la mayoría de las mujeres que forman parte del grupo y es que son pacientes de bajos recursos económicos, jefas de hogar, sin seguro social ni acceso a la atención médica.

² Toda la información sobre el Grupo Luz de Vida fue facilitada por sus Coordinadoras, en la entrevista realizada el 17/05/2018.

Dentro de las actividades que realizan se destacan los talleres de motivación, charlas impartidas por especialistas en salud y actividades culturales y recreativas para toda la familia.

El grupo también se ha destacado por asesorar y acompañar a las mujeres que necesitan validar sus derechos por medio de recursos de amparo ante la Sala IV para acceder a tratamiento médico. Además de llevar un mensaje de empoderamiento sobre los derechos que tiene la paciente, brindan acompañamiento a familiares y dan charlas informativas y de prevención a estudiantes del Colegio Universitario de Cartago y a cualquier otro lugar que lo solicite.

El grupo no tiene financiamiento, el apoyo que reciben es el espacio físico que les brinda la Municipalidad de Cartago, y la colaboración que reciben de otras asociaciones como FUNDESO para la derivación de compañeras sin seguro médico. A pesar de esto, es importante destacar que su principal herramienta de trabajo son sus propios testimonios y experiencias de vida.

Dentro de los temas que más les interesa al grupo trabajar, dadas las demandas de sus beneficiarias, son: el manejo del duelo, la relación con el cuerpo y la auto imagen sobre todo por la pérdida de cabello, la vivencia de mutilación en los casos de las mastectomías y el uso de prótesis.

El grupo acoge mensualmente una cantidad aproximada de 50 mujeres que se reúnen en la Casa de la Salud de la Municipalidad de Cartago. Esta Casa de la Salud, ubicada 300 metros al oeste de la esquina suroeste del Estadio José Rafael 'Fello' Meza, alberga a varias

asociaciones que trabajan por mejorar la calidad de vida de las personas del cantón central de Cartago.

Según lo indicado en el sitio web de la Municipalidad de Cartago, este centro busca generar espacios adecuados de educación para los pacientes, familias y la comunidad del cantón sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades y fomento de estilos de vida saludables (Municipalidad de Cartago, 2018).

El interés particular de las investigadoras era trabajar con la temática de cáncer, mastectomía y danza, por lo que se procedió a investigar en Internet y con personas que trabajan con cáncer sobre agrupaciones y organizaciones con las que se pudiera trabajar. En esta etapa de búsqueda de información, se encontró que la estadística más reciente en cuanto a incidencia por provincia en Costa Rica, es la del año 2012, donde se sitúa a Cartago en segundo lugar, con una tasa de 40.7 por cada 100,000 mujeres. Por otra parte, se seleccionó el Grupo Luz de Vida por ser un colectivo autoconvocado interesado en crecer como organización y capacitarse, para mejorar siempre la atención de las pacientes beneficiarias, sobre todo interesadas en fortalecer los recursos para el acompañamiento psicoemocional de las participantes.

1.3. Antecedentes

1.3.1. Antecedentes Internacionales

Entre los antecedentes se encontraron documentos de investigaciones que pueden realizar importantes aportes al abordaje de la temática planteada, las aproximaciones son

diversas y de ahí que se podría tomar elementos que, en conjunto, permitirían una visualización de la problemática a intervenir desde diferentes líneas de aportación.

En el año 2016 Ho, Fong, Cheung, Yip y Luk, efectuaron en Hong Kong un estudio para determinar los efectos de la DMT sobre los síntomas de pacientes con cáncer de mama que recibían tratamiento de radioterapia. El estudio abarcó un grupo de intervención con 139 mujeres, con el apoyo de terapeutas calificados en DMT, en sesiones realizadas tanto en el hospital como en un centro comunitario y en salones de una universidad. Se realizaron 6 sesiones de 90 minutos cada una, a razón de dos sesiones por semana, con un autoinforme sobre estrés percibido, ansiedad, depresión, fatiga, dolor, trastornos del sueño y calidad de vida que se completó antes y después del programa.

Los resultados de dicho estudio, mostraron una disminución del estrés percibido, así como de la severidad e interferencia del dolor. No hubo efectos en los niveles de ansiedad, depresión, fatiga ni trastorno del sueño. El estudio concluyó que un programa de DMT de corto plazo puede contrarrestar el empeoramiento anticipado del estrés y el dolor en mujeres con cáncer de mama durante la radioterapia. Aunque dicho estudio estuvo dirigido a mujeres que aún continuaban con tratamiento de radioterapia, los resultados permiten inferir que un proceso de DMT coadyuva en el mejoramiento de los síntomas de estrés y aun en el alivio del dolor, condiciones que podrían suponerse básicas para poder asumir el goce de su propio cuerpo.

En Seattle, Estados Unidos, Goldov (2011) condujo un estudio con dos grupos de mujeres, uno experimental y uno de control, con el propósito de explorar los efectos de la

DMT administrada individualmente con mujeres que padecen cáncer de mama que tenían problemas sobre su imagen corporal, en tanto que esta imagen corporal es un componente significativo de la autoestima y un aspecto crucial del proceso de recuperación psicosocial de las mujeres con cáncer de mama. Las mujeres participaron en cinco sesiones de 30 minutos en un período de 4 semanas, durante las cuales realizaban movimientos de calentamiento, un componente rítmico diádico y luego ejercicios de enfriamiento. La evaluación de la imagen corporal se completó utilizando la Escala de imagen corporal, el perfil de imágenes de Serlin Kinaesthetic y la Escala de Imagen y Relaciones Corporales, aplicando las pruebas al inicio del proceso, a las 2 semanas y a las 4 semanas.

Los resultados del estudio de Goldov (2011), mostraron que las mujeres, individual y colectivamente, redujeron sus problemas acerca de su percepción corporal. Las narrativas de las mujeres revelaron que aquellas que recibieron DMT descubrieron sus cuerpos de nuevo, planearon cambios de comportamiento o implementaron nuevos comportamientos para apoyar las ganancias en el bienestar de la imagen corporal. En cambio, las mujeres en el grupo de control no estaban pensando en contemplar cambios, y no tenían planes para implementar nuevas conductas. Como conclusión, el estudio apunta que investigaciones futuras sobre DMT deben emplear muestras más grandes, una asignación aleatoria, controles emparejados o subgrupos clínicos por etapa de cáncer de mama y tipo de tratamiento. Se rescata de este estudio la utilización de las escalas como fuente de datos complementaria, y se toma nota de las consideraciones que deben tomarse en cuenta respecto del tamaño de la muestra, la duración de las sesiones y el contenido de éstas.

En el 2010, Blásquez, Nierga y Javierre realizaron un proceso que, aunque fue dirigido a una sola paciente de Barcelona, España, muestra resultados que pueden confirmar las ventajas de la DMT en mujeres que padecen cáncer. Dicho proceso pretendió describir el proceso terapéutico y la posible influencia de las neuronas espejo en la empatía kinestésica empleando la terapia a través de la danza y el movimiento en una paciente con cáncer de mama, mediante una intervención con terapia a través de la danza y el movimiento durante 20 sesiones en 5 meses, una hora por semana. La paciente mostró una mejora en su bienestar psicofísico percibido después de participar en el programa de terapia a través de la danza y el movimiento, en el cual el proceso empático fue relevante para ello.

Las autoras concluyeron que el bienestar percibido y expresado por la paciente a lo largo de las sesiones permite entrever la importancia clínica de la terapia a través de la danza y el movimiento, aunque recomendaron la aplicación de este proceso a grupos de mujeres para incluir no solamente el binomio terapeuta-paciente sino también el de paciente-paciente y diversificar de esa forma el proceso empático. Este estudio muestra claramente los beneficios de la DMT para la salud psicofísica de pacientes con cáncer de mama, sobre todo en un proceso que se puede considerar de larga duración; no obstante, deja también claro que los procesos empáticos pueden manifestarse mejor en tratamientos grupales como el que se propone en nuestro estudio.

También en Barcelona, Alvarez (2014) presenta un estudio descriptivo exploratorio que incluyó un cuestionario aplicado a 9 mujeres y un taller de dos sesiones de danzaterapia de 3 horas cada una con participación de 11 mujeres; todas ellas habían tenido cirugías parciales o totales de mastectomía a causa del cáncer de mama. El estudio pretendía realizar

un acercamiento teórico-descriptivo hacia el concepto de la imagen corporal en el que se destaca el aspecto emocional y relacional de la misma, así como determinar cómo ven, perciben y viven su cuerpo estas mujeres después de haber sufrido una mastectomía. El taller llevado a cabo con estas mujeres reveló algunos de los aspectos relacionados con la imagen corporal que se pueden trabajar con esta población: la inseguridad y la confianza; la calidad de movimiento del peso; y sobre todo el aspecto relacional, de comunicación y el sentido de pertenencia al grupo.

El trabajo realizado permitió crear la oportunidad para tomar conciencia de sus experiencias pasadas para integrarlas en el día a día. Se determinó que el aspecto de la imagen corporal más significativo para esta población es el relacional: la seguridad que les ofrece el grupo de mujeres que ha pasado por lo mismo facilita que se permitan abrirse, entrar en contacto con su Self y expresar sentimientos.

La autora concluye que las experiencias corporales, tanto físicas como emocionales, constituyen una fuente de información respecto a la imagen corporal, que al sentir el cuerpo físico y sus límites desarrolla un sentido de seguridad y confianza. Experimentar el yo interior a través del cuerpo, el yo corporal, ayudaría a canalizar las emociones. Las experiencias corporales son la base de las interacciones sociales las que, a su vez, son base para la construcción de una imagen corporal sana. Concluye además que el trabajo de la imagen corporal resulta ser uno de los fundamentos en que se sostiene la DMT porque no solo engloba nuestra percepción del cuerpo y cómo experimentamos nuestro cuerpo (cualidades propias de la imagen), sino también nuestras vivencias emocionales y relacionales (yo corporal) así como las experiencias pasadas (memoria corporal).

Así, la imagen corporal, dice la autora, constituye una fuente de información tanto para el paciente como para el terapeuta, a la vez que es la herramienta a través de la cual se producen muchos de los cambios terapéuticos. Se rescata de este estudio que se refiere también a mujeres mastectomizadas, como el que proponemos en este caso, y la importancia de la imagen corporal en la salud mental de las personas; quizá una mayor cantidad de sesiones de DMT puedan ofrecer mejores fundamentos para las conclusiones.

Forte y Bueno (2016) presentaron una investigación cualitativa fenomenológica que describe el proceso de una experiencia de 8 sesiones de DMT con 6 mujeres de Sao Paulo, Brasil, que tienen cáncer de mama, con el objetivo de identificar, describir y analizar los posibles cambios en la experiencia vivida del cuerpo propio y los cambios en las relaciones interpersonales. Las investigadoras utilizaron una orientación fenomenológica sobre las vivencias grupales, con el método de DMT de Fux y Merleau-Ponty.

Aunque no todas las mujeres participaron en las 8 sesiones, los resultados fueron alentadores en tanto ellas pudieron expresar dolores y tristezas por las situaciones que les han ocasionado el cáncer de mama y sus entornos relacionales; experimentaron momentos de creación y entrega a las sensaciones rítmicas del cuerpo y del entorno vivencial con distintas emociones vividas por separado y conjuntamente; también experimentaron recuerdos y sensaciones de su niñez y adolescencia; y finalmente, redescubrieron su cuerpo sensible, mediante resignificaciones del cuerpo marcado por la ausencia de la mama y mediante sentimientos de mayor aceptación e integración de lo vivido en nuevas gestalts.

Las autoras concluyeron que las vivencias aportadas en la danzaterapia permitieron a estas mujeres tener experiencias de integración y bienestar, al igual que cambios positivos de percepción de su corporeidad y en cuanto a la forma de ser y estar en el mundo y con los otros sujetos, experimentando, así, el cuerpo de una manera nueva y distinta. El estudio de Forte y Bueno revela que, efectivamente, hay un cambio en la autopercepción de las mujeres producto de su participación en un proceso de DMT, así como una mejora en el nivel relacional, aunque se toma nota sobre el reducido tamaño de la muestra.

Ho (2005) presentó otro estudio también con pacientes de cáncer de mama y otros tipos de cáncer, en Hong Kong, con el objetivo de ayudar a las mujeres a recuperar la sensación de confort y disfrutar de sus cuerpos, a través del baile y ejercicios de relajación, además de ayudarles a utilizar sus propios cuerpos para expresar sus sentimientos más abiertamente. Se utilizó un diseño pre y post estudio: las participantes completaron cuestionarios al comienzo de la primera sesión y también después del final de la última sesión. Además de proporcionar datos psicométricos, también se les pidió que completaran una evaluación formal que exploró cómo se sentían sobre el programa DMT. Durante 6 semanas consecutivas, una vez por semana se realizó una sesión de DMT de 90 minutos. Se aplicaron pruebas (Escala de Estrés Percibido y Escala de Autoestima de Rosenberg). Participaron 22 mujeres, 15 con cáncer de mama y las otras 7 con otro tipo de cáncer.

Entre los principales resultados de esta investigación se menciona que todas las participantes informaron que el programa les ayudó mucho en varios aspectos, como aumentar su confianza para luchar contra el cáncer, obtener apoyo de otros y saber más sobre la rehabilitación. Ellas creyeron que podrían usar lo que aprendieron del programa en sus

vidas diarias. La mayoría de ellas se sintieron relajadas, felices y menos estresadas. Sobresalieron cuatro temas principales entre las participantes: relajación, interacción mente-cuerpo, crecimiento personal y espiritualidad.

La autora concluye que, para las pacientes con cáncer, la proposición de que hubo una interacción entre la mente y el cuerpo fue particularmente importante, ya que el cáncer traumatiza el cuerpo desde la etapa de diagnóstico hasta la etapa de tratamiento médico invasivo. La mayoría de las pacientes con cáncer experimentan una sensación de pérdida de control sobre sus propios cuerpos, y (como nada es seguro con el cáncer) también una pérdida de dirección en la vida. De la misma manera que en otros de los estudios mencionados anteriormente, se rescata de éste la utilización de cuestionarios pre y post proceso, así como las escalas que brindan datos complementarios; y aunque este estudio incluyó a pacientes con otro tipo de cáncer no se puede obviar la influencia positiva de la DMT en las sensaciones y en la percepción de las mujeres participantes.

A partir de los antecedentes encontrados se fortalece la hipótesis de que la danza puede ser una herramienta posible para el trabajo con mujeres sobrevivientes de cáncer que han sido intervenidas por mastectomías. Además, se plantea la danza terapéutica como una herramienta para el estímulo de la empatía, lo que permite abrir el cuestionamiento de si, además de la empatía al otro, se podría estimular también la empatía propia del sujeto y cuáles serían las consecuencias que podría tener en la vivencia de su cuerpo.

Por otro lado, todos los estudios reseñados muestran datos que refrendan los beneficios que obtienen las mujeres participantes, tanto en el nivel físico como en el mental y psicológico, pero sobre todo en el área de la empatía y las relaciones con las demás.

1.3.2. Antecedentes Nacionales

Se ubicó el trabajo de graduación de Bejarano (2012), donde plantea la implementación de un programa de conciencia corporal desde la danzaterapia con 8 mujeres adolescentes del sector de Pavas, una comunidad ubicada al oeste de la capital del país, con un contexto de múltiples problemas sociales asociados con la extrema pobreza, violencia, drogadicción, abandono, migración y exclusión. El estudio se realizó en el primer semestre del 2012 con población de un proyecto social dependiente del Hospital Nacional Psiquiátrico en una comunidad ubicada en “un contexto de zona marginal” (Bejarano, 2012), dividida en dos grupos: 8 sesiones con 5 participantes y 10 sesiones con tres participantes, adecuadas a sus circunstancias de horario y disponibilidad.

El objetivo principal era lograr un mejoramiento de la imagen subjetiva de las participantes, por medio del trabajo de la imagen corporal, partiendo de la hipótesis de que el contexto comunitario tiene consecuencias graves precisamente en la imagen corporal, según el enfoque de la psicología del desarrollo y de la teoría psicoanalítica.

Los resultados muestran un desarrollo en la conciencia corporal en algunas de las participantes que se asocia al factor del contexto y a emociones personales, y que se expresa en un conocimiento más profundo de cómo se comportan las personas dentro de un contexto seguro, en contraste con uno inseguro y cómo cambia la disposición corporal dependiendo

de las emociones experimentadas. Este estudio resulta un importante desarrollo para la presente propuesta pues se postula un abordaje teórico psicoanalítico, con el que se comparten bastantes elementos del marco referencial.

Brenes y Lobo, en el 2009, realizaron una tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología en la que trabajaron con los y las jóvenes de la Casa Infanto Juvenil Saint Exupéry en un programa dirigido a la autoexpresión desde la arteterapia. Se realizaron 10 sesiones en las que, a través de materiales de arte, el grupo se expresó en forma individual y colectiva con respecto a temas de su interés. Se realizaron con ellos entrevistas, bitácoras y evaluaciones verbales realizadas por el grupo durante las sesiones. Se concluye que el programa actúa como promotor y motivador de la satisfacción de las necesidades humanas de identidad, participación, creación y ocio para los y las jóvenes.

En términos prácticos, este trabajo nace y tiene como antecedente principal el trabajo de la autora como instructora de danzaterapia en la Casa Infanto-Juvenil Saint Exupéry (Pueblo Nuevo, Pavas), como parte del Trabajo Comunal Universitario. Se realizaron sesiones de danzaterapia a lo largo del año 2010, una por semana, con niños y niñas de esta comunidad las cuales sembraron preguntas sobre la vivencia del cuerpo en las condiciones particulares de la comunidad de Pavas. Aunque este estudio corresponde con una población muy diferente, se retoman del mismo el enfoque que liga la psicoterapia con el arte y las técnicas empleadas para reflotar las vivencias personales; por otro lado, como ya se mencionó antes, realmente no existen en el país estudios relacionados con estas temáticas.

Se considera que los hallazgos que aparecen en los antecedentes nacionales citados, son una importante aportación en los peldaños de la construcción de conocimiento en torno

al uso de las terapias expresivas en nuestro país; sin embargo, se percibe que el trabajo ha tenido una línea de abordaje enfocada en la expresión individual de los sujetos que han sido parte, y se considera que la aportación del abordaje grupal sería un elemento importante a resaltar, al mismo tiempo que la especificidad de las posibilidades que brinda un trabajo con el cuerpo desde la danza movimiento terapia para el abordaje de enfermedades como el cáncer.

En general, tanto los antecedentes internacionales como los nacionales muestran los beneficios que la danza tiene para la salud psicofísica de las mujeres (adolescentes y adultas) que han participado. Este enfoque terapéutico se encuentra más desarrollado y diseminado fuera del país, siendo que a lo interno solo se han detectado dos estudios. Casi la totalidad de los trabajos revisados coinciden en señalar beneficios para las participantes que van desde el alivio del estrés hasta un cambio en su autopercepción, el mejoramiento de su bienestar psicoafectivo, la empatía y las interrelaciones. Los estudios consultados, excepto uno, han sido realizados con grupos que van desde 6 hasta 139 mujeres, con sesiones (talleres) en número de 5 a 20, con una duración entre 30 a 180 minutos. Algunos de estos estudios también han utilizado instrumentos como escalas, grabación en video y entrevistas de evaluación pre y post.

Los resultados que arrojan las investigaciones revisadas en estos antecedentes permiten reforzar la pertinencia del estudio que aquí se propone, el cual pretende una intervención psicoterapéutica donde la danza sea un medio expresivo que promueva la resignificación de la femineidad en un grupo de mujeres que han experimentado una intervención de mastectomía.

Capítulo 2. Marco Conceptual

En este capítulo se inicia con un apartado que ubica el psicoanálisis como la teoría desde donde se prestará la escucha a las participantes de la intervención, todas ellas mujeres sobrevivientes de cáncer que han sido mastectomizadas. Además, se valora el uso de los principios psicoanalíticos fundamentales para intervenir, como lo son el trabajo *caso por caso*³, la importancia de la *transferencia*⁴ y el análisis de las *significaciones*⁵ y *resignificaciones*⁶ que han tenido estas mujeres en torno a la vivencia del cáncer.

2.1. Introducción

Históricamente el discurso médico se ha ido posicionando hasta obtener legitimidad en la sociedad, otorgada por su propia práctica bajo el denominado método científico. Este discurso se ha colocado como poseedor de “la verdad” sobre lo que le sucede al cuerpo humano, es decir, tiene poder sobre éste, definiendo un deber ser y una normalidad, al punto incluso de tener el poder de hacer con el cuerpo todo aquello que considere necesario para otorgarle ese grado de “normalidad estándar” que requieren los cuerpos de las personas. El discurso médico es entonces un discurso de poder, un discurso que normaliza, masifica y estandariza un deber ser determinado para el cumplimiento de normas y la adaptabilidad

³ Caso por caso se refiere a una intervención apropiada para cada persona, que no es generalizable.

⁴ Transferencia: un término de amplios significados; viene a designar “el conjunto de los fenómenos que constituyen la relación del paciente con el psicoanalista, por lo cual comporta, mucho más que cualquier otro término, el conjunto de las concepciones de cada analista acerca de la cura, su objeto, su dinámica, su táctica, sus metas, etc.” (Laplanche y Pontalis, 2004, pp. 439-440)

⁵ Significación: se refiere a un proceso entre el significante y el significado por el cual “el juego de los significantes produce la ilusión del significado” (Evans, 2007, p. 176) a través de las metonimias (a un elemento se le cambia el nombre por otro con el que guarda alguna relación) y las metáforas (asociar un elemento con otro con el cual tiene alguna similitud).

⁶ Resignificación: suele utilizarse para nombrar al hecho de darle una nueva significación a un acontecimiento.

social. Todo cuerpo que no “cumpla” con esa normatividad y normalidad puede ser objeto de señalamiento, exclusión, rechazo, manipulación o sometimiento en nombre de la ciencia médica. Al respecto se menciona;

Con la aplicación de la disciplina del espacio médico y por el hecho de que se puede aislar a cada individuo, instalarlo en una cama, prescribir un régimen, etc., nos vemos conducidos hacia una medicina individualizante. En efecto, el individuo será observado, vigilado, conocido, curado. El individuo surge como objeto del saber y de la práctica médica. (...) Gracias a la tecnología hospitalaria, el individuo y la población se presentan simultáneamente como objetos del saber y de la intervención de la medicina. (Foucault, 1979, p. 213)

Este discurso impacta directamente en la vivencia de las personas que experimentan alguna enfermedad o padecimiento físico; para Foucault, según Estrada (2015), la medicina clínica es la manifestación de un elemento clave en la forma como los seres humanos entienden lo que son, por lo que el discurso médico se convierte en una herramienta importante para "comprender la *subjetividad*⁷ en el plano objetivo de lo somático" (Estrada, 2015, p.334). Las mujeres que han sido mastectomizadas se han sometido a procedimientos médicos donde la última palabra es dada por la medicina y sus especialistas; lo que sucede subjetivamente en cada mujer queda relegado a un último plano que no es posible nombrar ante la imposición del abordaje médico-hospitalario, donde la persona, más que eso, se ve como un objeto de estudio y de manipulación de otro que es considerado poseedor del saber.

⁷ Subjetividad: entendida como singularidad y modo de existencia, se constituye básicamente a partir de la relación consigo mismo y con el otro.

Por su parte, el psicoanálisis viene a dar cabida a todo eso que no se dice ni se nombra, a todo lo excluido por el saber médico; según Foucault, el hombre sólo puede ser considerado sujeto si es tomado en su unidad psicosomática. En las prácticas médicas o paramédicas, el paciente no es sujeto sino objeto de un saber médico (Gomes, 2005, p. 731); el psicoanálisis viene a posicionar a la persona como sujeto, abre el espacio a la palabra, a la elaboración y al reconocimiento de un saber que es propio, que, si bien es *inconsciente*⁸, moviliza al sujeto en su *deseo*.⁹

El psicoanálisis permite trabajar desde una construcción de la subjetividad y particular, desde el caso por caso. "El psicoanalista advino posible porque el médico dejó dicho sufrimiento sin respaldo científico" (Mascheroni, 2015, p. 2-3). Este discurso tiene su fundamento en la separación que establece con respecto de otra cosa; es decir, para lograr que el inconsciente sea el objeto de un nuevo discurso tiene que haberse excluido algo, como, por ejemplo, el saber médico sobre ciertas dolencias del cuerpo sobre las que se encuentran limitaciones para decir de su afectación.

El psicoanálisis nos presenta un sujeto que no puede considerarse amo y señor de sí mismo, ni de sus discursos ni de sus actos, pero que tiene que hacerse cargo de aquello que lo determina como algo que también es "suyo", que le concierne. Ajeno a toda ideología de

⁸ Inconsciente: un sistema que está constituido por contenidos reprimidos, a los que no se tiene acceso por esa misma acción de represión (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 193)

⁹ Deseo: en la versión lacaniana, consiste en el deseo inconsciente del deseo del Otro: desear que la otra persona me desee, me reconozca. Véase Evans, 2007, p. 67-69.

la absolución, el psicoanálisis considera que uno siempre es responsable de lo que le acaece (Gerber, en Larrauri y Martínez, 2012, p. 4).

En este trabajo con mujeres mastectomizadas, se pretende llegar a eso que no ha sido dicho y que se aloja en las vivencias corporales de las pacientes y que mediante la danza puede ser expresado en el marco de una propuesta terapéutica grupal. Gerber apunta, en la entrevista que le hicieran Larrauri y Martínez (2012), que;

... la ciencia se impone 'curar', y entiende esto como extraer, eliminar, sustituir lo que "no marcha" o "no responde" (que es de lo que se ocupa el psicoanálisis porque ahí es donde reconoce la singularidad de los sujetos). El discurso de la ciencia ha generalizado en el mundo actual el mandato de extraer y desechar todo aquello y todos aquellos que son considerados causa del malestar, es decir, de la falta de dominio sobre el goce, mientras que el psicoanálisis lo que hace es partir del reconocimiento de dicha falta imposible de eliminar. El ideal científico es el dominio pleno cuya figuración es la identificación del orden simbólico con el goce, en un mundo donde la falla habría desaparecido. (p. 5)

La elección del psicoanálisis como modo de escucha apunta por hacer un espacio de reconocimiento subjetivo a la escucha de esa falta imposible de eliminar; el discurso médico ha tomado el cuerpo de la paciente como un objeto de estudio, donde la necesidad de extirpar, cortar, sacar "eso que no está bien" y que ha tomado el nombre del cáncer, coloca a la paciente en un escenario donde el cuerpo es mirado no como una construcción subjetiva, sino como un elemento a intervenir; algo del despedazamiento del cuerpo se juega en un real al que es valioso tratar de darle palabra.

Ese cuerpo construido por la paciente es, pues, un pilar de esa terceridad que se moviliza entre el órgano viviente y el deseo que la habita, al mismo tiempo que la feminidad es también esa manera particular en la que se ha apropiado de su ser mujer; es por eso que en esta propuesta se apuesta porque la revitalización de esa tríada en dinamismo, cuerpo como construcción subjetiva, órgano viviente, y deseo, es fundamental para permitirle a la paciente una nueva reapropiación significativa de ese su cuerpo y su feminidad, donde la opción por la creación y el despertar del placer de habitar el cuerpo, resulten importantes recursos de resignificación.

2.2. El cuerpo y las significaciones

2.2.1 El cuerpo como construcción significativa

Durante los primeros años de nuestra vida conforme vamos adquiriendo habilidades para cuidar de nosotros mismos, vamos a su vez siendo más conscientes del cuerpo que tenemos y las posibilidades que nos brinda, estas experiencias acompañadas de palabras que las nombran nos van permitiendo crear un tejido de significaciones respecto a nuestro cuerpo, del cual se desprende una representación a modo de imagen, que para efectos de esta propuesta le llamaremos ‘imagen corporal’.

La representación que tenemos de nuestro propio cuerpo es dinámica y varía a lo largo de la vida, se conforma de varios componentes del entorno del sujeto, como los discursos sociales y las prácticas sociológicas en las que se encuentre inmerso, también las vivencias significantes, que se imprimen en el cuerpo, y dan cuenta de la posición deseante de cada sujeto.

Tubert (1996) menciona cómo las imágenes son formas en las que la práctica y discursos sociales construyen la noción de mujer, sexualidad femenina y feminidad. Esta autora plantea que

Las imágenes y los símbolos culturales son las formas en las cuales las prácticas y discursos sociales construyen las nociones de mujer, sexualidad femenina y feminidad, bien de una manera general, bien de maneras específicas de grupos raciales, de clase, de orientación sexual, etcétera. El psicoanálisis, como método de investigación de la subjetividad, nos permite desentrañar la especificidad de las imágenes y los símbolos singulares que dan cuenta de la posición de cada individuo como sujeto deseante. En tanto éstos remiten a la *construcción fantasmática del sujeto*¹⁰ mismo y de su objeto de deseo, con referencia al Otro, nos permiten acceder a las transiciones y transacciones entre el fantasma y el mito. (Tubert, 1996, pp. 311-312)

En lo escrito por Tubert queda manifiesto el valor que tiene esta imagen corporal para hablar de la posición del individuo como sujeto deseante, pues da cuenta a la vez de su construcción fantasmática y de su objeto de deseo con referencia al *Otro*¹¹.

En cuanto a la construcción de la imagen, los componentes sociales y culturales tienen un valor fundamental, pues serán aquellos referentes los que le permitan dar cuenta al

¹⁰ Construcción fantasmática: en Freud, una escena que se presenta a la imaginación y que dramatiza un deseo inconsciente; la escena fantasmática puede ser consciente o inconsciente. Lacan adopta esta idea pero pone su acento en su función protectora: la escena fantasmática es una defensa. (Evans, 2007, pp- 90-91)

¹¹ Otro: es un lugar, un sujeto en sentido secundario, es decir, “en el sentido de que un sujeto puede ocupar esa posición y de tal modo ‘encarnar’ al Otro para otro sujeto” (Evans, 2007, p. 143)

sujeto sobre la construcción de una posición subjetiva (Bleichmar, 1985). Este proceso de inscripción psíquica comienza desde el nacimiento y formaría parte de la estructuración del *Yo*¹². La madre es el agente cultural, y a través de su discurso el sistema de significaciones será transmitido; más tarde, padre, familia y grupos sociales contribuirán con este proceso.

Dio Bleichmar (1985) refiere cómo esta imagen, más allá de su lugar de construcción especular, solamente puede llegar a ser reconocida como propia por el sujeto, y cumplir su objetivo en tanto se dé un proceso de experimentación que le permita el pasaje por el cuerpo de las experiencias, y con ello la posibilidad de hacerlo significativo.

La deambulación y el ejercicio de las funciones corporales han establecido a través de la acción un reconocimiento psíquico del cuerpo en una anatomía que, si bien puede obtener una imagen de completud por vía especular (Lacan, 1966), sólo alcanzará su cabal objetivación y autorreconocimiento a través de la acción y experiencias propias. Experiencias de esfuerzo, dolor y sensibilidad que acompañan a las funciones contribuyen al contorno de la unidad. Sabemos el rol prevalente que juega el placer para el proceso de subjetivación del cuerpo, y el carácter organizador que tienen las zonas erógenas. (Bleichmar, 1985, p. 67)

Vale destacar las experiencias que menciona Dio Bleichmar (1985), como el dolor, el esfuerzo y la sensibilidad, como experiencias que ayudan a la definición del contorno de

¹² Yo: para Lacan, el Yo no está en el centro del sujeto, y en realidad es un objeto, es una construcción formada por la identificación con la imagen especular; es “el lugar donde el sujeto se aliena de sí mismo, transformándose en el semejante... Es una formación imaginaria en tanto opuesto al sujeto, que es un producto de lo simbólico.”(Evans, 2007, pp. 197-198)

la unidad de la imagen corporal, pero más aún el lugar privilegiado en que ubica al placer, como elemento vital en el proceso de subjetivación del cuerpo.

Se ha considerado para esta propuesta el abordaje con las participantes, en torno a su imagen corporal desde varios elementos de análisis; por un lado, la pregunta de cómo ha sido para esa paciente el proceso de construcción de la imagen corporal anterior a la presencia de la enfermedad; pero también, pensar si algo de esa imagen se vio modificada durante el tránsito por la enfermedad y los procesos de búsqueda de la cura.

Siguiendo a Dio Bleichmar (1985), pensar las experiencias de esfuerzo, dolor y sensibilidad que las pacientes pueden haber vivido durante la enfermedad del cáncer de mama y el sometimiento a las intervenciones hospitalarias abre la pregunta por las nuevas significaciones en torno al cuerpo que se pudieran haber producido en esta vivencia. A la vez hace pensar en la importancia de buscar un recurso que apunte hacia el placer, que es acorde con la búsqueda que se propone en la exploración de la danza como medio de creación y de expresión con el cuerpo, el placer se jugaría como un elemento que ayude a la sensación de unificación de esa imagen que ha atravesado momentos de despedazamiento; se propondría entonces como una posibilidad que facilite recursos para una resignificación del cuerpo posterior a la vivencia del cáncer.

2.2.3. Cáncer de mama y sus significaciones sobre el cuerpo

El cáncer de mama, tal como ya se apuntó en la Introducción, es una de las enfermedades que más afecta a la población femenina en el ámbito mundial, al mismo tiempo que es una de las circunstancias médicas que más temor despierta en las pacientes por su

relación con la muerte; anualmente se invierten grandes sumas de dinero y esfuerzos para prevenirlo, y se incentiva a las mujeres a estar vigilantes y llevar controles médicos que les permitan monitorear cualquier irregularidad, tanto en las mamas como en su sistema reproductor. Esta patología médica se ha vuelto tan cotidiana, y severa a la vez, que cuando una mujer es diagnosticada se activa todo un sistema enfocado en “el ataque” o eliminación del cáncer, que conlleva diferentes tipos de tratamientos, algunos más agresivos que otros y en algunos casos con fuertes secuelas para la paciente, incluso la amputación de uno o ambos pechos.

En este proceso, que inicia con el diagnóstico del cáncer, la paciente es llevada a entregar su cuerpo en las manos de los médicos expertos y el discurso médico se activa; se puede afirmar que esto constituye una especie de entrega, “entregarse en manos del que sabe quitar ese cáncer”; en este movimiento la subjetividad es tocada, pues pasa a ser vista como objeto de estudio, de prueba y de intervención médica.

Schnake (1995) nos dice, en referencia al cáncer, que la persona enferma ya no es dueña ni siquiera de su propio cuerpo. Más que de los médicos o de la medicina, ha quedado presa del discurso médico, y lo que habla por ella es su "cuadro clínico". Los terapeutas hacen su aporte a la comprensión de la enfermedad, y se acercan al enfermo absolutamente insertos en el discurso médico, buscando otras "etiologías". La Enfermedad: ella es la que reina (Schnake, 1995, p. 26).

En estas circunstancias la paciente se enfrenta al dolor físico que acarrea la enfermedad, las constantes visitas hospitalarias, la administración de medicamentos y los efectos secundarios de los mismos; por otro lado, se ve sometida a la voluntad del personal

sanitario y a los criterios de intervención del médico y, además de eso, está la presencia del temor que le puede despertar la posibilidad de perder una parte de su órgano, y la consideración del impacto que podría tener en ese que ha construido como su cuerpo, o incluso el terror de lo real, de pensar la muerte.

Este panorama se da ante la presencia de varias enfermedades. Sin embargo, en referencia al cáncer de mama, cobra valor el lugar del órgano donde aparece el cáncer, por ser una enfermedad que está localizada en una zona del cuerpo que puede tener varias significaciones, vinculadas a la feminidad, la maternidad e incluso la sexualidad, siempre considerando la particularidad del universo significativo de cada una de las pacientes.

Schnake (1995) visualiza lo que la mujer enfrenta de la siguiente manera:

Lo que vemos es a la persona en una lucha desesperada contra un enemigo que siente invulnerable. La persona no reconoce nada de sí misma en ese mensajero del que sólo percibe lo siniestro; jamás ha visto en ella misma características semejantes. Las reconoce solo en otros. En el cáncer siempre hay un órgano al que se puede acusar; la persona es poseída por algo que muestra su absoluto egocentrismo. Nada es superior a ese algo (la enfermedad), y todo lo que lo rodea aparece idéntico, sin sentido, sin interés. La enfermedad vivirá mientras la alimenten o soporten, atormentando y haciendo sufrir al cuerpo en el que habita, a veces mostrándole todas las miserias y pequeñeces que oculta, y otras obligándolo desde el dolor a no poder ocuparse de nada ni de nadie; sólo de sí mismo. (p.130)

Ante la presencia de la enfermedad, algo del goce excede el cuerpo, en la afección del órgano, que da cabida a una intervención desde el lugar del amo, donde se ubica el discurso médico; por tanto, se desarrolla un entorno que impacta la subjetividad de la paciente. De ahí que se propone pensar qué intervenciones funcionan como posibilidades para pensar la significación y resignificación; apostar por el arte como creación, sería apuntar a medios beneficiosos para recortar el exceso de goce que recae sobre el cuerpo, y permitir que algo de lo no dicho pueda decirse.

Para pensar las significaciones que podría tener el cáncer y la mastectomía sobre el cuerpo femenino, es necesario hacer referencia a las representaciones históricas que han conformado para cada participante ese cuerpo femenino que le pertenece. Las representaciones históricas son la forma en la que se construye esa idea de ser mujer en la historia de cada una.

Parte del proceso de construcción de estas representaciones, se desarrolla por medio del discurso y las prácticas que forman el contexto en el que se encuentre inmersa la persona. Algunas de las representaciones referidas al cuerpo femenino que propone Dio Bleichmar (1985), como crítica, son las que nombra como sistema narcisístico de la mujer, que se conforma de tres elementos: la maternidad, la belleza corporal y la sexualidad femenina.

En su libro *El feminismo espontáneo de la histeria* (1997), la autora critica las teorizaciones que apuntan a la normativización del sistema desigual patriarcal, desde donde se ha escrito mucha de la teoría que ha tratado de poner en tinta, aquello de las mujeres que resulta incapturable. Advierte la importancia de hacer un esfuerzo por utilizar otras

construcciones teóricas que apunten a la denuncia por la desigualdad, y la creación de nuevas formas.

Sobre la maternidad, dice que la concepción que se ha tenido hasta el momento, y que por ende podría ser la forma de verlo de un importante número de mujeres, es que:

El nacimiento del hijo le prueba que ha sido capaz del acto máximo: la creación de la vida. Al constatar que su leche y sus cuidados son indispensables, que su sola presencia es vital para alguien, la mujer puede por primera vez en la vida sentirse insuperable. Cuanto menor sea el espectro de actividades sustentadoras de su *narcisismo*¹³, mayor será el placer que obtendrá de la maternidad, al constituir a esta función en la única que la engrandece (Bleichmar, 1985, p. 101).

Se identifica entonces la maternidad como uno de los elementos que puede tener una significación sobre el cuerpo de algunas de las participantes, y bien lo incluimos como una posibilidad pero se aclara que, siguiendo la línea de las psicoanalistas feministas, no se piensa para efectos de esta propuesta como una condición necesariamente determinante de la feminidad, ni tampoco se considera la vía biológica de la procreación como la única manera de producir un lazo maternal, sino más bien entendemos maternidad como la relación que se crea entre una madre y su hijo, con base en el deseo del sujeto. Más se contempla que, para las mujeres en las que su condición de madre sea significativa, en su construcción de feminidad, se podría preguntar por una posible relación entre ésta y el pecho femenino ante

¹³ Narcisismo: “es la atracción erótica suscitada por la imagen especular”. Además de su carácter erótico, también tiene carácter agresivo. (Evans, 2007, p. 135)

el diagnóstico del cáncer y una posible mastectomía, tomando en consideración la particularidad de cada sujeto.

Con respecto a la belleza corporal apunta que el patrón que se ha promovido, en la lógica de la desigualdad, es:

Cuanto más bella, más apreciada, más amada, más deseada. La niña descubre la admiración y privilegios que obtiene a partir de la posesión o explotación de su belleza muy tempranamente, pero es sólo a medida que su gracia como niña se va eclipsando cuando crecerá en ella la conciencia del poder que posee como «futura hermosa mujer». La niña aprenderá, escuchará, verá que sólo la mujer es reconocida como alguien que ha cumplido con las expectativas que sus padres o la sociedad tienen sobre ella, si alcanza el status de la mujer casada con hijos, para lo cual le es indispensable ser bella, atractiva. (Bleichmar, 1985, p. 101)

La belleza se presenta pues, desde esta visión, en la que se considera un elemento básico en la representación del ser mujer, se muestra como un indispensable para poder establecer la relación de deseo con el otro, si no se le condena a la mujer a ser figura de decepción de las expectativas que los padres y la sociedad tienen sobre ella. En este sentido, la condición de la enfermedad del cáncer y todas las implicaciones que tiene el tratamiento, hasta la culminación de la mastectomía, podría tener una implicación en las significaciones en torno a la belleza que pueden tener algunas pacientes. El corte, la marca, la cicatriz, la pérdida del cabello, el cambio en la apariencia podría ser para algunas mujeres un impacto en esa posición narcisista, dejando la marca de la vivencia de una pérdida, que implicaría un proceso de duelo y resignificación.

En cuanto a la sexualidad femenina,

Parece imprescindible e imperiosa la incorporación al discurso analítico de la valorización dicotómica y desigual de los roles del género, que la cultura viene realizando desde sus albores, para poder comprender cabalmente la articulación entre el deseo sexual y el deseo narcisista en la mujer. Pensamos que es en el sistema narcisista en el que esta desigualdad de status y poder incide y organiza gran parte de la fantasmática femenina. Pensamos que no basta aceptar que la mujer se halla «presa de los paradigmas y representaciones viriles» (Lemoine-Luccioni), sino que es necesario rescatar a la mujer y al hombre del supuesto destino que los hace no sólo diferentes -diferencia que lejos de apartarlos sella su unión-, sino desiguales, lo que los precipita a la guerra de los sexos. (Bleichmar, 1985, p. 105)

Como se hace referencia en la cita anterior, en torno a la sexualidad femenina el derroche ha sido enorme por nombrarla otra, diferente a la del hombre; según propone Dio Bleichmar (1985), ese esfuerzo por enfocarse en la diferencia ha marcado a la vez la desigualdad, y por tanto ha generado un enfrentamiento entre ambos sexos.

Se plantea para esta propuesta la observación del desarrollo de estos tres elementos que pueden mostrar importantes representaciones históricas en torno a la feminidad, y que podría arrojar alguna información de cómo se ha transitado ante ellas en el proceso del cáncer.

Se puede pensar que, a la luz de los referentes históricos que podrían tener algunas mujeres, el atravesamiento por la enfermedad del cáncer de mama, las condiciones del

tratamiento, para algunas de ellas este pasaje puede representar pérdidas importantes que lleguen a impactar en significaciones que sea necesario reajustar o incluso elementos que requieran ser re simbolizados posterior a la elaboración del duelo de las pérdidas vividas.

Burin (2000) se refiere incluso a la posibilidad de pensar un cierto estado depresivo, totalmente consecuente con la magnitud de la pérdida vivida por el sujeto.

Se trata de una reacción universal, habitual y, desde una concepción psicoanalítica, absolutamente necesaria frente a las pérdidas emocionales significativas. Llamamos pérdida a toda separación, transitoria o definitiva, de un objeto emocionalmente significativo. Este puede ser una persona querida, una parte del propio cuerpo, una institución, un país, un proyecto existencialmente importante, etc (Burin, 2000).

Dimensionando la magnitud que este proceso de pérdidas y ajustes podría haber tenido para algunas de las pacientes sobrevivientes de cáncer, es que se propone la necesidad de que la atención de la paciente vaya un poco más allá de la simple intervención concentrada en la enfermedad, y que se convierta más bien en un enfoque amplio que posibilite una escucha de esa posible afección en el plano subjetivo.

2.3. Representaciones históricas de la feminidad

Hacer alusión a representaciones históricas es retomar la lógica de un sistema de pensamiento y de organización particular, la representación que se tiene de algo, la forma en que se organiza, se asume y se interpreta según el contexto social, es decir, desde un momento histórico y cultural particular.

Estas representaciones históricas a las que hacemos referencia, aluden al proceso de construcción de la feminidad, el cual se alimenta de diferentes influencias históricas y desde diferentes disciplinas y áreas de pensamiento. Es un constructo que parece estar en constante movimiento, incluso como fuente de disputa. Desde esta propuesta de abordaje, retomamos algunas concepciones históricas de la feminidad, teniendo como base la propuesta que nos hacen algunas psicoanalistas feministas.

Según Tubert (1991), cualquier definición de feminidad sitúa a las mujeres como sujetos de enunciado, lo que supone un cierre. Afirma que;

En la medida en que no haya una construcción considerada verdadera o definitiva (aquí coinciden psicoanálisis y posmodernismo) habrá que seguir hablando, y al hablar, las mujeres se sitúan como sujeto de la enunciación, como sujeto en proceso, definido no por lo que es sino por lo que aspira a devenir (citada en Burin, 1996, p. 26).

En este sentido constructivo se puede decir que los modos de pensar, sentir y comportarse de una persona, en este caso de las mujeres, más que tener una base natural e invariable, se apoya en construcciones sociales que hacen referencia a características contextuales, culturales y psicológicas asignadas de manera diferenciada a mujeres y hombres, siguiendo la lógica de la división de los sexos, la cual divide el funcionamiento de todo en una lógica binaria opuesta, posicionando socialmente a los hombres como fuerza de poder y a las mujeres en una segunda posición de sumisión y dependencia.

Esta división binaria ha hecho que la lógica de funcionamiento social y familiar posicione a la mujer en el ámbito doméstico y privado; es decir, es a ella a quien le compete todo lo relacionado con hogar, crianza y ser para los otros, vivir en función de las necesidades de los otros: esposo, hijos, familia, parientes, siempre desde una línea androcentrista y heteronormada; salirse de esa ecuación sería ir en contra de la norma establecida, lo que desembocará en otra serie de conflictos.

Es así como muy temprano en la vida de las personas, mediante creencias, actitudes, actividades, personalidad, entre otros elementos, se van incorporando las nociones de feminidad y de masculinidad, siguiendo el discurso tradicional reproducido por las diferentes instituciones socializadoras: familia, religiones, centros educativos, medios de comunicación, instituciones que siguen y posicionan, en su gran mayoría, el discurso patriarcal hegemónico y el heterocentrismo; divisiones y clasificación que generan sin duda jerarquización y, por ende, desigualdad.

Pastor (1994) menciona cómo el discurso histórico sobre las significaciones del género ha implicado relaciones de subordinación, con un peso muy importante sobre las formulaciones ideológicas de las religiones, el pensamiento médico-científico y los aparatos jurídico-institucionales.

Esta división, que se ha mantenido a lo largo de la historia, aunque con importantes avances en cuanto a derechos humanos de la mujeres, sigue siendo la norma o la ruta que guía las relaciones interpersonales, impactando directamente sobre la construcción de la subjetividad tanto femenina como masculina.

Para Burin, “los estudios de género han enfatizado la construcción de la subjetividad femenina como un proceso multideterminado, que fue sufriendo varias transformaciones a lo largo del tiempo y de los distintos grupos de mujeres.” (Burin, 1996, p. 70). Más adelante continúa:

Así se fueron configurando ciertos roles de género específicamente femeninos: el rol maternal, el rol de esposa, el rol de ama de casa. Estos roles suponían condiciones afectivas a su vez específicas para poder desempeñarlos con eficacia: para el rol de esposa, la docilidad, la comprensión, la generosidad; para el rol maternal, el amor, el altruismo, la capacidad de contención emocional; para el rol de ama de casa, la disposición sumisa para servir (servilismo), la receptividad y ciertos modos inhibidos, controlables y aceptables de agresividad y dominación, para dirigir la vida doméstica. (Burin, 1996, p. 72)

Estas postulaciones nos llevan a la formulación de la feminidad como constructo, que como tal es cambiante y modificable, pero no solo según el contexto sociocultural en el que esté inmerso, es también cambiante para la misma mujer que vive y experimenta su feminidad, según la etapa de vida y las circunstancias en la que se encuentre. En el caso de esta propuesta, por ejemplo, la presencia de una enfermedad como el cáncer, una mastectomía e incluso una experiencia terapéutica como la danza pueden ser puntos claves que impactan en la feminidad de las participantes.

2.3.1. Feminidad como constructo

Precisamente desde el análisis feminista, Irigaray (citada por Meler, 1993) propone que el sistema sociocultural, basado en una lógica falocéntrica, asigna a la feminidad un lugar que acaba siendo negativo, reverso, complemento, objeto. Se ubica a la mujer como objeto del deseo, pero sistemáticamente se la impide ubicarse en la oposición de sujeto deseante.

La única forma como el orden simbólico vigente posibilita conectarse con él es a través de la identificación. Ser la madre para otro, y gozar a través de la identificación con el hombre. Un doble proceso identificatorio, entonces, donde se reparte entre dos personajes, y en ese reparto pierde su actividad y su condición de Sujeto. (Meler, 1993, p. 160)

Tubert (1991) plantea que no existe una feminidad esencial, pues la cultura construye modelos -ideales articulados con las relaciones sociales de desigualdad y poder entre los sexos- con los que las mujeres se identifican e incorporan a su Ideal del Yo. Estos modelos normativos suelen entrar en conflicto con los deseos, posibilidades y aspiraciones de cada sujeto, creando un malestar que, cuando no puede ser reconocido y expresado, se manifiesta de manera sintomática o mediante el pasaje al acto.

A partir de este enunciado y como se ha venido planteando, se puede decir que la feminidad es una construcción, que tiene una producción ideal que viene de lo social; la feminidad no responde a ninguna esencia natural; lo que la mujer parece ser resulta de las ideas y prácticas discursivas sobre la feminidad, que varían su significación en distintas épocas y sociedades.

Tanto la feminidad, como también sucede con la masculinidad, son conceptos contingentes y cambiantes en tanto producción histórico-cultural. Sin duda en la actualidad se han producido cambios y avances en la situación familiar, laboral, política y social de las mujeres, y en las relaciones entre los sexos en las sociedades desarrolladas, vinculados con modificaciones en las representaciones de la mujer y la feminidad; sin embargo, persisten modelos e ideales que siguen situando a la mujer en una posición de subordinación con respecto a su homólogo el hombre, donde la labor doméstica y de cuidado siguen recayendo sobre las mujeres, incidiendo negativamente en la subjetividad femenina. Al respecto plantea Burin (1996);

El análisis de la construcción social de la subjetividad femenina podría contribuir a que contemos con mejores herramientas de nuestra subjetividad para oponer resistencia a semejante dispositivo social. Hemos sugerido que la ampliación de los deseos femeninos, con la puesta en marcha del deseo hostil y del juicio crítico, podría ser útil para estos fines. Ello supone una puesta en crisis de los paradigmas tradicionales sobre los cuales hasta ahora hemos construido los discursos acerca de la feminidad. Insistimos en la necesidad de entrecruzamientos interdisciplinarios para enriquecer la perspectiva sobre la construcción de la subjetividad femenina. (p. 93)

Es pues una tarea que se asume pendiente, ir creando nuevos constructos que colaboren con los posicionamientos de la mujer, en un lugar que no implique la subordinación; en esta línea asumir que algo de lo que podría marcar más un atravesamiento por la vivencia del cáncer de mama, es el acallamiento del sufrimiento de esa mujer que

transita un momento donde su subjetividad se pone a prueba, y resulta vital poder escuchar qué tiene que decir de eso, qué de ella se ha puesto en juego en este proceso.

2.3.2. Sexualidad femenina

Igual que la feminidad, la sexualidad también es un constructo social, una estructura que la socialización contribuye a internalizar y que va forjando una identidad de género de manera diferenciada entre hombres y mujeres. Ya lo mencionaba Butler (2007) al afirmar que las leyes culturales son las que determinan y reglamentan la forma y el significado de la sexualidad.

La sexualidad femenina ha sido un tema de interés y de análisis a lo largo de la historia, sobre todo por ser considerada un área casi desconocida y de difícil acceso hasta para las mismas mujeres. Merece la pena recordar que, hasta hace poco tiempo, la ciencia, la investigación y los estudios formales eran áreas exploradas y lideradas por hombres, aunque su objeto de estudio fueran las mujeres. Además, la multiplicidad de factores que intervienen en su concepción hace bastante más difícil tener una idea precisa sobre el concepto de sexualidad femenina, aunque esa misma circunstancia hace más fácil que unos pocos puedan apropiarse del mismo.

En cuanto a este tema, menciona Hidalgo (2002) que;

La censura del cuerpo en la mujer, la negación del placer y el erotismo femenino frente a la sexualidad masculina organizada en torno al pene y la erección, y finalmente, la reducción de la diferencia sexual al conflicto entre posesión o carencia, constituyen, dentro de la teoría psicoanalítica, las condiciones básicas para ubicar a

la sexualidad femenina en el lugar de lo extranjero. Lo femenino queda de esta forma asociado con aquello desconocido y salvaje, que amenaza con desbordarse si no se le ponen diques culturales adecuados. (p.6)

Lo angustiante de la sexualidad femenina es la visualización de la misma desde la lógica fálica como imperante, pues la mujer desde su lugar de alteridad amenaza con su postura al narcisismo masculino, la sexualidad femenina se ve representada con la capacidad de un goce absoluto, que inmediatamente se convierte en blanco de ser controlado y regulado por la lógica del sistema que insiste en mantener su status quo.

Pensar entonces en la sexualidad femenina, hablar incluso de ella, ha sido un tema tratado como tabú, generadora de opiniones encontradas. Al respecto, Tubert (2010) dice que la sexualidad femenina también despierta angustia en tanto se la erige en significante de la diferencia sexual, de la alteridad, que amenaza el narcisismo masculino en el orden simbólico patriarcal; en consecuencia, los discursos imperantes representan a la mujer como madre.

La inscripción simbólica de la maternidad como esencial permite dejar de lado la cuestión de la sexualidad femenina; la mujer en tanto madre –no sexual, como la virgen María contrapuesta a la pecadora Eva– posibilita evitar tanto el peligro de la confusión de los sexos como la angustia ante una diferencia incoercible. Una sola operación, la ecuación mujer=madre, reduce la sexualidad femenina representada como capacidad de un goce absoluto y, al tiempo, desvaloriza la maternidad al definirla como natural, mientras la paternidad se concibe como simbólica.

En este sentido el trabajo de las psicoanalistas feministas ha sido clave para pensar una reconceptualización de la sexualidad femenina desde un lugar distinto al falocéntrico, y permitir así que surja una escritura propia. Sobre este punto Flax (1990) citado en Hidalgo (2002) aporta que;

La sexualidad femenina se reconceptualiza a partir de cualidades propias no derivadas de la negación de lo masculino. La ausencia de pene, la carencia o la falta dejan de ocupar el lugar fundamental de la identidad femenina. Más que la igualdad entre lo femenino y lo masculino, el énfasis está en la diferencia entre los géneros, en la búsqueda de una escritura femenina que nos hable del deseo, el goce y el cuerpo de las mujeres. (p.6)

En esta vía nos corresponde, para el proceso de la investigación, abrir un espacio para la escucha de las posiciones sexuadas que hayan habitado las participantes, y valorar si algo de esas posiciones particulares se han visto impactadas ante la presencia de la enfermedad o su posterior tratamiento, y ver la posibilidad de que se presenten resignificaciones en esta área de sus vidas.

2.3.3. Cuerpo Femenino

El cuerpo, como ya lo mencionamos anteriormente, es una construcción del sujeto a partir de la incorporación de aquellos elementos o vivencias significantes; que le permite la apropiación de su órgano por medio de la creación de su representaciones propias, es un cuerpo que al ser representado ha sido construido también con la incorporación de la palabra,

se habla de un cuerpo del lenguaje donde lo que es primero es la palabra y es de la palabra de donde surge el deseo.

El lenguaje es cuerpo y además es cuerpo que da cuerpo. Por tanto se está abordando el cuerpo desde una lógica distinta a la aportada por la biología, distinguiendo esta concepción de cuerpo de la visión del mismo como un órgano, y al mismo tiempo rompiendo con la lógica del binomio cartesiano psique/soma.

Sobre el cuerpo femenino Tubert (2010) postula que;

La compulsión a amoldar el cuerpo a una imagen y el rechazo a las carnes que desbordan el límite ideal –ya no se trata de corregir un peso excesivo sino de hacer entrar el cuerpo en una forma imaginaria– dan cuenta de la angustia, individual y social, ante el fantasma de una corporalidad identificada con deseos, apetitos e impulsos incontrolables, y ante un cuerpo que remite a la diferencia sexual. El cuerpo se convierte en metáfora de la exigencia pulsional que amenaza al sujeto, cuestionando su supuesta identidad y lo obliga a reconocer, junto a su corporalidad, la falta de ser y el desconocimiento de sí mismo. (p. 37)

Nos referimos a un cuerpo que va más allá de lo expresado biológicamente, es un cuerpo que se crea a partir de una serie de elementos psíquicos que se van transformando e impactando con los procesos culturales y de socialización, los cuales a su vez están mediados por los discursos y el lenguaje. Que en la actualidad se ve forzado por procesos sociales constantes a encajar en unos estándares que llevan al sujeto a desconocerse cada vez más. Según Tubert (2010);

El cuerpo representa, así, un doble problema: para el sujeto, que vive encarnado en una materia que, sin embargo, parece ajena a su Yo; para la cultura, que sólo persiste a través de una sucesión de generaciones de individuos cuyos cuerpos nunca pueden ser completamente controlados. Mary Douglas, para quien el cuerpo es una forma simbólica que puede funcionar como metáfora de la cultura, observa que la inquietud que lleva a mantener límites corporales rígidos y a establecer rituales y prohibiciones concernientes a las delimitaciones entre interior y exterior del organismo, es más intensa en las sociedades o períodos inestables. Los bordes del cuerpo pasan a representar las fronteras sociales. Entonces, el control de los cuerpos, el dominio de los deseos intenta regular en el organismo individual las inestabilidades o transformaciones que amenazan al cuerpo social. (p. 37)

Por otra parte, desde el punto de vista sociocultural, se sigue identificando al cuerpo, especialmente al de la mujer, desde esa óptica biológica de órgano, de objeto, de mercancía incluso.

En este sentido, Belucci (1993) hace referencia a Knibiehler y afirma que las mujeres tienen que alcanzar una doble emancipación, no sólo en relación con la biología sino además con la dominación masculina que recae con todo su peso sobre el cuerpo de las mujeres y agrega;

Esas visiones revulsivas en cuanto a disociar placer de procreación conmocionan las formas de vivir la sexualidad y posibilitan la búsqueda de la autodeterminación sobre el cuerpo. Se comienza así a montar multitudinarias campañas contra el aborto, la violación y el maltrato físico, psíquico y sexual dentro de la pareja, así como severos

cuestionamientos al modelo patriarcal de familia y de maternidad. (Belucci, 1993, p. 40)

Todas estas formas de emanciparse y de insistir en la necesidad de apropiación del cuerpo y de la sexualidad por parte de las mujeres, terreno que ha estado en manos del sistema patriarcal a lo largo de la historia. Cuerpo que parece no pertenecer a la mujer, sino que está a merced y disposición de otros como objeto fuente de placer o como máquina de reproducción.

La concepción dicotómica del cuerpo -biológica o psicológica- o la predominancia de alguna de estas visiones sobre la otra, ha tratado de ser superada por una propuesta que postula que el cuerpo se construye siguiendo el mapa pulsional pero sobre la base de la dotación genética personal, aunque también se toma en cuenta la interrelación con los demás. Meler (2005) propone que:

... es la historia, la biografía, la que construye no sólo la subjetividad sino que moldea el cuerpo biológico en su salud, su postura o su abandono. El sistema de géneros, y la polarización que lo ha caracterizado hasta la Modernidad, es un dispositivo social que regula con eficacia aspectos corporales tales como la tonicidad muscular, el tejido graso, la postura, etcétera, a través de hábitos cotidianos que estimula o desalienta según el sexo del sujeto. (Meler, 2005, p. 17)

En otro escrito posterior la misma Meler (2007), al adherirse al cuestionamiento del abordaje biologicista, estima que “el cuerpo (...) deja de ser considerado sobre el modelo médico para transformarse en un constructo que, literalmente, encarna la historia, una

historia que es percibida como las sucesivas cristalizaciones de las tensiones entre sectores sociales por los recursos y por los bienes simbólicos” (Meler, 2007, p. 45).

Con este proceso de intervención con mujeres mastectomizadas nos posicionamos desde el principio en un terreno donde el cuerpo de algunas de esas mujeres podría haber sido tocado, independientemente de la experiencia individual de cómo haya asumido y vivido cada una su proceso; estamos frente a un acto que es la mastectomía, que tuvo como lugar el órgano y podría entonces tener una traza en el cuerpo.

2.3.4. Maternidad

La mayor parte de las culturas que se organizan como estructuras patriarcales, identifican a la feminidad con la maternidad. Esta idea toma como base una posibilidad biológica, la capacidad reproductora de las mujeres, se instaura entonces como un deber ser, una norma, cuya finalidad termina siendo el control tanto de la sexualidad como de la fecundidad de las mujeres.

Son un conjunto de estrategias y prácticas discursivas que, al definir la feminidad, la construyen y la limitan, de manera tal que la mujer desaparece tras su función materna. La maternidad, entonces, queda configurada como ideal, de forma que se visualiza para las mujeres como única salida de existencia.

Según Tubert (1999) esa representación de la maternidad no solo no es un reflejo directo de la naturaleza biológica de la mujer, sino que además es presentada como una operación simbólica, que vincula la maternidad con la feminidad, asignando a esta concepción la función

de portar y dar sentido a la vida de la mujer, con lo cual se le repliega nuevamente a un lugar de subordinación.

La idea anterior es reforzada por el análisis que realiza Martínez (1993), para quien el ideal social de mujer en la sociedad es el ideal maternal; en tanto las mujeres reproduzcan su ejercicio maternal también se reproduce no sólo la sociedad como tal, sino también una situación en que las mujeres son limitadas a la esfera doméstica. “Las mujeres como esposas y madres contribuyen a la reproducción física y psicológica de los trabajadores masculinos y maternizan a hijas que, a su vez, cuando llegan a ser mujeres, ejercen la maternidad.” (Martínez, 1993, p. 192) Más aún, “(...) en la medida que se homologa sexualidad femenina con feminidad, se sitúa a la maternidad como el objetivo privilegiado en la vida de las mujeres, invisibilizando otros aspectos de su vida sexual y distintas posibilidades de sublimación.” (Martínez, 1993, p. 204)

La propuesta social entonces no es solamente la ligazón de la maternidad a la feminidad como única ligazón posible, sino que a la vez se les otorga con esta función la labor de ser reproductoras de la misma estructura social, marcado con mucha claridad los patrones de crianza de los hijos aceptables que deben seguir, criarán a los varones para ser sucesores del patriarca, y a las niñas que nazcan como posibles gestadoras de la siguiente generación.

Pero además con la ligazón feminidad-madre o mujer-madre se invisibilizan todas las otras características de la feminidad que podrían resultar amenazantes contra el sistema, como serían la sexualidad femenina, y la autonomía sobre el cuerpo. Para el actual sistema de sociedad occidental la maternidad resulta un asunto de vital importancia, puesto que forma

parte de un engranaje que le permite reproducirse. Para Meler el hecho de que las mujeres ejerzan la maternidad es un rasgo fundamental del sistema género-sexual: es fundamental para la división sexual del trabajo y genera una ideología y una psicología del dominio masculino y también una ideología sobre las capacidades y naturaleza de las mujeres (Meler, 1993, p. 163).

Sobre este punto Velazquez (1996) también dice que;

El ideal del yo, construido para las mujeres y al cual deben ajustarse, forma parte de un ideal cultural fuertemente enraizado en la subjetividad femenina. El ideal maternal hacia el que son orientadas imprime en su psiquismo el deseo del hijo que las complete como mujeres; tener un hombre y tener hijos las reafirmará en su feminidad. La mujer aspirará siempre a ser objeto de la pasión de su compañero, siendo ello una realización de su ideal: ser deseada y convertirse, para el deseo del otro, en una exigencia vital (Aulagnier, 1984). Estos sistemas de ideales, transmitidos en las prácticas de generaciones de mujeres, reproducen y perpetúan los estereotipos culturales de género. (pp. 329-330)

Velasquez, nombra a esta construcción social como una propuesta de ideal del yo de la mujer, donde el destino sería conseguir ser objeto de la pasión de su compañero, ser finalmente deseada y convertirse para el deseo del otro en una exigencia de vida, ese deseo de los hijos sobre la madre como objeto da a la vez sentido a su existencia vital, pues es pensado como un deseo inagotable sobre todo en los primeros momentos de vida de los hijos o hijas.

La definición de la identidad femenina en función del ideal maternal es mistificadora por cuanto adelanta una respuesta que impide la formulación de la pregunta y ofrece la ilusión de ser que aliena al sujeto encubriendo las carencias que harían posible el desear. Pero, si bien es reduccionista subsumir la femineidad en la categoría de maternidad, también existe la posibilidad de la reducción opuesta, que supone la separación simple e irreductible de ambas categorías. Lo femenino y lo maternal mantienen relaciones lógicas complejas: ni coinciden totalmente ni son completamente dissociables

Siguiendo lo anterior es posible decir que las diferentes representaciones de la maternidad en el imaginario social, pueden ser muy reduccionista, dónde todo lo que la mujer anhela o desea son reducidos o sustituidos por un solo, tener un hijos, lo que a la vez genera un especie de identidad homogénea en las mujeres igualándolas sin diferenciación alguna.

La maternidad llega a ubicarse en un lugar de protagonismo en la vida de la mujer, independientemente de que ella así lo desee, socialmente se genera una presión para que el protagonismo y la centralidad lo ocupe quien nace, quedando ella en un segundo término, a menudo anulada, asumiendo un rol de servicio, atención y cuidado del infante, es decir asume un rol pasivo, secundario, posición alabada por una sociedad que califica esa subordinación como abnegación admirable, Tubert (1996), menciona que la madre como sujeto resulta silenciada al ser confinada en el espacio materno no significable, dando vida nuevamente a los mitos masculinos que Beauvoir creía discernir en los escritos de las mujeres que se refieren a la gestación como «un delicioso olvido de mí misma».

Tomando en cuenta los elementos anteriores, visualizamos en esta investigación una escucha de las significaciones de la maternidad, a la luz de la historia de cada participante,

si bien entendemos que la maternidad se encuentra incluida en un engranaje social y como tal resulta en muchos casos un modelo impuesto con el que se atrapa a la mujer en la lógica fálica, pensamos que siempre la escucha por las significaciones particulares de cada sujeto son la vía para ir encontrando nuevas formas de pensar la maternidad.

2.4. Danza

*Acoplamiento gozoso,
armonía de tensiones encontradas
quemante finitud.
Contradicción, luz del concepto,
embriaguez de secretos impulsos,
sucesión, oposición, juego.
Calidoscopio de irrepetibles formas.
Espacio que domeñado se trasmuta
en imagen de inasible arquitectura.
Danza, Arturo Garrido.*

2.4.1. La danza como lenguaje en movimiento

‘Danza’, el poema de Garrido, transmite la sensación de que las palabras no alcanzan para decirla. La danza, para efectos de esta propuesta, no es una, es la de cada uno y cada una, pues nuestra danza, la propia, la de cada paciente, es una articulación de movimientos, en un tiempo, un espacio y un ritmo que nos permite comunicar con el cuerpo cosas que no se dicen con palabras; por tanto, la danza es lenguaje, que se inscribe en los códigos comunes, pero comunica una expresión tan propia como cada sujeto.

La bailarina Wigman (2002), dice que;

... la danza es un lenguaje vivo que habla de la *persona* -un mensaje artístico que se lanza al más allá de la realidad a fin de hablar, por así decirlo, a un nivel más elevado con imágenes y alegorías, de las emociones más íntimas del hombre y de su necesidad

de comunicar. Porque la *persona* es a la vez emisora e intermediaria, ya que el medio de expresión es el cuerpo humano; porque el movimiento natural a éste es el material de la danza, el único material que es suyo, y también el único empleado. Por esto la expresión de la danza está absolutamente ligada a la *persona* y a su capacidad de moverse. Cuando ésta deja de manifestarse, la danza se encuentra frente a sus límites de posibilidades creativas y ejecutivas. (p.7)¹⁴

Si bien el cuerpo, desde que nacemos, se encuentra en constante movimiento, aun cuando reposamos miles de procesos básicos de nuestro organismo se mantienen en movimiento: nuestro corazón late, los pulmones se ensanchan y se encogen, nuestro sistema digestivo sigue en funcionamiento, y las neuronas no paran de hacer sinapsis; sin embargo, el movimiento se diferencia de la danza en que ésta es una articulación de movimientos que pretende transmitir un mensaje, ya sea a los otros o incluso al sujeto mismo.

Wengrower y Chaiklin (2009) explican que;

Por danza se entiende movimiento corporal en su sentido más amplio, que puede suponer tan un simple gesto como implicar al sujeto en su totalidad. Tiene una determinada duración y pone o no en juego un ritmo concreto. Puede requerir un espacio importante o sólo el que necesita el cuerpo para habitarlo. De todos modos y en todos los casos, siempre es una acción motriz que procede de un individuo que responde a sensaciones internas o a la percepción de estímulos externos. (p.20)

¹⁴ Wigman, en el original la autora escribe 'hombre' donde aparece 'persona' en cursiva en esta cita. Se ha preferido cambiar el término por razones de inclusividad y porque nuestro estudio se realiza con mujeres.

Los tres elementos fundamentales de la danza son el tiempo, el espacio y el ritmo, y en la articulación de esta triada desde la particularidad del sujeto, se permite la creación de un mensaje no verbal, donde el cuerpo en movimiento es un medio privilegiado, para decir, del órgano, de lo viviente y del cuerpo mismo.

Agüero (2018) propone que el movimiento es un lenguaje que interroga al cuerpo, le hace preguntas, lo convoca. Le pide que hable, le exige que cuente, que expulse sus afectos y sus historias. Clama por el deseo que lo habita para que en un rasgo propio se manifieste.

Ese clamor de deseo que propone Agüero (2018) busca la manifestación de un rasgo propio, y es pues una apuesta por la subjetividad; se podría pensar que la danza, vista como el movimiento propio de cada sujeto, podría fungir como medio para realizar un corte al goce. Para Freud (1917, citado por Agüero, 2018) el arte debe ser visto como un camino que, partiendo de la fantasía, lleva a la realidad, permitiendo que los procesos del inconsciente se hagan “visibles”, pero no de un modo claro y directo, sino ocultos bajo una máscara que les sirve para disfrazar su origen de instinto reprimido.

El arte entonces permitiría un camino a las manifestaciones del campo de lo reprimido, la danza como expresión artística que interpela al cuerpo, podría ser una vía para escuchar, eso que del cuerpo no ha logrado ser dicho, tal vez algo de eso, que se ha transitado en la vivencia del cáncer.

La danza como recurso mediador para revisar los recuerdos o bien las significaciones sobre el cuerpo que se transitaron durante la enfermedad y el tratamiento podría ser llegar a representar un medio facilitador en la significación de lo vivido.

2.4.2. Danza como creación con el cuerpo

Para algunas pacientes, la vivencia del cáncer es percibida como una segunda oportunidad de vida, viene a ser una experiencia que permite el cuestionamiento y el replanteamiento. Este nuevo posicionamiento puede verse favorecido si se tienen a mano ciertos recursos que posibiliten la elaboración de preguntas subjetivas, en este caso los recursos artísticos y más puntualmente la danza son medios que facilita la capacidad de creación con el cuerpo, un cuerpo que ha sido objetivado, tocado por el cáncer y la mastectomía; como lo dicen Cerdas y Wittman (2006) “la marca en el cuerpo las devuelve a sí mismas. Desnudarse, descubrirse la herida, desvestirse, implica un rito de autodescubrimiento”. Para muchas, sobrevivir al cáncer significa “volver a nacer” (p.179).

Volver a nacer habla de la sensación de destrucción que ha conllevado el proceso para sacar el cáncer del cuerpo. El objetivo de expulsar al cáncer es aferrarse a la vida; sin embargo, tal parece que los medios y las implicaciones del tratamiento, en muchas ocasiones, dejan un desgaste tal en el cuerpo que la idea de acercarse hacia el final aparece en el pensamiento del sujeto.

Winnicott (1979) estipula que la percepción creadora es, a lo largo del proceso vital, «lo que hace que el individuo sienta que la vida vale la pena de vivirse» (Citado por Wengrower y Chaiklin, 2009, p. 45).

La danza se presenta como un recurso creador que podría acompañar a algunas mujeres en la etapa posterior a la mastectomía. Como se revisó en los antecedentes, hay mucho escrito y trabajado, sobre todo en el ámbito internacional, sobre la danza y sus efectos

terapéuticos; incluso hay dos campos de estudio que son la danza movimiento terapia y la danzaterapia, que han registrado la efectividad de la danza como recurso que permite el tratamiento y la cura de diversas dolencias o patologías.

En este trabajo en particular hacemos referencia a la danza específicamente como un recurso que permitirá trabajar el cuerpo desde el cuerpo, concebimos una danza que es singular, propia de cada sujeto, donde la herramienta principal de trabajo es el cuerpo de cada mujer, los movimiento propios que cada una realice, hasta hacerla su propia danza. Cuerpo que además es concebido como el territorio donde suceden los hechos y de ahí la necesidad de trabajar con el mismo.

El surgimiento de la danza propia estaría apuntando a generar espacios que de alguna forma posibiliten pasar de un estado de objeto de la medicina, a un re despertar de la subjetividad, con la posibilidad de reconocerse y reconectarse con su cuerpo desde otro lugar. El cuerpo que ha sido visto como objeto por el proceso de enfermedad-tratamiento, pasa a ser un cuerpo hablante que demanda ser escuchado. De acuerdo con Forte y Bueno (2016);

...en la danzaterapia se hace posible experimentar el acto perceptivo en su singularidad de una forma subjetiva muy intensa. El encuentro con el pasado se hace presente en el momento de la danza y, de este modo, se abren nuevas posibilidades de estar en el mundo y pueden darse nuevas percepciones del cuerpo de la persona consigo misma y para con su entorno relacional. ¡Estoy bailando, lo que estoy haciendo me pertenece a mí! ¡Soy yo quien baila! ¡Es mi propio cuerpo bailando!(p.154)

En ese sentido la danza como herramienta vehiculiza la creación, un despertar, un nuevo hacer con el cuerpo. Agüero, siguiendo a Lacan, plantea que “el acto diferencia al sujeto humano de cualquier otra especie, el cual puede expresarse con los recursos simbólicos que le brinda su particular subjetividad, creando un espacio enigmático” (Evans, 1997, p.30). Lo fundamental del acto es que expresa un deseo inconsciente y que es intencional, por tanto, el autor de tal acto creativo es responsable del acto en sí mismo.

Agüero (2018) plantea sobre el acto creativo en la danza que;

En la danza, el proceso de creación ocurre en un estado alterado de consciencia (...)

En el caso de la danza, esa alteración permite la fuga creativa y la representación activa de los gestos expresivos. La espontaneidad del cuerpo creativo no permite que el arte sucumba a los imperativos de la consciencia cotidiana. Así, cuando el cuerpo se predispone al arte, la conciencia se desplaza hacia otros canales de expresión. Es como sumergirse dentro de sí mismo y darse cuenta de que, en el centro de la interioridad, el Yo no es más él mismo, sino un desconocido que actúa sin conocimiento de causa. (p.195)

Siguiendo lo antes mencionado el acto de crear con el cuerpo, por medio de la danza, entonces podría verse como una vía de acceso a canales de producción inconsciente, que interpela el cuerpo del sujeto, mostrando lo más íntimo del padecer subjetivo, de los afectos, la historia de cada uno y lo particular de cada historia.

2.5. Acerca de lo virtual

El contexto de la pandemia puso en juego la necesidad de hacer adaptaciones a falta de poder encontrarnos como estábamos acostumbrados a hacerlo. Como seres sociales que somos, la mayor parte de nuestras actividades las realizamos en grupo, trabajamos, estudiamos, nos divertimos y paseamos generalmente en grupo.

La circunstancia del aislamiento social nos ha llevado a pensar de qué forma podíamos dar continuidad a nuestras actividades cotidianas sin salir de casa, y el pensamiento inmediato fue “de forma virtual”, qué podemos hacer de forma virtual, y esto ha hecho surgir todas las adaptaciones que muchos han ido produciendo, algunas muy creativas y otras que parecen más una pronta solución un tanto forzada.

Al mismo tiempo, se ha ido mostrando que no todo lo que antes hacíamos de forma presencial podía tener suplencia en la modalidad virtual, no todas las tareas o las sensaciones de tiempo y espacio son traducibles a la virtualidad. Resulta necesario y vital reflexionar sobre qué se entiende por virtualidad, qué condiciones ofrece este escenario para poder hacer buen uso de este y no tratar de encajar forzosamente algunas actividades en un plano que no es compatible.

Empezamos por encontrar un punto de anclaje en la concepción de lo virtual que propone Levy (1999) en su libro ‘Qué es lo virtual’; comenta que el término virtual “se suele emplear a menudo para expresar la ausencia pura y simple de existencia, presuponiendo la ‘realidad’ como una realización material, una presencia tangible.” (p. 10)

Pensamos en un primer momento en la diferenciación entre lo virtual y lo real, pues con frecuencia a lo virtual se le da la acepción de algo no real, que tiene la caracterización de ser intangible y, según el autor, esta condición de intangibilidad ciertamente es innegable, pero no es lo único que caracteriza lo virtual.

Describe Levy (1999) que lo virtual tiende a actualizarse, aunque no se concretiza de un modo efectivo o formal. “El árbol está virtualmente presente en la semilla. Con todo rigor filosófico, lo virtual no se opone a lo real sino a lo actual: virtualidad y actualidad sólo son dos maneras de ser diferentes.” (Levy, 1999, p. 10)

Este autor propone que conviene profundizar en la distinción entre dos conceptos planteados por Deleuze (1968) acerca de lo posible y lo virtual.

Lo posible ya está constituido, pero se mantiene en el limbo. Lo posible se realizará sin que nada cambie en su determinación ni en su naturaleza. Es un real fantasmagórico, latente. Lo posible es idéntico a lo real; sólo le falta la existencia. La realización de un posible no es una creación, en el sentido estricto de este término, ya que la creación también implica la producción innovadora de una idea o de una forma. Por lo tanto, la diferencia entre real y posible es puramente lógica.

En cuanto a lo virtual, no se opone a lo real sino a lo actual. A diferencia de lo posible, estático y ya constituido, lo virtual viene a ser el conjunto problemático, el nudo de tendencias o de fuerzas que acompaña a una situación, un acontecimiento, un objeto o cualquier entidad y que reclama un proceso de resolución: la actualización. Este conjunto problemático pertenece a la entidad considerada y constituye una de sus

principales dimensiones. El problema de las semillas, por ejemplo, consiste en hacer crecer un árbol. La semilla «es» el problema, pero no es sólo eso, lo cual no significa que «conozca» la forma exacta del árbol que, finalmente, extenderá su follaje por encima de ella. Teniendo en cuenta los límites que le impone su naturaleza, deberá inventarlo, coproducir en las circunstancias de cada momento. (Deleuze, citado por Levy, 1999, pp. 10-11)

Lo virtual se propone entonces como un conjunto problemático que reclama resolución; según lo planteado, su esencia es más la de representar una sumatoria de circunstancias que requiere de la creación de soluciones a medida que el curso de estas se va modificando. Lo virtual es entonces el proceso de creación de esas posibles soluciones, a las que llama actualización; esta sería una solución que no se contenía en el enunciado, es más bien una invención de una forma a partir de una configuración dinámica de fuerzas y finalidades. Un proceso distinto a la realidad, que supone un curso habitual de desarrollo, sino la actualización como una transformación de las ideas, una verdadera conversión que, por contrapartida, alimenta lo virtual.

Con respecto a lo anterior, Passerini (2018), menciona que;

Esto significa que aquello que estaba contenido en lo virtual, cuando se actualiza, puede tomar distintos caminos. Hay una novedad en el acto de actualizarse. Desde el psicoanálisis, esta construcción resulta sugerente ya que, entendido de este modo, lo virtual se acerca a la lógica de apertura y cierre del inconsciente, siempre a la espera de actualización. El inconsciente se produce en la alternancia entre dos momentos, se

manifiesta como algo que está a la espera, 'algo que pertenece al orden de lo no realizado' (Lacan, 1964: 30) algo que es virtual, agregamos. (pp.103-104)

En palabras de Levy (1999, p.12), "Lo real se asemeja a lo posible; por el contrario, lo actual no se parece en nada a lo virtual: le responde". Si bien lo virtual sería entonces esa conjunción de circunstancias problemáticas que reclaman una solución, la pregunta siguiente sería ¿qué es la virtualización? Levy (1999) propone que;

La virtualización puede definirse como el movimiento inverso a la actualización. Consiste en el paso de lo actual a lo virtual, en una «elevación a la potencia» de la entidad considerada. La virtualización no es una desrealización (la transformación de una realidad en un conjunto de posibles), sino una mutación de identidad, un desplazamiento del centro de gravedad ontológico del objeto considerado: en lugar de definirse principalmente por su actualidad (una «solución»), la entidad encuentra así su consistencia esencial en un campo problemático. Virtualizar una entidad cualquiera consiste en descubrir la cuestión general a la que se refiere, en mutar la entidad en dirección a este interrogante y en redefinir la actualidad de partida como respuesta a una cuestión particular. (p. 12)

Hablar de virtualización en el contexto de nuestra propuesta de intervención, implicaría poner en el centro de la metodología la pregunta que plantea una problemática en la búsqueda de una solución: ¿será posible sostener los encuentros del grupo, sin que esto implique la presencia física de sus integrantes? De acuerdo con Levy (1999) esto es posible, ya que;

Una comunidad virtual, por ejemplo, puede organizarse sobre una base de afinidades a través de sistemas telemáticos de comunicación. Sus miembros están unidos por los mismos focos de interés, los mismos problemas: la geografía, contingente, deja de ser un punto de partida y un obstáculo. Pese a estar «fuera de ahí», esta comunidad se anima con pasiones y proyectos, conflictos y amistades. Vive sin un lugar de referencia estable: dondequiera que estén sus miembros móviles... o en ninguna parte. (p. 14)

Cuando una persona o un colectivo se virtualiza, se colocan «fuera de ahí», se desterritorializan, se produce una especie de desconexión que los separa del espacio físico o geográfico y de la temporalidad del reloj y del calendario. Sin embargo, no son totalmente independientes del espacio-tiempo de referencia, pues siempre se deben apoyar sobre soportes físicos y materializarse aquí o en otro sitio, en algún momento que puede ser ahora o más tarde. Continúa apuntando Levy (1999);

La virtualización somete el relato clásico a una dura prueba: unidad de tiempo sin unidad de lugar (gracias a las interacciones en tiempo real a través de redes electrónicas, a las retransmisiones en directo, a los sistemas de telepresencia), continuidad de acción a pesar de duración discontinua (como en la comunicación por medio de los contestadores automáticos o de las mensajerías electrónicas). La sincronización reemplaza la unidad de lugar, la interconexión sustituye a la unidad de tiempo. Pero, a pesar de ello, lo virtual no es imaginario. Produce efectos. Aunque no se sepa dónde, la conversación telefónica tiene ‘lugar’. (p. 14)

Sincronización e interconexión, elementos que sustituyen a las unidades de lugar y tiempo, esto permite crear el encuentro en este escenario virtualizado, que resulta efectivo aun cuando no responda a los parámetros clásicos de tiempo y espacio.

2.5.1. ¿Qué pasa con el cuerpo en lo virtual?

Una vez definido lo que se entiende por virtualidad en los términos de este proyecto y partiendo de las construcciones conceptuales antes mencionadas, podemos decir que la sincronización y la interconexión nos permiten articular un espacio de encuentro posible desde un escenario virtualizado.

Las siguientes preguntas que nos surgen son: ¿qué pasa con el cuerpo en los encuentros virtuales? ¿Y cómo esto posibilita, o no, alguna vía de trabajo para llevar a cabo nuestra propuesta?

Hay cuerpo en la experiencia virtual. Un cuerpo cuya especificidad es posible establecer desde el psicoanálisis: cuerpo narcisista fundado en la imagen especular, cuerpo de las identificaciones marcado por el significante y cuerpo pulsional cernible a partir del objeto *a* en sus funciones de causa de deseo plus de gozar. (Passerini, 2018)

Esta es la propuesta de la tesis doctoral titulada *El cuerpo en la experiencia virtual desde una perspectiva psicoanalítica*, de Passerini (2018), quien afirma que hay cuerpo en la experiencia virtual, y que este cuerpo es posible de ser reconocido desde el psicoanálisis, tomando tres ejes como puntos posibles de mirada: la lectura de un cuerpo narcisista que se funda en su imagen especular, la construcción de un cuerpo de las identificaciones marcado

por un significante, y un cuerpo pulsional que se articula a partir de un objeto *a*, que genera funciones de causa de deseo y plus de goce.

Tres ejes claves para poder articular una lectura posible en nuestra propuesta de intervención, donde la imagen especular es uno de los elementos que se encontraba contemplado en las categorías de análisis, por ser vital en el proceso de construcción de la feminidad. De la misma manera, el proceso de construcción de un cuerpo de las identificaciones se ha contemplado a la luz de la construcción de feminidad; y en cuanto al tercer elemento, que es la construcción pulsional del cuerpo en torno a un objeto *a*, es considerada pues una condición inherente a la construcción psíquica de las sujetas; con lo que podemos ubicar que el reto del pasaje a la virtualidad consiste más en la inclusión de considerar la pregunta constante por la forma en la que cada sujeto esté significando “esto que le implica el paso a la virtualidad”.

Passerini (2018) reconoce, en este mismo sentido, que;

La promesa más audaz que lo virtual ofrece es la de franquear el salto entre la realidad y la virtualidad. Y aquí es donde hacemos nuestra mayor apuesta teórica al denunciar que desde el psicoanálisis no hay tal salto entre la realidad y la virtualidad. No habría cuerpos reales o cuerpos virtuales. Para el psicoanálisis, en tanto el cuerpo no se entiende como un objeto tridimensional que un sujeto podría poseer, el dualismo realidad / virtualidad es falso. Según nuestra tesis, el cuerpo que se juega en un entorno virtual no coincide con la res extensa, entonces no habría salto que franquear. Todo el recorrido permite demostrar que se trata del mismo cuerpo solo que en diferentes escenarios. (p. 153)

En cuanto a la ejecución de la propuesta, se extrae la importancia de mantener constante la pregunta entre las participantes de si hay algo que les pasa en particular ante el escenario virtual, pero en cuanto a la temática del cuerpo, desde la concepción que se establece en la propuesta, y teniendo un valor de eje central de la intervención, no se observa ninguna interferencia en cuanto al ajuste en el medio de encuentro.

2.5.2. ¿Qué pasa con lo grupal en lo virtual?

El avance que las tecnologías de información y comunicación han desarrollado en los últimos años ya ponían de manifiesto, desde antes de esta pandemia por la covid-19, su creciente utilización para ‘virtualizar’ diferentes actividades de la cotidianidad humana, desde el ámbito laboral hasta el educativo o el académico. Sin embargo, las restricciones a la movilidad y las recomendaciones para el confinamiento de las personas han elevado el uso de las plataformas que permiten continuar con esas actividades de manera ‘virtual’, es decir, sin la presencia física, a través de medios electrónicos y de la pantalla de computadoras, tabletas, teléfonos inteligentes y otros aparatos.

El grupo virtual es aquel que utiliza una comunicación mediada por tecnologías audiovisuales para entrar en contacto y para interactuar. Sin embargo, con la aceleración del uso de este tipo de espacios ha surgido la pregunta sobre si esta virtualidad es igualmente efectiva, como lo era la modalidad anterior en algunas actividades; tal es el caso de aquellas experiencias que involucran a grupos humanos, donde se ha cuestionado hasta qué punto las organizaciones virtuales son diferentes, iguales o una evolución de una organización tradicional en donde las personas se reúnen presencialmente, cara a cara.

De acuerdo con Duran (2006), “existen evidencias que ponen de manifiesto la existencia de semejanzas suficientes entre organización virtual y organización presencial como para considerar adecuado transferir conocimientos proporcionados por la dinámica de grupo al contexto virtual” (p.67). Es decir, la característica de ‘virtualidad’ que tenga un grupo o comunidad de personas no influye en la menor o mayor producción y gestión del conocimiento. De hecho, se considera que la organización o grupo virtual no es una forma singular o diferente, sino más bien “una extensión sutil del concepto tradicional de organización, en tanto que supera los límites espaciales, temporales y comunitarios que tradicionalmente han limitado las formas de organización en el trabajo.” (Duran, 2006, p. 69)

Por otra parte, Gairín (1996, citado por Duran, 2006, p. 69) menciona que existen cuatro elementos que se pueden considerar necesarios para que una organización pueda ser llamada como tal, los cuales son: la definición de un objetivo, un conjunto de personas y medios, un esfuerzo combinado y un sistema de relaciones y dependencias; esta organización realiza ciertas actividades para conseguir, a su vez, ciertos efectos o resultados. Una organización o grupo virtual cumple o puede cumplir todos estos atributos.

Un elemento fundamental para que un grupo u organización virtual sea considerada efectivamente grupo y organización es, según Gristock (citada por Duran, 2006, p. 69) el concepto de presencia, el sentimiento de ‘estar junto a’, aunque no físicamente sí en el sentido mental, con las sensaciones y las percepciones del entorno, haciéndolo propio mediante procesos cognitivos. La persona experimenta la ‘telepresencia’ y se siente parte del grupo a través de recursos tecnológicos que median entre ella y la realidad. Por ello, “cuando

este sentimiento de presencia es común entre las personas que interactúan compartiendo un fin, nos hallamos ante una organización virtual.” (Duran, 2006, p. 69)

En cuanto a la propuesta de trabajo grupal, es importante mencionar que se pretendía trabajar con un grupo conformado desde hace varios años, el cual incluso en circunstancias anteriores había tenido que recurrir a medios virtuales para reunirse o mantener contacto con algunas de sus integrantes en los momentos que pasaron por alguna situación de atención médica que les impidiera encuentros presenciales. Si bien la experiencia que se proponía en torno a la danza en modalidad virtual era nueva para ellas, no lo era el escenario virtual.

Otra consideración importante que se tuvo en cuenta fue que, desde el equipo que dirigió la propuesta, ya se había tenido experiencias previas en cuanto a la dirección de talleres en medios virtuales, tanto por separado como en conjunto, como equipo; estas experiencias aportaron a la consideración de los elementos recomendables para la ejecución de este tipo de propuestas en un entorno virtual, como la consideración del tiempo de las sesiones, la cantidad de participantes, la elaboración de las consignas, y el uso de las herramientas propias de la plataforma virtual que sirviera como medio para la reunión.

2.5.3. ¿Qué pasa con la danza en la virtualidad?

En nuestra propuesta pensamos la danza como un lenguaje que satisface una necesidad de comunicación, una forma de expresión propia del sujeto por medio del cuerpo, que fundamentalmente centra el interés en la expresión de sensaciones que se producen durante la experiencia de movimiento, y la articulación entre esta forma propia de moverse y el sentido que este movimiento tiene para el sujeto. Por tanto, el espacio base donde esta

expresión se desarrolla es el cuerpo mismo del sujeto; de esta forma es posible pensar la danza y el sentido de expresión que ella tiene, aun cuando el encuentro con los otros no sea presencial.

El escenario virtual, como se viene definiendo, en pues solo una conjunción sincrónica de espacio y tiempo que se posibilita por medio de una herramienta tecnológica. El campo de la Danza Movimiento Terapia viene utilizando este tipo de espacios virtuales o de telesalud, desde hace ya varios años, sobre todo con el objetivo de acortar distancias entre participantes y terapeutas; y ante el escenario de la pandemia la American Dance Therapy Association (ADTA) ha emitido algunas recomendaciones y consideraciones resultaron valiosas para la adaptación de esta propuesta.

Existen muchos modelos para adaptar la Danza/Movimiento Terapia a un entorno virtual, según lo expresa Baxley (en ADTA, 2020); desde el uso de un teléfono inteligente hasta la utilización de tecnologías que requieren hardware y software más avanzados, que permitan mantener el significado sincrónico durante las sesiones para lograr los objetivos terapéuticos.

En realidad, la ‘telesalud’, es decir, la terapia conducida a través de un entorno virtual, “no es un quién, un qué, un dónde o un cuándo sino un cómo... se podría pensar la telesalud como un vehículo para llevarlo (al paciente) a donde ya estaba yendo, no necesariamente hay que cambiar el curso.” (Baxley, en ADTA, 2020)

Según estas consideraciones, la virtualidad es pues un escenario sincrónico para el encuentro, en el cual se puede dar continuidad a los mismos objetivos planteados, solo tomando en consideración las medidas necesarias para lograr la adaptación.

Es obvio que en el tratamiento de la Danza/Movimiento Terapia a través de entornos virtuales también se deben seguir los mismos lineamientos éticos y los estándares de la práctica clínica que se siguen en una sesión presencial. Pero en cuanto al cómo, "En una circunstancia como la del covid-19, la telesalud, como cualquier medida de emergencia, también puede que parezca cambiar o relajar algunas pautas para hacerla que sea un poco más accesible para los clientes..." (Baxley, en ADTA, 2020). Estas pautas se refieren más a los equipos y la tecnología que puede utilizar el paciente, así como a la forma en que se puede garantizar un acceso más equitativo a esos equipos y tecnologías a personas que no los tengan, e incluso también a las propias competencias técnicas o de soporte que la persona profesional pueda aportar al paciente para garantizar una atención adecuada.

En este sentido, ampliar los estándares de adaptabilidad para que los miembros del grupo puedan incluirse al encuentro desde sus condiciones y se permita una base mínima común para facilitar la experiencia grupal. Un elemento importante a considerar es que la experiencia de los terapeutas o facilitadores del espacio, tanto en el nivel profesional como en el tecnológico, se pueden sumar a favor de la propuesta para encontrar las mejores características del medio o de la plataforma virtual en la que se produzca el encuentro para facilitar el curso de las sesiones; a la vez, el conocimiento profesional de la experiencia sentida les permitirá encontrar elementos que faciliten la producción de sensaciones o las suplencias necesarias para lograr el objetivo.

Disponer de los medios necesarios para facilitar la propuesta, hace referencia también a la atención de los facilitadores hacia las necesidades de los participantes.

En la Danza/Movimiento Terapia que se realiza a través de telesalud, es decir, por medio de un entorno virtual, se depende un poco más de otras sensaciones, de otros sentidos que somos capaces de transmitir.

Ese es en realidad un punto que tengo aquí con respecto a las adaptaciones, en las que dependemos más de la verbalización en una sesión de telesalud de lo que hacemos a menudo en persona, aunque éste no es siempre el caso de que dependamos del tono de voz, del ritmo de la conversación, lo que puede ser útil para crear un vocabulario compartido desde el principio... o entradas que son inusuales o específicas de telesalud, como un fondo de audio divertido, el ruido o el tráfico que está fuera de contexto para nosotros... todas esas entradas sensoriales hay que tenerlas en cuenta, pero creo que nuestra verbalización y vocabulario pueden ser un músculo que fortalecemos y realmente lo usamos para transmitir nuestra empatía y nuestra conexión con nuestros clientes. (Baxley, en ADTA, 2020)

Con respecto a la empatía cinestésica y la sintonía que se pueden lograr a través de un entorno virtual, Baxley (en ADTA, 2020) manifiesta que; “lo que noto cuando estamos moviéndonos juntos, y a veces provocando emociones o haciendo formas que tienen significado, es que comenzamos a narrar estas formas, a escribir narrativa o hablar narrativa sobre ellos.” Esas narrativas crean una empatía en medio de las personas participantes, en ese espacio, motivando la creatividad innovadora y la imaginación, en la forma en que las palabras pueden poblar lo que a menudo ha sido nuestro tipo de experiencia cinestésica; así

que tenemos que ser explícitos sobre lo que estamos experimentando y debemos tener un objetivo terapéutico con nuestro cliente para practicar, ser explícitos sobre sus sensaciones y sus experiencias allí. (Baxley, en ADTA, 2020)

Sobre este punto, la experta señala que se debe evitar o suspender cualquier suposición, y más bien fortalecer y agudizar las habilidades de observación de la terapeuta. Hay que hacer explícitos y señalar de forma concreta los objetivos terapéuticos, así como expresar en todo momento qué se está sintiendo en ese momento, que se avecina, qué se está experimentando nuevo, qué se espera que vea el paciente. "Tan hermosa como es nuestra práctica en persona, así se traduce en telesalud y creo que una vez que hay una experiencia con la práctica de telesalud ves que la empatía cinestésica es desarrollada a través de este compromiso virtual." (Baxley, en ADTA, 2020)

El compromiso es, pues, el mismo que se sostiene desde un lugar ético, donde el pasaje a lo virtual implica sobre todo mantener la pregunta abierta y constante por las sensaciones del participante más allá de la imagen, apostando en primer lugar por el plano de la palabra y el relato del mismo participante sobre su sentir durante el tiempo compartido.

Capítulo 3. Objetivos y Metodología

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo General

Explorar la vivencia de significación y resignificación de la feminidad de mujeres mastectomizadas que asisten al Grupo Luz de Vida en Cartago, a partir del uso de la danza como herramienta terapéutica.

3.1.2. Objetivos Específicos

- Identificar las representaciones históricas de la feminidad de las participantes, anteriores a la enfermedad y el tratamiento.
- Reconocer las significaciones sobre el cuerpo de las participantes, posteriores a la enfermedad y a la intervención de la mastectomía.
- Ubicar los recursos simbólicos que han utilizado las mujeres participantes para habitar este nuevo estado en relación con el cuerpo.
- Determinar si existen resignificaciones que se producen a partir de la vivencia de la intervención grupal por medio de la danza.

3.2. Metodología

Para la presente investigación aplicada se propuso la realización de una intervención grupal virtual, por medio de los recursos de la danza, con cuatro mujeres que fueron sometidas a procedimientos de mastectomía debido al cáncer de mama y que participan en el grupo Luz de Vida en Cartago, Costa Rica.

Según lo anterior, la metodología implementada se estructuró a partir de tres momentos específicos, los cuales incluyen actividades centrales a realizar en cada uno de ellos. Así, el primer momento de la estrategia metodológica de intervención implementada corresponde al *planeamiento preliminar del proyecto*, para este momento las actividades centrales fueron la selección de participantes, las entrevistas iniciales y la formulación de la propuesta; el segundo momento consistió en la *intervención y recolección de datos*, donde su actividad central fue el desarrollo de las sesiones y la recolección de información; finalmente, el tercer momento consistió en la *sistematización de la experiencia*, en donde se procedió a la codificación y análisis de resultados. Los elementos anteriores se detallan en los apartados siguientes.

3.2.1. 1er tiempo. Planeamiento preliminar del proyecto

En este periodo se desarrolló el anteproyecto de la propuesta de intervención, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Posgrado de Psicología, donde se incluyó la justificación, el marco referencial con los antecedentes nacionales e internacionales, el marco teórico en el que se puntualizan aquellas aproximaciones teóricas que permitieron un

encuadre para la elaboración de la propuesta y el marco conceptual en el que se delimitaron conceptos claves; así como los objetivos, las categorías de análisis y la metodología a seguir.

Una vez construida la propuesta, se sometió a revisión por parte del Comité Asesor, y posteriormente se solicitó la aprobación de la Comisión del Posgrado. Además, en este período se establecieron los contactos con las personas que conformaron el equipo asesor, de modo que pudieran realizar el acompañamiento en el proceso de elaboración del proyecto.

Dado que la propuesta se llevó a cabo bajo modalidad virtual, previamente al inicio de la misma, se realizaron diversas acciones para conocer otras experiencias de trabajo con la danza mediante el abordaje virtual. Se realizaron tres reuniones, cada una con danzaterapeutas expertas, Diana Fishman, Claudia Palavicini Sánchez y Patricia Montoya respectivamente, esto con el objetivo de conocer tanto de forma como de fondo, la experiencia que han tenido en el trabajo con la danza en los medios virtuales. Por otro lado, se llevó a cabo un taller virtual con estudiantes de la UCR, aplicando algunas de las estrategias utilizadas en esta propuesta. Además, participó en diferentes sesiones de danzaterapia para vivir la experiencia desde un lugar diferenciado al de terapeutas.

En esta etapa también se realizaron los contactos necesarios con la institución donde se desarrollaría la propuesta, se definió con ella las posibles estrategias para la identificación y preselección de los participantes, así como la solicitud de los permisos necesarios para la ejecución. Este proceso se explicita a continuación:

Selección de participantes

Para la selección de participantes, se solicitó la colaboración de las personas que coordinan el grupo, tanto para la identificación de pacientes como para el establecimiento de los primeros contactos. Inicialmente, se propuso realizar en primera instancia un encuentro con el equipo de trabajo del grupo Luz de Vida, donde se les expuso la propuesta que se pretendía llevar a cabo, y al mismo tiempo se les solicitó su colaboración en el proceso de identificación de las participantes. En contactos previos, la organización mostró un particular interés en este tipo de propuestas, por lo que se consideró un buen lugar para realizarla. Posteriormente se llevaron a cabo dos reuniones más de coordinación para definir logística y posibles participantes.

La selección de las participantes se basó en algunas condiciones y aptitudes que les permitiera llevar adelante la propuesta (más adelante se especifican los criterios de inclusión respectivos) y cuyos procesos terapéuticos individuales no tuvieran interferencia con dicha participación en la propuesta. Con respecto a este último punto, se hace referencia a mujeres que estuvieran llevando algún proceso psicológico, lo que se exploraría en la entrevista inicial.

Una vez realizada la preselección desde la coordinación, se efectuó una charla informativa en donde se expuso las condiciones de la propuesta y se realizó una sesión de muestra desde el abordaje, para que las mujeres definieran su deseo de participar.

Posteriormente, se programó una entrevista inicial con las mujeres inscritas, donde se pretendía levantar datos básicos y construir lo máximo posible de la historia de vida de

cada participante de acuerdo con las categorías de análisis propuestas¹⁵. Con dicha entrevista inicial se lograron detectar situaciones que pudieran imposibilitar la participación de alguna de las mujeres, de lo cual se informó tanto a la persona como a la coordinación del grupo; y, por otro lado, la atención en primera instancia de situaciones emergentes que requirieron un abordaje o intervención en crisis.

La intervención grupal se pretendía realizar con un mínimo de 4 mujeres y un máximo de 6, esto debido al alcance visual que se tiene en los abordajes que se llevan a cabo desde una modalidad virtual. Al final se realizó con 4 mujeres, con quienes, además de la entrevista inicial, se efectuó un acompañamiento individualizado y una entrevista posterior. En la siguiente tabla se exponen los criterios de inclusión y exclusión implementados:

¹⁵ Ver Anexo B

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión.	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Mujeres participantes del grupo que hubieran sido mastectomizadas. - Mujeres mayores de 18 años. - Disponibilidad de participación durante todo el proceso. - Permitir el uso de recursos para fotografías y grabación de las entrevistas y sesiones. - Contar con un dispositivo electrónico, ya sea teléfono celular, tablet o computadora, y la conexión a internet respectiva que les permitiera conectarse a las sesiones. - Contar con un espacio físico que tuviera las condiciones mínimas de privacidad para desarrollar el proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Por las condiciones del tipo de abordaje que se pretendía realizar, se consideró que no era adecuada la participación de personas con algún tipo de adicción, ni pacientes que se encontraran en un brote psicótico. - Por ser un proceso virtual, tampoco pudieron participar las mujeres que no contaban con las facilidades de internet y el dispositivo electrónico necesario para conectarse a las sesiones.

Fuente: Elaboración propia.

Una vez seleccionadas las participantes, prosiguió con un proceso en el que se realizaron actividades como:

1. Se coordinó con las dirigentes del Grupo Luz de Vida las entrevistas iniciales, así se dio la selección de las participantes y el primer contacto. Se habló con cada una de ellas para acordar el horario de la entrevista y les solicitamos su autorización para incluirlas en un grupo de WhatsApp que sirvió como medio informativo y de comunicación alterna durante la intervención.

2. Se realizó una primera visita a las casas de las participantes, para que ellas pudieran leer y firmar el consentimiento informado antes de dar inicio a las entrevistas.

3. Las entrevistas iniciales fueron fundamentales para crear un espacio de confianza y seguridad con las participantes, todas se presentaron con mucha disposición para compartir sus historias de vida a profundidad. Este primer contacto fue clave para ajustar el planeamiento de la propuesta, según las posibilidades que observamos de sus espacios físicos y sus dispositivos electrónicos.

4. Posteriormente, se realizó otra visita a sus casas para entregarles un paquete con los materiales que ocuparían para las actividades. Se les entregó un cuaderno para la bitácora, un trozo de tela, una bolita, tijeras, goma, lápiz, tajador, crayolas, elástico, una hoja con palabras impresas y dos ovillos de lana.

3.3.2. 2do tiempo. Intervención y recolección de datos

En esta etapa se realizó la intervención según los pasos establecidos en el anteproyecto, con la ejecución de la propuesta y la recolección de los datos. La intervención se efectuó desde los recursos de la danza como principal herramienta de trabajo; sin embargo, se utilizaron otros recursos que permitieron facilitar el proceso de intervención y la recolección de datos.

Como se mencionó, antes de las sesiones grupales se llevó a cabo una entrevista individual con las mujeres seleccionadas. Para esta se utilizó la técnica de **entrevista abierta a profundidad**, la cual es caracterizada por Ortez (2009) como una interacción verbal cara a cara, donde mediante preguntas o enunciados se realiza una indagación exhaustiva acerca

de un tema de interés; mediante esto se busca generar un acercamiento al objeto de estudio, en donde se le permite hablar libremente y dar a conocer sus motivaciones, creencias y sentimientos sobre un tema.

Así, el objetivo central de la entrevista inicial a profundidad, fue recolectar la mayor cantidad de información sobre la historia de vida de las participantes con respecto a las categorías de análisis (feminidad, cuerpo, recursos simbólicos, experiencia del cáncer y las mastectomía).

Después de procesar la información de las entrevistas, se realizaron un total de 6 sesiones con una duración de dos horas cada una, con una frecuencia de dos veces por semana. Las sesiones se estructuraron retomando elementos de la danza, tomando aportes de la psicología grupal y respetando la ética clínica y la escucha psicoanalítica.

Cabe aclarar que un proceso de intervención de este tipo requirió de flexibilidad por parte de las facilitadoras. Así, se consideró que, en caso de que una participante tuviera que faltar a la sesión, se facilitaría con ella un espacio individual de llamada en donde se comentarían los contenidos de dicha sesión para que así pudiera reincorporarse sin dificultad a la siguiente.

Se definieron 6 sesiones con el objetivo de contar con una propuesta de modelo que fuera breve y viable de implementar desde las organizaciones que trabajan con mujeres que

han sobrevivido al cáncer y en los servicios de salud, tanto públicos como privados. La estructuración de cada sesión se planteó en tres tiempos básicos¹⁶.

I. Primer momento de palabra: Revisión: se hizo un chequeo de las participantes y del grupo en pleno; se lanzaba la pregunta de cómo llegaban a la sesión y a la vez se posibilitaba un espacio para la restitución de emergentes que hubieran surgido durante la semana.

II. Segundo momento: en este período se daba paso a la propuesta de movimiento, cuyo desarrollo surgía del plan que se había trazado con anterioridad y las adaptaciones o ajustes que requirieran los emergentes que hubieran surgido en el primer tiempo. La propuesta de movimiento en algunas sesiones se planteó como un continuo, pero en otras se estructuraron en secciones, entre las cuales: convocatoria a espacios de palabra, tanto oral como escrita, y la implementación de algún otro instrumento de arte terapia que permitiera una representación gráfica de lo vivido en el movimiento.

III. Tercer momento: las sesiones se cerraban con un círculo de palabra, donde se compartía al grupo sobre la experiencia vivida en el movimiento o en cualquiera de los otros tiempos de la intervención. A la vez, en este espacio se pretendía chequear las condiciones anímicas en las que las participantes cerraban la sesión, con el fin de cuidar que las movilizaciones que se hubieran podido realizar en ella sesión se encontraran en un estado

¹⁶ Ver Anexo C.

adecuado de conciencia y entendimiento para las participantes que, en muchas ocasiones, fue convocada por la pregunta de ¿cómo están después del trabajo realizado?

En específico, la primera sesión que se realizó con el grupo tuvo la particularidad de que su objetivo fue la estructuración del encuadre de trabajo y la conformación de una sensación de grupalidad, que permitiera establecer un ambiente de confianza y respeto como un elemento básico y necesario para dar inicio al trabajo en conjunto. Para las últimas sesiones se programó la elaboración de un cierre, con el fin de que el grupo se preparara para el final de la intervención.

A partir de la segunda sesión se trabajó en el abordaje de la expresión por medio de la danza. y la conciencia de su propio lenguaje de movimiento. En las dos últimas sesiones se realizó la preparación para el cierre del proceso, de tal forma que las personas tuvieran las posibilidades de representar y concluir aquello que les había producido la experiencia.

En cuanto **a la recolección de datos**, se propuso que cada participante llevara una **bitácora** en la que plasmaran las representaciones, pensamientos o palabras que surgieran durante la implementación de la propuesta; de igual manera resultó fundamental indagar la motivación que tuvo cada una para incluirse dentro del grupo de abordaje.

Se registraron los comentarios del inicio de las sesiones que respondían a la pregunta ¿cómo vengo hoy?, y los de los cierres de éstas que correspondían a ¿cómo me voy?, al igual que los comentarios que se realizaban en los momentos de intercambio que hacían referencia a ¿cómo se han sentido en el proceso?, y si este ha sido significativo para la participante.

Este registro se efectuó al final de cada sesión, y el hecho de que eran dos psicólogas encaminando el proceso facilitó la recolección de la información necesaria.

Otro elemento para la recolección de datos fue la **guía de observación del movimiento**, con esta, en particular, se buscó registrar aquellos patrones que resultaran repetitivos o que destacaran, y en los que se pudiera ubicar algo de la marca propia del lenguaje de movimiento del sujeto. En dichos patrones, según los postulados de la danza, la ampliación referiría a nuevas posibilidades que se abren en cuanto al pensamiento o la percepción del sujeto sobre sí mismo y los demás.

Al final del proceso se pretendió que las participantes tuvieran un grado de consciencia sobre su lenguaje propio de movimiento, en términos de los elementos que lo conforman y el significado que tiene para ellas a la luz de su historia de vida. A continuación, se presenta una tabla correspondiente al cronograma de sesiones realizadas:

Tabla 2: Cronograma de sesiones

Fecha	Sesión	Tema
29 de junio	1	Sesión informativa Entrevista Inicial
1° de julio	2	Consciencia Corporal Esquema Corporal vs imagen corporal
6 de julio	3	La danza como lenguaje expresivo Encuentro con el otro
8 de julio	4	Resignificaciones de la feminidad Significaciones sobre el cuerpo
13 de julio	5	Recursos Simbólicos
15 de julio	6	Cierre del taller Entrevista final

Fuente: Elaboración propia

3.2.3. 3er tiempo. Sistematización y análisis de resultados

El tercer momento de la propuesta de intervención consiste en la sistematización de la experiencia, donde resulta necesario una estrategia de análisis de los datos recuperados a lo largo del proceso y, seguidamente, su correspondiente proceso de redacción de hallazgos.

En este sentido, es importante aclarar que, para todo el proceso de recolección de datos (tanto en las entrevistas como en el desarrollo de las sesiones), se establecieron

categorías analíticas, las cuales devienen del marco referencial y de los objetivos de investigación planteados; estas orientaron tanto la observación, las preguntas y los ejercicios propuestos para el desarrollo de las sesiones.

Dichas categorías de análisis, proponen pensar la enfermedad del cáncer de mama y, en específico, la vivencia de la mastectomía a la luz del posible impacto en la feminidad de las mujeres con las que se trabajara, mediante el uso de la danza como experiencia corporal, vivencia que podría funcionar como alimento simbólico en la construcción subjetiva de estas mujeres. En específico, las categorías establecidas fueron las siguientes:

Tabla 3: Categorías estructurantes de la recolección y análisis de datos

Categoría Central	Subcategorías	Momento de recolección de información en donde se utilizó	Expresiones factuales donde se identifica la categoría
Representaciones históricas de la feminidad	-Feminidad como constructo -Sexualidad Femenina -Cuerpo Femenino -Maternidad	Entrevista inicial Sesión 1 y 2	Construcción de prácticas y discursos con relación a: - Sexualidad femenina - Cuerpo femenino - Ideal femenino - Maternidad

Significaciones de las participantes sobre el cuerpo posteriores a la mastectomía	<ul style="list-style-type: none"> -El cuerpo y las significaciones -El cuerpo como lenguaje - Imagen corporal - El cáncer de mama y la mastectomía, significaciones sobre el cuerpo femenino 	Entrevista inicial Sesión 3	<p>Construcción de prácticas y discursos con relación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Significado atribuido a los cambios corporales y nuevas exigencias - Representación del cuerpo posterior a la mastectomía en relación con su imagen anterior - Experiencias corporales posteriores a la mastectomía - Reconocimiento del propio cuerpo - La mastectomía con relación a su representación corporal.
Recursos simbólicos utilizados por las mujeres participantes para habitar este nuevo estado en relación con el cuerpo	<p>Elementos subjetivos que permiten dar un sentido a la experiencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptación - Enfrentamiento - Negación - Desplazamiento 	Entrevista inicial Sesión 4	<p>Cambios y estrategias de vida cotidiana posteriores a la mastectomía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transformaciones en los vínculos afectivos - Relación con el entorno familiar, social, laboral, posterior a la mastectomía (lazo social) - Reacciones ante nuevas demandas derivadas de la enfermedad.
Resignificaciones en torno al cuerpo y a la feminidad	Vínculo y lazo social como recurso de significación.	Entrevista final Sesión 5 y 6	<p>Construcción de prácticas y discursos con relación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Danza como creación con el cuerpo

Fuente: Elaboración propia.

Según lo expuesto en el cuadro anterior, se puede observar cómo las preguntas de las entrevistas iniciales surgen a partir de las categorías de análisis previamente establecidas. De

esta forma, el proceso siguiente consistió en el procesamiento de la información a partir de las entrevistas, las cuales fueron previamente grabadas con el consentimiento de las participantes. Así, se procedió a su transcripción y codificación según las categorías establecidas y mediante la herramienta de procesamiento de información denominado Atlas.Ti.

Es así como, bajo estas mismas categorías, se estructuró el análisis de la información proveniente de la sesiones, en donde fueron importantes aspectos tales como el registro del **rol de las terapeutas** para observar el estilo de intervención que se proponía desde la danza y la función que se ejercía al ser lideresas y facilitadoras en las propuestas de movimiento, al mismo tiempo que la valoración de la integración del grupo.

Así también, fue relevante el **registro de la bitácora** que llevó cada una de las participantes, en las que se plasmaron las representaciones gráficas y escritos de momentos significativos del proceso, así como la **guía de observación del movimiento** completada por las terapeutas facilitadoras del grupo, donde se registró el planeamiento y el proceso de las sesiones. Esta guía se creó según los elementos claves de la danza, que permitió establecer una observación del movimiento, tanto en el plano individual como grupal¹⁷.

Además, a partir de los **lineamientos en las sesiones**, se pudo observar de qué manera se desempeñaron en las sesiones la utilización de los postulados que conformaban las sesiones de danza movimiento terapia, como la empatía kinestésica, la inacción, la resonancia, el entonamiento afectivo, la sensopercepción, entre otros. La sistematización de

¹⁷ Ver Anexo C.

esta información, como se podrá ver en los próximos capítulos, se lee a la luz de las categorías analíticas planteadas y se organiza a partir de un análisis de la estructura de sesión, de la intervención individual de cada participante, así como de la dinámica grupal.

En la siguiente tabla se presenta una síntesis de la estructura del proceso metodológico propio de esta propuesta de intervención:

Tabla 4: Síntesis de la propuesta metodológica

Momento metodológico de la propuesta	Actividades
1er tiempo. Planeamiento preliminar del proyecto	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación y estructuración de la propuesta dentro de un marco conceptual, epistemológico y metodológico - Primeros contactos con la organización en donde se realizará la propuesta de intervención - Selección de participantes según los criterios de inclusión y exclusión - Entrevista inicial con las participantes seleccionadas - Preparativos para la implementación de las sesiones grupales virtuales
2do tiempo. Intervención y recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de la sesiones - Aplicación de las guías de observación - Realización de la entrevista final
3er tiempo. Sistematización y análisis de resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Transcripción y codificación de las entrevistas según las categorías de análisis - Codificación de los datos de las sesiones según las categorías de análisis - Redacción y organización de hallazgos

Fuente: Elaboración propia.

3.3. Condiciones éticas para la protección de las participantes

Al respecto de las consideraciones éticas propias del proceso realizado, se implementó la figura del consentimiento informado, que fue redactado en conjunto a partir de una propuesta aportada, con total acceso a la información necesaria en términos de sus derechos, beneficios y posibles riesgos¹⁸.

De igual forma se veló por el principio del anonimato, sustituyendo los nombres y datos que las pudieran identificar y solamente se muestra aquel material que las personas han autorizado. Lo anterior también se aplica en referencia a las fotografías o videos del proceso. Además, durante este proceso se mantuvo a disposición la posibilidad de atención clínica psicológica individual para aquellas personas participantes que lo pudiesen requerir, a partir de alguna intervención o movilización que fuera necesario retomar en una atención más particularizada.

En cuanto a las precauciones del proceso grupal, estaba previsto que, de darse alguna situación de crisis, producto del trabajo que se llevó a cabo durante las sesiones, una de las profesionales abordaría la situación, mientras que la otra continuaría con el trabajo grupal; después de atender y contener la situación, se buscaría junto con la persona la mejor modalidad según lo requiriera el caso para dar continuidad. Esto al final no resultó necesario.

Por último, también se previó que aquellas personas que incumplieran con las reglas de confidencialidad, o que expusieran material confidencial producido en el espacio de

¹⁸ Ver Anexo A.

confianza del grupo de intervención, deberían retirarse del proceso. Tampoco esta situación se presentó.

Capítulo 4. Hallazgos

Este capítulo corresponde a la presentación de resultados; para ello inicialmente se expone un análisis de las entrevistas iniciales para que, seguidamente, se desarrollen los resultados obtenidos individual y grupalmente a partir de las sesiones implementadas.

4.1. Análisis de las entrevistas iniciales

Se llevó a cabo análisis de contenido de cada entrevista, según las categorías previamente establecidas, para esto se utilizó la herramienta Atlas ti, como se describe más adelante. De estas entrevistas iniciales se desprendió información importante a considerar de previo al comienzo de las sesiones grupales. Como fue mencionado en el capítulo metodológico, dichas entrevistas se estructuraron según las categorías analíticas previamente establecidas, las cuales también se abordarán a lo largo de las sesiones.

De esta forma, mediante este primer encuentro, se registró la condición con la que las participantes llegaron al grupo al respecto de las temáticas próximas a abordar y con ello fue posible, posteriormente, comprender e identificar sus resignificaciones. En este apartado se describen dichos hallazgos iniciales. Para ello, resulta fundamental, en primer lugar, comprender el perfil general de cada una de las participantes¹⁹, el cual se presenta en la siguiente tabla:

¹⁹ Para conocer con mayor detalle la historia de vida de las participantes ver Anexo D.

Tabla 5: Nombre y perfil de las participantes

Nombre participante	Perfil de la participante
Emilia	Nació el 17 de enero de 1980, es soltera, tiene una hija de 15 años, vive en Cartago y trabaja en una universidad como programadora de sistemas.
Graciela	Nació el 7 octubre 1969, reside en Cartago, es ama de casa, concluyó la primaria, está casada, tiene un hijo adoptivo de 24 años, tiene 13 años de vivir con ella y es hijo biológico de una de sus hermanas.
Xinia	Nació el 12 de enero de 1968, es ama de casa, y está casada, tiene dos hijos varones de 31 y 35 años, concluyó su educación secundaria y reside en Cartago.
María	Nació el 18 de enero de 1970, pero su cumpleaños es el 19 de enero, es ama de casa, se encarga del cuidado de su mamá, pero también se dedica a vender ropa y zapatos, y le vende la comida a un señor. Está divorciada, tiene 3 hijos, una mujer de 33 años, un hombre de 31 y una mujer de 26 años. Estudió la primaria y es vecina de Paraíso de Cartago.

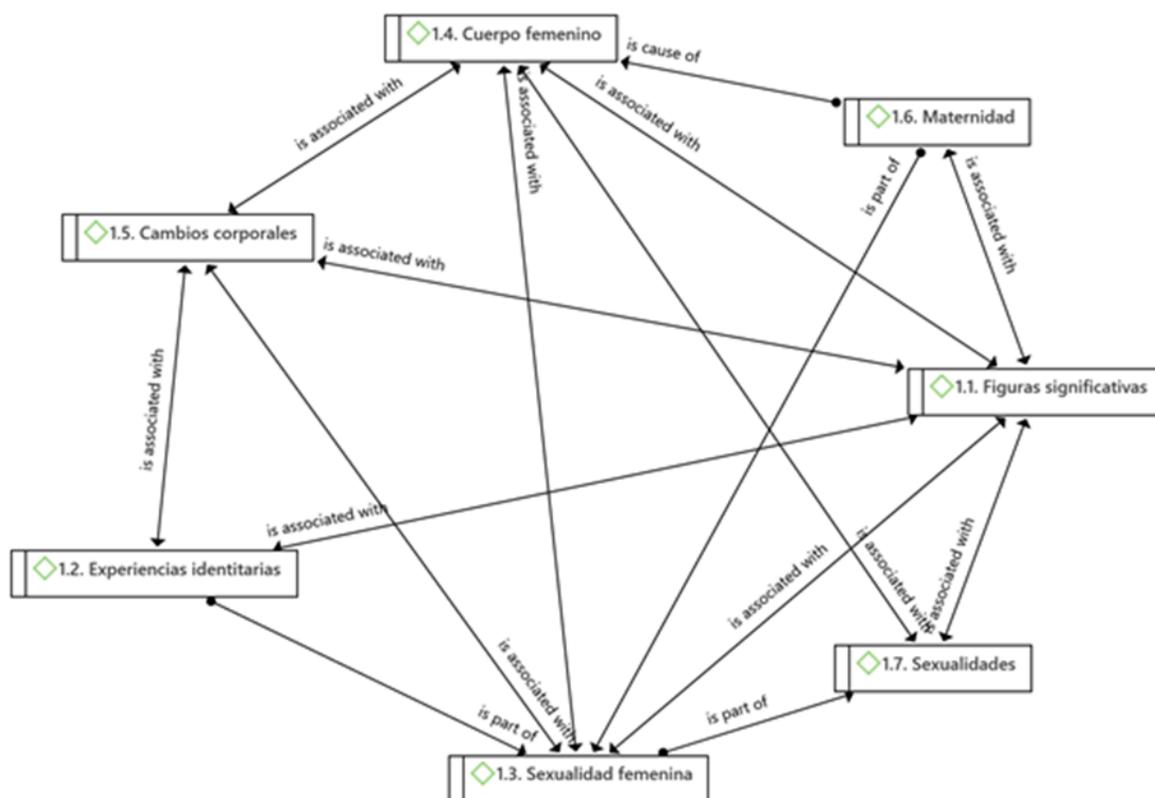
Fuente: Elaboración Propia.

Ahora bien, a continuación se presenta el análisis de los datos de las entrevistas según las categorías establecidas (principales representaciones históricas de la feminidad, significaciones sobre el cuerpo posteriores a la mastectomía y recursos simbólicos utilizados para habitar un nuevo estado en relación con el cuerpo). Dicho análisis se enriquece con la representación gráfica de relaciones entre categorías, elaborado con el software de

procesamiento de información Atlas.ti mediante la herramienta denominada “Red de Códigos”.

4.1.1. Categoría 1: Principales representaciones históricas de la feminidad

Figura 1: Categoría 1 “Principales representaciones históricas de la feminidad”



Fuente: Elaboración propia.

La figura anterior permite apreciar cómo todas las subcategorías que componen las representaciones históricas de la feminidad están relacionadas de forma estrecha, no solamente en términos de asociación sino además, algunas de ellas, como parte de otras o también como causa. Es posible identificar frases que retratan las figuras más significativas en la vida de algunas participantes, como por ejemplo: “*mi hermana mayor siempre veló*

para que estuviéramos bien”, *“ese señor fungió como mi papá, marcó mi vida, igual que mi hermana”*, que se pueden catalogar como significativas en cuanto al soporte brindado; y por el contrario, otras que se identifican por el impacto negativo que tuvieron, por ejemplo: *“en la niñez y en mi adolescencia mi papá le pegaba mucho a mi mamá”*, *“mi mamá siempre fue muy machista”*; todas ellas marcan de diferentes maneras, las concepciones y las prácticas de estas mujeres en cuanto a sus experiencias identitarias, la sexualidad, la corporalidad y la maternidad.

Lo anterior se ve reflejado en expresiones tales como *“yo pensaba que la mujer tenía que crecer y servir para la casa”*, que muestra una experiencia de identidad limitada al servicio de los otros; otra frase resume que *“al principio de mi noviazgo siempre tuve frigidez, pensaba que no podía disfrutar (su sexualidad)”*, que habla de cómo se afronta la sexualidad femenina y la sexualidad en general a la sombra de unas figuras de poder en la familia que moldean pensamientos y actitudes sobre la vida.

Específicamente sobre el cuerpo femenino y los cambios corporales, en su experiencia de vida algunas de estas mujeres arrastran todavía los mitos o tabúes que existen en muchas familias sobre cómo llamar adecuadamente a los órganos sexuales y, en general, sobre la sexualidad, la virginidad, la maternidad de una mujer soltera y otros temas relacionados. Ello se refleja en el relato de algunas: *“nunca me he sentido muy bien, siempre he pensado en que para qué arreglarme si no me veo bien, ni la ropa se me ve bien”*; *“sobre el cuerpo de la mujer había opiniones fuertes, lo veían mal, mami se refería con menosprecio al cuerpo...”*; *“siempre me decían que me tapara, que no fuera cochina, que vistiera ropas largas”*; *“el cuerpo era un tabú, no le decían vagina o pechos sino que usaban nombres*

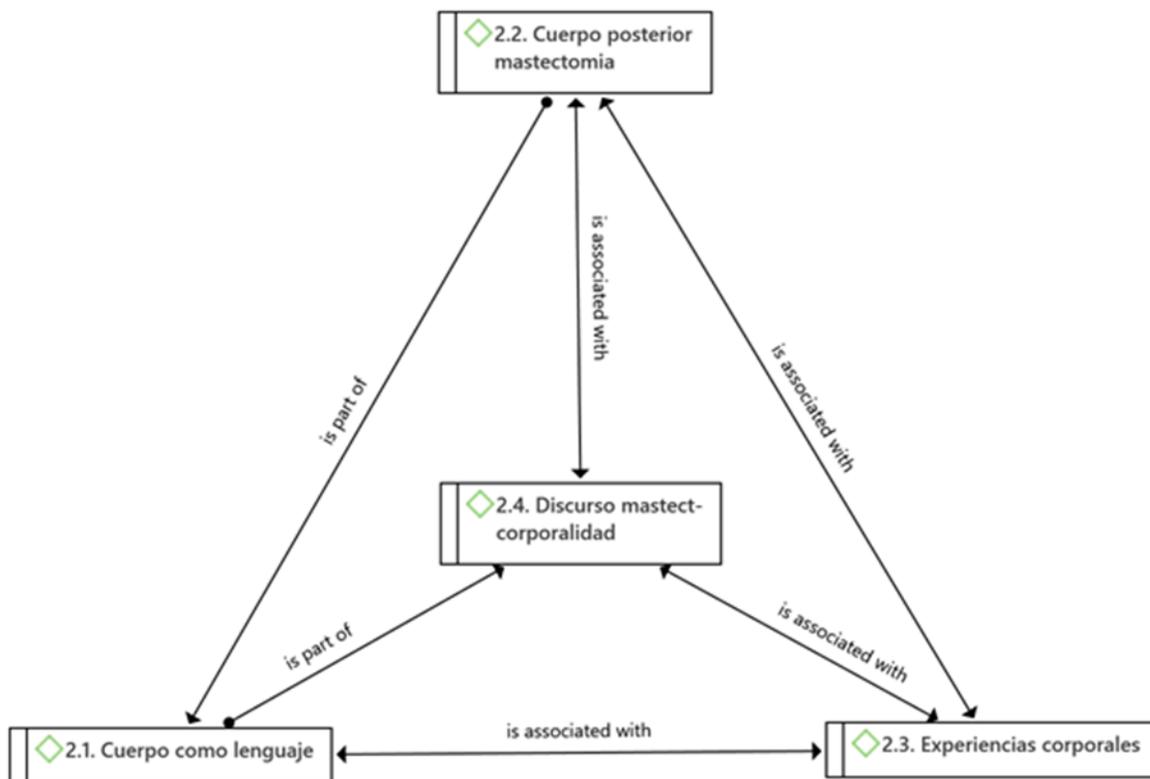
raros o feos”; *“en mi casa nunca se hablaba de eso”*. Cada una de estas expresiones fueron marcando la concepción de feminidad y la vivencia de la misma.

Por otro lado, todo el peso de una sociedad machista y desigual se puede discernir en frases como: *“mi mamá nos decía que la mujer siempre pierde, los varones no pierden nada”*; *“nos enseñaban que la mujer solo sirve para ser pareja del hombre, para hacer las cosas, no como un ser humano sino como un robot que te mueven para acá o para allá”*; *“la mujer fue hecha para tener hijos, como una obligación y la que no sirvió para tener hijos no sirve para nada, eso se escuchaba...”*; son relatos que forman parte de la vida de estas mujeres, de sus experiencias pasadas y presentes, aunque todas ellas luchan contra estas concepciones cotidianamente, son expresiones que fueron incorporándose como normales, dejándolas en una posición de subordinación.

No cabe duda de que la representación de la feminidad, como casi todos los aspectos que involucran a las mujeres, está supeditada a un paradigma de sociedad que permea todos los ámbitos de la vida cotidiana, que asigna valores y otras formas culturales que se traducen en actitudes y prácticas tanto sobre la propia persona como sobre las relaciones que ella establece con el resto de la sociedad y sobre sí mismas, su identidad, su cuerpo y las concepciones que tienen del mismo, elementos todos que se remueven con la experiencia de enfrentarse al cáncer y a la mastectomía.

4.1.2. Categoría 2: Significaciones sobre el cuerpo posteriores a la mastectomía

Figura 2: Categoría 2 “Significaciones sobre el cuerpo posteriores a la mastectomía”



Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la figura anterior, el proceso que lleva a una mastectomía, el procedimiento en sí mismo y las repercusiones posteriores, son momentos que constituyen una carga física y psíquica muy difícil de afrontar por las mujeres que han pasado por esta experiencia. Ya lo expresan claramente las participantes: *“Es una cirugía dolorosa, complicada y emocionalmente sí afecta”*; *“Los cambios fueron muchos, a nivel corporal, a nivel psicológico y espiritual.”*, para las mujeres participantes en sus vidas hay un antes y un después del cáncer y la mastectomía.

En el mapa de esta categoría, que analiza las significaciones sobre el cuerpo posteriores a la mastectomía, cada subcategoría también muestra su relación con las otras en términos de asociación o siendo parte de alguna en específico. Por ejemplo, el ‘cuerpo como lenguaje’ es un elemento que está asociado a las ‘experiencias corporales’, pero que a la vez forma parte del ‘cuerpo posterior a la mastectomía’ y también del ‘discurso mastectomía-corporalidad’.

Asimismo, el ‘cuerpo posterior a la mastectomía’ está asociado al ‘discurso mastectomía-corporalidad’ y a las ‘experiencias corporales’. En el relato de las participantes esto se refleja en frases como las siguientes: *“Yo vacilo con mi hija, (le digo que) soy como la bebé de Frankenstein, porque he pasado por muchas cosas”*; *“Mi cuerpo ha cambiado muchísimo por todo el químico que recibe uno, se pone más gordito, (aunque) no me veo mal”*; *“Tengo molestias, me duele la mama y el brazo, me hace falta perder peso, me incomoda para dormir, me duele la espalda”*; *“...la gente siempre me hace sentir incómoda, la mirada sobre lo diferente, eso incomoda mucho”*.

Sobre este aspecto, Gomez y Silva (2017), autoras colombianas, opinan que;

El cuerpo con mastectomía es un cuerpo mutilado, un cuerpo socialmente expulsado hacia los márgenes. Es un cuerpo fuera de orden que visualmente interrumpe, problematiza y amenaza el orden de un sistema masculino que celebra la estética y perfección de lo femenino. De ahí que organizaciones con fines filantrópicos privilegian la reproducción de imágenes mercadeables en las cuales mujeres con

mastectomías son representadas como valientes guerreras, en lugar de individuos vulnerables. (pp. 147-148)

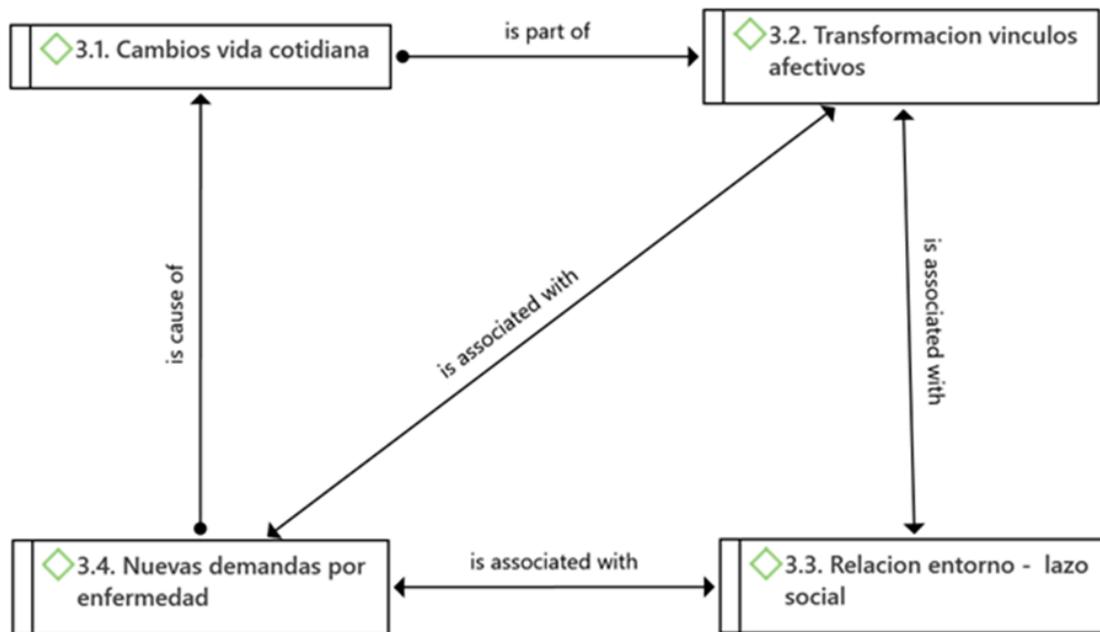
Como ya se ha analizado en apartados anteriores, el procedimiento quirúrgico que amputa una o ambas mamas cambia completamente la vida de la mujer, su propia percepción y cómo la perciben las personas de su entorno, la sociedad en general. Gómez y Silva (2017) apuntan que las mujeres se enfrentan a una sociedad donde el referente dominante es el cuerpo masculino, y la mastectomía hace visible lo anormal de un cuerpo femenino idealizado, lo que está fuera del orden patriarcal.

Se trata de un cuerpo femenino, imperfecto e indeseado por una sociedad falocéntrica que erotiza los senos como objeto de placer de la mirada masculina. Las imágenes de estas mujeres, algunas con un solo seno o sin ninguno de ellos, cuestionan la construcción masculina sobre el cuerpo femenino, una representación que privilegia el erotismo y el placer patriarcal sobre construcciones alternativas de lo femenino. (Gómez y Silva, 2017, pp. 166-167)

El cuerpo de la mujer mastectomizada problematiza percepciones tradicionales masculinas sobre la imagen que se tiene de 'lo femenino', pero a la vez sirve para posibilitar la exploración de nuevas representaciones desde la perspectiva de las mujeres. Estos elementos se desarrollan más adelante con el análisis.

4.1.3. Categoría 3: Recursos simbólicos utilizados para habitar un nuevo estado en relación con el cuerpo

Figura 3: Categoría 3 “Recursos simbólicos utilizados para habitar un nuevo estado en relación con el cuerpo”



Fuente: Elaboración propia.

En esta categoría se visualizan cuatro subcategorías, las cuales también muestran su interdependencia, tanto en términos de asociación como siendo parte algunas de otras. El ser parte de otras la muestran, por ejemplo, los ‘cambios en la vida cotidiana’, que se visualizan como siendo parte de la ‘transformación de los vínculos afectivos’; y, por otro lado, las ‘nuevas demandas que se derivan de la enfermedad’, que son parte de aquellos ‘cambios en la vida cotidiana’, como se puede apreciar en el mapa de arriba.

Esos cambios en la vida cotidiana se reflejan en situaciones como el mayor interés de las mujeres participantes por ellas mismas, en adoptar un ritmo de vida más pausado o incluso en un mayor acercamiento al mundo religioso, tal como se refleja en frases como: *“Procuro alquilar casas pequeñas para la limpieza, no tengo muebles, los regalé, ya no me estresa la limpieza”*; *“Ahora me intereso más en mí misma, si Dios no me llevó era porque tenía que hacer algo, que pensara mucho más en mí”*.

Asimismo, las transformaciones de los vínculos afectivos se manifiestan en frases como las siguientes: *“Ahora ha mejorado la relación de pareja, nos llevamos muy bien, somos amigos y esposos, buenos amantes”*; *“Ha sido una cuestión de fortaleza, eso me ha enseñado a ser fuerte, que no podemos derrumbarnos en estas cosas. Para mí ha sido unión familiar, ha sido una cuestión de fortalecimiento y unión”*; *“Sentí el apoyo y el cariño, que la gente se preocupaba por mí como nunca antes, y ya después me sentía muy querida”*.

Todos estos recursos han permitido a las participantes afrontar su vida de una mejor manera en las etapas posteriores a la mastectomía; son recursos que tienen en sí mismas, como lo han podido redescubrir a lo largo de las sesiones, como también los tienen en su entorno, en su familia y amigos, en el vecindario y la comunidad. Como lo expresa una de ellas, *“tuve tanto apoyo que no me dio tiempo de pensar en mi pecho (mastectomizado)”*. Esto no quiere decir que todas las situaciones posteriores a la operación son favorables, puesto que también se encuentran momentos de dudas, desesperanzas y frustraciones. Es el caso, por ejemplo, de una de estas mujeres que dice: *“yo tenía que ser fuerte por mi mamá y por mis hijos, yo tenía que darle el apoyo a ellos para que no cayeran; a veces una se cansa*

de ser fuerte". Y otra apunta que *"al principio tuve mucho apoyo, pero ahora más bien es al contrario, me dicen que ya pasó mucho tiempo, que ya el cáncer pasó"*.

4.2. Análisis por sesiones

Después del registro obtenido a partir de las entrevistas iniciales, se procede en este apartado a colocar los resultados propios de cada sesión según la categoría de análisis orientadora. Dicha información se organiza, primeramente, con una descripción general de la sesión; seguido de los hallazgos individuales de cada participante; y, cerrando, con un análisis de la dinámica grupal de cada encuentro realizado.

4.2.1. Análisis de la Sesión 1 y 2. Representaciones Históricas de la Femenidad anteriores a la enfermedad y al tratamiento

Sesión 1

El abordaje de esta categoría se realizó durante las sesiones uno y dos, realizamos una propuesta que implicaba entrar en contacto con la percepción de su cuerpo por lo que el trabajo estuvo enfocado en propiciar el desarrollo de la conciencia corporal de las participantes.

Se estructuró la propuesta de movimiento en tres momentos, un primer momento de preparación y relajación corporal por medio de un ejercicio de "escaneo" o revisión corporal, en un segundo momento se propuso realizar una danza con cada una de las partes del cuerpo para propiciar la conciencia de su cuerpo por medio del movimiento, y un tercer momento

donde la propuesta fue hacer con una bola, masaje en aquellas zonas de su cuerpo que habían identificado como puntos de malestar o molestia.

El escaneo corporal se realizó con una relajación guiada, que pretendía focalizar la atención en la respiración y visualizar como el aire que ingresa por la nariz se trasladaba a diferentes partes de su cuerpo permitiéndoles ubicar las sensaciones de tensión, dolor, o malestar que pudieran tener en diversas partes de su cuerpo y a la vez lograr por medio de la respiración relajar y soltar esas sensaciones.

En las primeras sesiones, es común que las participantes tengan dificultad para concentrarse y poner atención únicamente a sus sensaciones, a pesar de que las condiciones de los espacios físicos de todas no eran necesariamente las óptimas, todas lograron la sensación de relajación.

En la segunda parte del primer ejercicio les pedimos dejar que el aire viajara a los lugares de su cuerpo que necesitaban más atención ese día, con el fin de que pudieran identificar de forma consciente zonas donde acumulan más tensión, lugares de malestar vinculados a dolencias o incluso dolores causados por posturas corporales recurrentes.

En la tercera parte se propuso la actividad del masaje con la bola, la intención era que con la exploración de estas zonas identificadas como puntos de malestar o dolencia, se abriera una posibilidad a conectar el dolor con algún tipo de situación de su cotidianidad o su historia que ha llevado a producirlo.

Para el cierre de esta sesión, se generó un espacio de palabra donde las participantes pudieron compartir sobre sus sensaciones y descubrimientos registrados a lo largo de la sesión

Sesión 2

Para el desarrollo de la sesión dos, propusimos dar inicio con un “espacio de chequeo” guiado por dos preguntas: ¿cómo vengo hoy? y ¿cómo he estado estos días? Las participantes relataron las sensaciones que habían surgido durante los días entre sesiones, identificando en algunos de los casos sensaciones corporales y en otros mencionaron que habían venido pensamientos e incluso sueños posteriores al trabajo realizado.

En cuanto a la identificación de las sensaciones que tenían ese día, hacerse esa pregunta les permitió nuevamente poner la atención en sus necesidades y comentaron sobre diversas situaciones que las tenían pendientes o preocupadas, con más detalle se mencionara lo que esto representó en la sección de análisis individual de cada participante.

El paso siguiente fue la dirección de un ejercicio de relajación enfocado en la propiocepción, que les permitiera preparar su cuerpo para la sesión y a la vez identificar puntos de atención o molestias. Este es un espacio que las participantes mencionaron agradecer mucho incluso desde la primera sesión, pues comentaron que les servía para dejar aparte las demandas externas y darse un tiempo para pensar en ellas.

Para el desarrollo de esta sesión les habíamos solicitado a las participantes traer fotografías de ellas en su niñez, adolescencia y vida adulta, con el objetivo de que esas fotografías les posibilitaron conectarse con su imagen de esos años y las representaciones de

la feminidad que pudieran recordar haber tenido. Iniciamos la actividad con la muestra de estas fotografías, cada una fue presentando al grupo las referencias de esa fotografía y comentaron sobre sensaciones o recuerdos que les venían a la mente. Les pedimos también que conforme hablaban de esos momentos trataran de relacionarlos con música o canciones que a ellas les recordaban esos momentos de su vida.

Esta actividad permitió que con los recuerdos vinieran historias de momentos de su infancia y adolescencia, además mencionaron canciones que en algunos casos representaban también un momento afectivo importante para otra de las compañeras.

La música fue el puente por el que les propusimos trasladar esos recuerdos y sensaciones que se produjeron a partir de la observación de las fotografías a un espacio de exploración por medio del movimiento, se hicieron sonar las canciones de cada uno de los períodos y les pedimos que escucharan por un par de segundos antes de iniciar el movimiento, procurando que el movimiento surgiera de ese lugar de su cuerpo donde sintieron la música que estaban escuchando.

Durante la exploración de los momentos de infancia, les pedimos que utilizaran el elástico como un recurso que podía propiciar la ampliación del movimiento y facilitar el paso de los recuerdos a movimientos corporales; la exploración de la adolescencia se realizó de forma libre, pues ya habían transitado unos minutos de exploración previa y entonces el movimiento surgió con más facilidad.

Posterior a la exploración por medio del movimiento, se les pidió que buscaran en sus bolsas de materiales unas cartulinas con palabras que les habíamos facilitado, les pedimos

que las observaran e identificaran qué palabras les servían para describir las sensaciones de esos períodos de su vida. Cada participante compartió con el grupo sus palabras seleccionadas y expresaron porque las había elegido. Lo que se produjo en este ejercicio fue, según el relato de las participantes, muy potente, pues pudieron actualizar sensaciones de sus períodos anteriores, las re visitaron en su cuerpo y luego simbolizaron con unas palabras que les permitieron una síntesis de comprensión.

Esta sesión se cerró con este espacio de compartir por medio de la palabra, que se extendió un poco más de lo que habíamos pensado, por lo que la consigna de realizar un collage con las palabras que identificaron como significativas de cada etapa, quedó como un trabajo para que realizaran entre las sesiones.

Resultados por participantes

Emilia:

Desde los primeros relatos que nos compartió en la entrevista inicial, transmitió que ella tenía muchas obligaciones referentes a su trabajo y a las necesidades de su hija, mientras compartía recuerdos de distintos momentos de su historia fue observando cómo en muchos momentos difíciles que se presentaron en su vida desde que era muy pequeña, ella tuvo que adaptarse y bloquear en alguna medida sus emociones para poder sobrevivir.

Relató que, si bien siempre ha estado pendiente del cuidado de su cuerpo, sobre todo en términos de su apariencia, realmente en muchos momentos no ha estado pendiente de sí misma, porque ha tenido que priorizar las necesidades de otros sobre las suyas. Sin embargo dice que esto era algo de lo que ella ni siquiera se daba cuenta hasta la aparición

del cáncer, y aún durante la enfermedad su pensamiento más fuerte era que tenía que sobrevivir porque su hija la necesitaba y ella no la podía dejar huérfana, como su mamá la dejó a ella.

Menciona que para ella fue muy atractivo que la invitaran a participar en esta experiencia porque ella ama bailar, y que el baile de hecho fue muy importante durante su recuperación del cáncer, relata que ella tenía un amigo con el que había llegado a un acuerdo, de que cada sesión de quimioterapia que tenía, esa noche él la invitaba a bailar, bailaban por horas hasta que ella sintiera que sudaba parte de ese químico que envenenaba su cuerpo. Entonces cuando le mencionaron que se trataba de un proceso de terapia por medio de la danza ella se sintió muy emocionada.

En las dos primeras sesiones, ella identificó cuánto dolor tenía en su cuerpo de forma constante y que no registraba conscientemente, se dio cuenta de cómo el trabajo y las otras demandas habían ido generando que de nuevo se fuera olvidando de darse ese espacio para ella misma, y le fue muy claro que era necesario volver a recuperarlo.

Ubicó un fuerte dolor en sus muñecas por la cantidad de horas que pasa trabajando en la computadora y comentó sentirse muy motivada y alerta de las sensaciones de su cuerpo durante los días siguientes, incluso decidió ir a hacer una caminata en la que pudo volver a sentir que era muy necesario para ella retomar la actividad física y procurar salidas al aire libre. Dijo que su hija se preocupó, pues en algún momento de la caminata ella se sintió mal y le costó respirar por su condición física actual.

También observó que muchas veces está más enfocada en pensamientos y preocupaciones que en las sensaciones de su cuerpo, y que este sobre pensamiento la lleva a puntos de ansiedad, incluso afecta su capacidad de dormir, sin embargo durante estos días que estuvo más alerta de sus sensaciones corporales sintió que descansaba su mente.

“A veces una se olvida de nuestro propio cuerpo y por estar atendiendo otras cosas tengo la mente cansada y uno en la noche se acuesta y no duerme porque está cansada. Es importante nivelar o balancear la mente con el cuerpo para poder descansar.”

Establece como un punto de interés lograr la consciencia de brindar espacios para ella y no olvidarse de su cuerpo y sus sensaciones, ella continúa trabajando en esto a lo largo de la intervención.

En cuanto a las representaciones históricas de la feminidad que pudo explorar de su infancia, su adolescencia y su etapa actual, logró identificar cómo las circunstancias difíciles de su vida la llevaron a “madurar” más pronto de su edad y cómo esto ha marcado un patrón que implica asumir más de lo que le corresponde en cuanto a responsabilidades y decir siempre que sí ante las demandas de los otros con tal de conseguir aprecio y valoración.

Recordó con alegría momentos de su adolescencia, donde las amistades empezaron a ocupar en su vida un espacio muy importante, aun cuando ella identifica que tanto en su niñez como en su adolescencia a la vez que había momentos lindos, ella tuvo que enfrentar cosas muy difíciles, sobre todo la muerte de seres muy queridos para ella.

Cuando estaba en el colegio recuerda cosas bonitas con sus compañeros, la alegría del estudio, pero también fue la época en que se murió su padre adoptivo y entonces ella a veces piensa que todas las personas que ella ama se le van, se mueren.

En este sentido la maternidad fue un tema central de su vida, sobre todo por la pérdida de su madre, para ella ser madre y estar presente en la vida de su hija se convirtió en ... un motor que le ha dado sentido a su vida.

En cuanto al trabajo en la bitácora, ella comentó que había disfrutado mucho de la realización del collage, y que al hacer el recorrido por sus fotografías pudo encontrarse con momentos buenos y con momentos en los que vivió situaciones muy dolorosas, eso le permitió concluir la importancia de vivir la vida más enfocada en el presente y en lograr disfrutar de las cosas con la que se cuenta y menos preocupaciones en pensamientos de lo que puede venir. En el cierre de su collage incluye la frase *“el amor puede más que el dolor”*.

Graciela:

En la entrevista inicial, Graciela relató que en su vida desde muy el cuidar de otros había sido una posición de vida, en su familia había mucha violencia doméstica, su padre le pegaba a su madre, por lo que su mamá se divorció y empezó a trabajar, entonces a ella por ser la mayor le tocó cuidar de sus hermanos, dice que para ella el amor ha sido cuidar de los otros, y que este sentimiento la ha acompañado a lo largo de su vida.

Un elemento que destaca en su relato es que ella siempre sintió que había algo mal con su cuerpo y que ella seguro no iba a poder ser madre, sin embargo las circunstancias de la vida la llevaron a realizar la adopción legal de uno de sus sobrinos, que desde entonces es

su hijo. Relata que también pensó que ella nunca se iba a casar, sin embargo empezó un noviazgo con su actual esposo, ya estando mayor, dice que deciden casarse porque los papás de él estaban muy enfermos y él necesitaba de alguien que le ayudara a cuidarlos.

Graciela se mostró bastante reservada con sus participaciones y sus comentarios, siempre realizó las actividades que se le pidieron, sin embargo sus comentarios mayormente fueron cortos y escuetos, en algunos momentos de la sesión ella se movilizaba a otra habitación para hablar de temas que al parecer no quería que otras personas en la casa escucharan, sin embargo, en algún momento nos habló de su sexualidad y dificultades que encontraba, o de la preocupación que le causaban las infidelidades de su esposo. A pesar de que le sugerimos que curase un espacio en que se sintiera cómoda, por la señal de internet en su casa debía colocarse en la zona menos íntima de la casa para lograr tener conexión.

Entre los comentarios que destacaron de su parte fueron que los días que teníamos sesión, la emocionaba recordar que tenía algo lindo que hacer para ella, dijo también que sentía que el tiempo de las sesiones era como un regalo que se daban para ellas.

En cuanto a las representaciones históricas de su feminidad, ella no mencionó la presencia de mujeres significativas en su entorno, sino más bien sus relatos se focalizaron en el mundo de ella con sus hermanos.

Las palabras que más le llegan son “amor”, “pureza” y “compromiso”, desde muy pequeña tuvo el compromiso de cuidar a sus hermanos porque su mamá trabajaba, el amor la hizo pensar en el amor tan grande que tenían entre los hermanos.

Ella mencionó que a pesar de que ella no era muy expresiva, estos espacios que se habían propiciado por los ejercicios de movimiento, le habían permitido pensar en muchas cosas de ella que habitualmente no pensaba:

“...a todas se nos mueven muchas cosas de todos lados y casi nunca o muy pocas veces conectamos con esas vivencias de la niñez o de la adolescencia que siguen formando parte de lo que somos en la actualidad...”

Xinia:

Desde el relato de su historia de vida en la entrevista inicial, hace referencia a personas que fueron claves en la construcción de su desarrollo subjetivo y las representaciones históricas de su feminidad, como la figura de su padre y una de sus hermanas. Constantemente mencionaba haber tenido una posición de privilegio con respecto a sus hermanos y sentirse dichosa por eso, especialmente ante la mirada de su padre.

Ella mencionó que esta posición había sido otorgada por su padre, porque anterior a su nacimiento su familia había sufrido cuatro pérdidas e incluso posterior a ella hubo una pérdida más, su papá la veía muy pequeñita y muy enfermiza, por eso la cuidaba mucho.

En las sesiones Xinia se mostró muy anuente a participar a pesar de las limitaciones del espacio en que tenía que tomar la sesión, que era una habitación con espacio muy reducido que en algunos momentos implicó que tuviese que salir del cuadro de la pantalla para lograr moverse. Pudo identificar varios puntos de dolor en su cuerpo.

“Encontré dolor en los brazos, en las manos, en los hombros. También en las articulaciones se sentía un dolor intenso del lado derecho me duele por la operación y en la mano izquierda me acaban de quitar un yeso y me dolía bastante la mano izquierda la sentía muy pesada y la derecha como que se me descolgaba”

Durante los ejercicios que promueven la relajación dice haberse sentido bien y haber logrado identificar lugares donde sentía dolor.

“Sentí mucha paz, mucha tranquilidad, muy relajada con la pelotita, me di cuenta de que hay partes de mi cuerpo que me duelen todo el tiempo y que tal vez por la costumbre de sentir dolor no le doy importancia, yo sé que mis rodillas siempre me duelen pero ya me acostumbré al dolor, pero darle el chineo con la pelota me permitió darles chineo, darle cariño a esa parte de mi cuerpo.”

Partiendo de sus comentarios se marcó la importancia de que, si bien en el grupo aparecían historias de vida que hablaban de la necesidad de cuidado no suficientemente satisfecha que muchas tuvieron en su niñez, un movimiento lógico de gran valor es que esos cuidados ahora son acciones que ellas mismas pueden realizar, en la medida en que logran consciencia sobre sus necesidades.

Entre la primera y la segunda sesión Xinia tuvo un sueño que relató al grupo: *“Con las cosas que vimos en la sesión anterior me fui muy atrás en el tiempo, a un tiempo en el que todavía era niña y soñé con mi hermana que ya murió y con mi padre.”*

La fuerte conexión afectiva con ambos había sido mencionada desde la primera entrevista, y llama la atención que ambos familiares fallecieron de cáncer, e incluso ella

mencionó sentirse feliz al momento de recibir su diagnóstico de su enfermedad pues se parecería más a ellos.

Xinia hace referencias constantemente a la niñez como su época favorita de la vida, incluso dice que le gustaría volver a esos momentos. Resalta la palabra “felicidad”, dice yo fui muy feliz cuando era niña, fui también la más chineada en mi familia y con estos ejercicios yo me he transportado a esa época de mi niñez, con los juegos, jugar con la cuerda, llenarse las manos con barro, caminar sola; es en la adolescencia cuando una empieza a sufrir, sobre todo con los amores no correspondidos y también debemos ser conscientes de que nuestra vida ha tenido cosas tristes.

Uno de los puntos identificados en su historia de vida, era el dolor que le había causado a ella que su padre se molestara tanto cuando ella quedó embarazada, al punto de tener un infarto y no poder hablarle por un tiempo. Incluso comenta que fue compleja la situación pues la falta de información sobre la sexualidad era tal que ella no podía dar cuenta de cómo se había producido el embarazo.

Desde estas primeras sesiones fue notorio en el relato de Xinia, una marcada desconexión con sus sensaciones corporales, además de un alto número de dolencias y padecimientos a lo largo de su vida, estos fueron elementos que se abordaron en la intervención. En cuanto al recorrido por las diversas etapas de su vida, destacan las palabras felicidad en la niñez, transformación en la adolescencia, y miedo en el momento actual.

María:

En los primeros contactos que establecimos con las participantes para acordar los horarios de las primeras entrevistas, María nos comentó que ella pensaba que tal vez no era una buena persona para participar en el proyecto, porque había tenido una operación de columna y sus capacidades de movimiento eran muy limitadas, así que nos dijo que si queríamos buscar a alguien más ella lo comprendía. Le explicamos que para la participación en nuestra propuesta la capacidad de movimiento no era una limitación y que estaría bienvenida a ser parte si ella lo quería.

María se dispuso a participar e incluso luego recordó con agradecimiento haber decidido continuar con su participación pues sintió que este había sido un espacio muy importante para ella.

En los primeros ejercicios comentó que ella había tenido dificultades para concentrarse en ella misma, porque siempre está pensando en lo que tiene que hacer y la mayoría de veces son cosas para otra persona. Sintió con claridad el dolor en su espalda, que está diagnosticado como dolor crónico por el cual incluso fue remitida a la clínica del dolor, es una consecuencia de la operación de columna que le realizaron por un desgaste:

“ Sentí que me quitaron como un saco de cemento de la espalda, me sentí muy relajada. Siento como que me regalé ese ratito para mí porque paso todo el día corriendo y corriendo y ese ratito fue para mí, sentí un poco de dolor en el cuello pero el baile me ayudó mucho”.

Al final de la primera sesión dijo:

“Me costó mucho concentrarme porque yo soy muy hiperactiva, siempre estoy en una cosa y pensando en otra, pero con este ejercicio pude sentir que este tiempo es para mí, para nosotras. me di cuenta de que en este rato hemos estado concentradas sólo en nosotras y ese tiempo el cuerpo lo pide a gritos, ese rato fue para nosotras, tal vez siempre sentimos dolor, siempre lo tenemos y no nos damos cuenta porque tenemos que cuidar a los otros y nunca nos damos tiempo para nosotras, este rato para nosotras es genial y se siente una como nueva”.

En los días entre sesiones ella recordó haber tenido pensamientos sobre lo que se habló en la sesión, pero también otros recuerdos de momentos importantes de su vida. Comentó: *“Yo también he estado recordando cuando estaba en quimioterapia, cuando me sentaba en la consulta a esperar, que me sentía amarrada, que no me podía mover esperando la dosis del medicamento.”*

En cuanto a la exploración de las representaciones históricas de la feminidad María hizo referencia a mujeres que fueron muy importantes en su vida como su madre, su abuela paterna e incluso una profesora de catecismo, algunas de estas procuraron impulsar y trataron de que ella pudiera defender su valor como mujer; sin embargo, relata que la relación con su madre fue bien desvalorizante y permeada por la violencia constante.

Relató que ella quedó embarazada siendo una adolescente, y tuvo tres embarazos seguidos, estando con una pareja que era muy violenta con ella; dice que la maternidad fue un cambio en su vida, pues siempre se dedicó a cuidar a sus hijos y a velar por ellos, darles amor fue muy importante para ella. Logra hacer referencia a estos recuerdos cuando se

conecta con el dolor constante de su espalda, cuenta lo difícil que ha sido para ella y cuánta carga le ha tocado cargar.

María resalta, refiriéndose a su adolescencia, la palabra “tabú”, sobre todo relacionado con las mujeres, se minimizaba mucho a las mujeres. Al respecto mencionó:

“si nacía una niña era una tragedia en vez de una alegría, aunque también hay recuerdos muy lindos, mi tío nos metía dentro de un estañón y nos hacía rodar por una pendiente y nos divertíamos mucho, mis abuelitos vivían en una finca, nos subían a los árboles, correteábamos, recuerdo el monte, recuerdos felices pero también recuerdos tristes, por ejemplo cuando estaba con la menstruación siempre me decían que olía feo, eso era por ignorancia.”

Dice que ella trató de cortar con todos esos tabúes y pensamientos en la crianza de sus hijos. En cuanto al momento actual María elige la palabra felicidad, dice que con la canción de Gloria Trevi “el pelo suelto” siente que ahora ya pueden soltarse el pelo, que antes no podían por la quimioterapia; también el ejercicio del elástico le recuerda *“que la vida se puede enrollar y desenrollar, se puede estirar, así es la vida”*.

Observaciones del abordaje Grupal

Durante el abordaje de estas dos sesiones, se observó cómo mediante las propuestas de movimiento y las actividades que realizamos, las participantes refieren sentir una profunda desconexión de su consciencia corporal, constantemente escuchamos frases *“como no me había dado cuenta de que sentía tanto dolor”*, también referencias constantes a sentir zonas de su cuerpo que casi nunca percibían.

Se identifica cómo algunas vivencias en el transcurso de su vida las llevaron a significar su cuerpo como una herramienta que les permitía existir en función de ubicarse al servicio del deseo de alguien más; mecanismo que fue generando situaciones disociativas que se han mantenido, y se evidencian aún en su vida actual.

A nivel general dentro del grupo llama la atención cómo respecto a la maternidad todas mencionan que, a pesar de las dificultades que atravesaron, este fue un elemento vital en sus vidas, pues reforzaba la idea de vivir para cuidar a alguien más, incluso ante la enfermedad todas mencionaron encontrar más sentido en la idea de sobreponerse del cáncer por sus hijos más que por ellas mismas.

Por otra parte, las participantes refieren que en el tránsito por la enfermedad hay una identificación de grupo que se genera, un sentido de pertenencia: *“nosotras sí sabemos lo que es esto...”*, solo quienes pasan por una mastectomía pueden saber realmente lo que la mujer está viviendo, lo que eso implica. Condición que a las vez les otorga una nueva posición, en este caso en vinculación a otras mujeres que como ellas han tenido vivencias similares y con las que comienzan a tener posibilidad de compartir como iguales.

De esta forma se visualizó en el compartir de ellas en grupo una sensación de valoración y escucha a la palabra de las compañeras, en muchas ocasiones sucedió que se sentían identificadas en el relato de otra de las participantes. En cuanto a la posición desde donde nos ubicamos las facilitadoras siempre estuvo presente una sensación de respeto a sus vivencias, con las cuales podíamos empatizar pero ellas con claridad marcaban que no podíamos identificarnos pues no habíamos tenido la misma vivencia que ellas.

Con las propuestas de movimiento centradas en la conciencia de su cuerpo y la creación de espacios de escucha de sus necesidades, en estas primeras sesiones se ha generado la posibilidad de focalizarse en las sensaciones propias y en sus vidas cotidianas desde otro lugar de mayor importancia y conciencia de sí mismas.

4.2.2. Sesión 3. Significaciones sobre el cuerpo posteriores a la enfermedad y a la mastectomía

Sesión 3

Para el inicio de esta tercera sesión se realiza la revisión por medio de preguntas, para que cada participante identifique cómo se siente y cómo llega ese día, se realiza un trabajo de propiocepción, proponiendo movimientos que permitan conectar con las sensaciones y percepciones de su cuerpo mediante percusiones corporales. En esta sesión no participa doña Graciela, justificó que se mantenía convaleciente, porque había tenido una caída en su casa.

Con el objetivo de facilitar la conexión con su cuerpo, se llevó a cabo el primer ejercicio, se les pidió tomar una posición cómoda y focalizar su atención en su respiración mientras que la música iba acompañando el pasaje de esa respiración por todas las partes de su cuerpo. En la segunda parte de la propuesta se les indicó que con sus dedos hicieran un movimiento de percusión suave en cada una de las zonas de su cuerpo, tratando de escuchar y de identificar el sonido que produce cada parte. Se terminó esta parte con un ejercicio de respiración de pie, levantando los brazos, inhalando y exhalando lentamente.

Después del movimiento, se dio inicio a un espacio de palabra para la identificación de lo sentido. Se les preguntó qué parte del cuerpo les llamaba más la atención ese día y todas

coincidieron que el cuello, la parte superior de su tronco, los hombros, en el compartir en palabras identifican que los dolores en cuello y hombros son habituales en ellas, pero también logran darle sentido pensando que en muchos momentos estos dolores tienen que ver con las responsabilidades excesivas que muchas veces asumen aun cuando pertenezcan a otros.

En seguida de este ejercicio se retomaron comentarios sobre el collage que se dejó en el último encuentro para desarrollar entre sesiones. Según lo comentado en el apartado anterior, realizaron en la bitácora un collage con las palabras que identificaron como significativas de cada etapa. Cada participante compartió al grupo el collage realizado con fotografías, dibujos y palabras.

Posteriormente se llevó a cabo un ejercicio de ‘frases incompletas’, se seleccionaron enunciados que estaban en referencia a su tránsito por la enfermedad y las significaciones sobre el cuerpo que ellas pudieran identificar, se les mostró una presentación de diapositivas con cada una de las frases, se les fue leyendo cada enunciado y las completaron en la bitácora con la primer frase que viniera a su mente, sin que medie análisis o procesamiento de la información.

En el siguiente bloque de trabajo, se propuso la creación de una frase de movimiento. Se dio la consigna de que eligieran tres de las frases anteriores, las que para ellas fueron más significativas y cada una se representaba con un movimiento; por ejemplo, si la frase dice ‘cambio’, entonces realizar un movimiento que representara para ellas cambio. Si la frase dice ‘amor’ entonces se hace un movimiento que reflejara ese amor. Finalmente la creación

de la frase de movimiento se da al unir los tres movimientos, se les pidió que cada frase se repitiera por tres veces.

Cada una de las participantes realizó su frase de movimiento y la compartió posteriormente con el grupo. Para una de ellas los movimientos representaron la mastectomía que la salvó, que se ama y que en el espejo ve a alguien bella; otra de las señoras representó el cambio, que la hizo fuerte y le dio vida; otra de las señoras representó la importancia de sus otras partes del cuerpo, que vale mucho más de lo que pensaba y que es fuerte.

Una de las participantes hizo el comentario de que este ejercicio de las frases incompletas le gustó mucho porque no se trató de elaborar un discurso bonito, el que todos quieren oír, sino de lo que realmente sienten sobre lo primero que se viene a la mente.

Luego dimos paso al pasaje de la experiencia a la plástica, se realizó un monigote en una hoja en blanco y sobre él se les pidió hacer un collage con los recortes de imágenes que habían buscado. El tema del collage es 'el tránsito de cada una durante el proceso de la mastectomía'. Se les asignan unos minutos para la elaboración de su collage y con una música para facilitar la creatividad.

Al terminar compartieron el trabajo, mencionando palabras que representaron su proceso y mencionaron a personas que han sido significativas en sus vidas por el apoyo y el sostén que les han brindado.

Posterior a este recorrido, se les brindó un último espacio de movimiento, desde el abordaje del movimiento auténtico, que implicó la exploración del movimiento propio, libre,

que aflora desde la identificación de la necesidad del cuerpo, antes de empezar se les pidió hacer un breve repaso mental por los diversos momentos de la sesión de hoy.

Resultados por participantes

Emilia:

En los primeros ejercicios de revisión y en el compartir en palabras Emilia mencionó la importancia que para ella tenía el otorgar un espacio a sus necesidades, que esto lo considera como un reto a trabajar.

“a veces uno se pone en segundo plano por los demás, en mi caso por mi hija, yo me maquillaba, yo me arreglaba yo quería verme bien por ella y el día que quería sentirme mal yo le decía a mi hermana que se la llevara a ella para su casa, para que no me viera, quería estar sola, sólo quería ser yo en ese momento, a pesar de que mucha gente la apoya a una y está con una, la cruz la lleva una por dentro, una tiene que ser fuerte para los demás y todavía sentimos todas esas cosas y aunque todas digamos que somos fuertes, el proceso fue malo, la quimio no es buena, la radioterapia no es buena, todo eso daña el cuerpo, en parte es bueno pero también es malo.”

Este sentir expresado por ella es secundado por las compañeras, que cada vez ubican con más claridad los pocos espacios que tienen en su vida cotidiana dedicado a sus propias necesidades.

En cuanto al ejercicio de las frases incompletas, las respuestas de Emilia fueron: *durante la enfermedad, mi cuerpo... me ayudó; durante la enfermedad, mi feminidad... cambió; durante la enfermedad, la mastectomía... me salvó; durante la enfermedad, las personas a mi alrededor... me apoyaron; antes de la enfermedad, yo... me pasaba todo el tiempo ocupada; ahora estoy segura de que... me amo; me gustaría... bajar de peso un poquito; el cáncer... aprendizaje; las mujeres con mastectomía... somos guerreras; cuando me veo en el espejo... veo mis marcas y me siento bella*

Destaca en sus respuestas la consciencia sobre sus ocupaciones excesivas anteriores a la enfermedad y la ubicación del cáncer como un proceso de aprendizaje que hizo cambios en su feminidad, y la hizo llegar a amarse y a valorarse.

En cuanto a la frase de movimiento, ella representa la mastectomía como que la salvó, que se ama y que en el espejo ve a alguien bella. Durante la actividad plástica, ella mencionó disfrutarlo muchísimo porque le gusta hacer collage, se prolongó un poco más en la preparación y lo envió una vez terminada la sesión porque había decidido hacerlo con calma, y esta decisión era muy valiosa dentro de la línea de su propio proceso. Representó todos aquellos pensamientos difíciles que tuvo, sus temores, su enojo, todas las cosas que dice que estaban dentro de ella y que no podía expresar con facilidad, además la alegría de llegar al final del cáncer.

Graciela:

No participó de esta sesión, dado que días anteriores tuvo una caída que la mantenía convaleciente. A pesar de su ausencia, posteriormente se establece comunicación con ella de

manera directa y se le explica lo trabajado en la sesión y el objetivo de la misma, en la llamada ella tiene la oportunidad de realizar el ejercicio de frases incompletas.

Sus respuestas fueron: *durante la enfermedad mi cuerpo...cambió, engordé; durante la enfermedad, mi feminidad... deteriorada; durante la enfermedad, la mastectomía... dolor e inseguridad; durante la enfermedad, las personas a mi alrededor... solidarias y amorosas; antes de la enfermedad, yo... era débil y sumisa; ahora estoy segura de que... soy capaz de luchar; me gustaría... que no se hubieran ido mis amigas; el cáncer... me da temor; las mujeres con mastectomía... somos valientes; cuando me veo en el espejo... resignada.*

De las respuesta de Graciela, llama la atención que se evidencian varios puntos de trabajo en cuanto a las posibilidades de resignificación de su feminidad, que ella mencionó como deteriorada, también en referencia a su imagen corporal con la que ella dijo sentirse resignada, mencionó dolor por la pérdida de sus amigas y temor al cáncer. Temas que se retomaron en el transcurso de la intervención.

Xinia:

Mencionó al inicio de la sesión que en los días entre sesiones ella no quería salir de la niñez, que fue su etapa más feliz de la vida, soñó con sus papás y no quería despertarse. Recordó su casa en la niñez, el ambiente, los barriales, los juego, dijo que ella quería estacionarse en esa época y no quería salir. Es el segundo sueño que menciona tener y ambos han sido en la misma línea. En esa época disfrutaba de los potreros, de las hamacas con dos mecates y una tabla, ahora para ella la niñez no es igual.

En el ejercicio de frases incompletas, sus respuestas fueron: *durante la enfermedad, mi cuerpo... cambió; durante la enfermedad, mi feminidad... empezó a tener cambios; durante la enfermedad, la mastectomía... me dio vida; durante la enfermedad, las personas a mi alrededor... se acercaron más mí; antes de la enfermedad, yo... me dedicaba a otras cosas; ahora estoy segura de que... soy fuerte; me gustaría... ser como antes; el cáncer... me hizo fuerte; las mujeres con mastectomía... seguimos siendo mujeres; cuando me veo en el espejo... soy otra.*

En las respuestas de Xinia, se escucha su añoranza por devolver el tiempo, misma que aparece en sus sueños, también ubicó el cáncer como una proceso de cambio del que ella salió más fuerte, en cuanto a su imagen se percibe en esta respuestas y en otros relatos anteriores dolor por todos los cambios que ha tenido su cuerpo y el impacto que esto ha tenido en percepción de su imagen.

En el ejercicio del collage Xinia dijo que ella cubrió todo el monigote con recortes, para que no se viera; explicó que su collage muestra imágenes de tristeza y preocupación, la sensación de tener el tiempo en contra de una, unas manos que significan unión de la familia y las amistades, y también de su esposo, que para ella fueron muy importantes, puso también una imagen que muestra una luz, que fue para ella una luz en el camino. También una imagen de Cristo crucificado, que le da vida.

En cuanto a su proceso personal fue muy importante que ella se permitiera hablar de su dolor y sus tiempos difíciles, pues hasta este momento su compartir era siempre ubicado

desde un discurso positivista, más distante a sus situaciones presentes y más centrado en momentos añorados de su infancia.

María:

María al inicio de la sesión dice que estos días ha sentido mucho dolor, ella padece de dolores crónicos, sin embargo las sesiones que ha tenido le han ayudado mucho, ella se ha tratado de chinear ella misma y también se siente muy motivada. Comenta que habló con la doctora y la enviaron a tratamiento con cuidados paliativos para tratar sus dolores. También se ha dado cuenta de que tiene que tomar tiempo para ella misma y que los demás deben entenderlo y deben darse cuenta de ello, que ella no puede estar siempre al cuidado de los demás.

En el ejercicio de las frases incompletas sus respuestas fueron: *durante la enfermedad, mi cuerpo... se defendió; durante la enfermedad, mi feminidad... se hizo más fuerte; durante la enfermedad, la mastectomía... me salvó y me hizo valorar otras partes de mi cuerpo; durante la enfermedad, las personas a mi alrededor... me demostraron lo que yo significaba para ellas; antes de la enfermedad, yo... no me valoraba tanto como ahora; ahora estoy segura de que... valgo más de lo que pensaba; me gustaría... aprender a amarme más; el cáncer... es triste, pero nos hace fuerte; las mujeres con mastectomía... somos perfectas; cuando me veo en el espejo... veo a un ser humano que no conocía.*

En las respuestas de María se evidencia como ella vivió el cáncer como un proceso de encuentro con ella misma, destaca la idea de que la pérdida de una parte de su cuerpo le

hizo valorar las otras partes. Mencionó también que ahora puede sentirse más fuerte y darse cuenta de que vale más de lo que pensaba.

María mostró su collage y menciona que ella soñaba con recuperar su cabellera; anotó frases como 'fe' y 'esperanza', palabras que le ayudaron a superar su tratamiento; la 'seguridad', a pesar de no tener cabellera, pensaba en la ayuda de su familia y del personal médico. Muestra la imagen de una mujer que no quiere hablar y menciona que es como ella se sentía en algunos momentos de su tratamiento, cuando muchas veces no quería hablar de ello.

Observaciones del abordaje Grupal

En cuanto al abordaje grupal, en esta sesión se reiteró la preocupación de todas las participantes por el poco espacio que tiene en su vida cotidiana para ocuparse de sus necesidades, y la importancia de procurar esos espacios.

El ejercicio de las frases incompletas abrió la posibilidad de que expresaran temores, dolores y pensamientos no tan positivos por lo que habían transitado desde la enfermedad, se visualizó como el discurso de superación y fortaleza que se escuchaba constantemente, empezó a verse un poco cuestionado por la veracidad de sus sensaciones más profundas.

Mencionaron como la llegada del cáncer y la mastectomía, implicó para todas un cambio radical en sus vidas e incluso la necesidad de ocupar un lugar diferente en sus propias historias, su cuerpo que según la mayoría relató, estaba relegado a un segundo plano de importancia, cobra otra dimensión tanto para ellas como para quienes les rodean.

Las personas a su alrededor volcaron la atención hacía ellas, sus familiares, amigos, o compañeros de trabajo, una posición nueva e incluso no fácil de tolerar para varias de ellas, tal vez un lugar añorado pero que les implicó un cambio de posición subjetiva y por tanto un proceso.

Todas las participantes relataron haber recibido atenciones y cuidados de sus familiares y personas allegadas, al mismo tiempo que mensajes de un discurso que las empujaba a estar bien, que en algún momento llegó a generar en ellas la presión por verse siempre, presentables y alegres frente a los que las estaban apoyando. Dicen que sintieron una necesidad de quienes les rodeaban de eliminar el dolor, sin que esto permitiera un espacio para poder dolerse y significar lo que este acontecimiento representa en sus vidas.

4.2.3. Sesión 4. Recursos simbólicos que han utilizado para habitar este nuevo estado en relación con el cuerpo

Sesión 4

En esta sesión estuvo ausente Emilia, avisó que no se podría unir porque se había sentido muy enferma durante varios días.

Se inició la sesión con un ejercicio de relajación, concentrándose en la respiración, en las sensaciones del cuerpo, y pensando en la pregunta: ¿Cómo estoy hoy, cómo me siento hoy? Se puso música para acompañar mientras se llevaba a cabo un ejercicio de relajación dirigido, haciendo uso de la imagen mental de burbujas que recorren todo el cuerpo desde los pies hasta la cabeza y a su paso se les pidió que fueran haciendo revisión de las sensaciones de su cuerpo y relajación de los puntos de tensión.

Las participantes expresaron sentirse relajadas y a gusto con la actividad de preparación de sus cuerpos y dijeron que esperaban con ganas esta sesión, pues es un espacio que identifican como propio. Por otro lado, es evidente que conforme van pasando las sesiones se les va facilitando entrar en las dinámicas de relajación, conexión con su cuerpo y se les hace más fácil reconocer las sensaciones que se van generando con la música, los movimientos y la presencia de sus compañeras.

En el siguiente ejercicio se trabajó con movimientos que permitieran identificar y sentir el cuerpo, el espacio y a las otras mujeres presentes. La propuesta estuvo dirigida a trabajar con la kinesfera, o esfera de movimiento que toma como punto central el cuerpo propio; se les pidió imaginar que estaban dentro de una esfera enorme y todos sus movimientos se iban a limitar dentro de esa burbuja. Se puso música y se les indicó que podían moverse como quisieran, pero solamente dentro de esa esfera.

Al terminar el ejercicio, las mujeres identificaron diferentes dolores y molestias en su cuerpo, sobre todo alrededor de la mastectomía y en las extremidades superiores, a pesar de esto, lograron relajarse y sentirse presentes.

La siguiente propuesta de movimiento tenía como objetivo principal identificar las acciones de autocuidado que ellas han utilizado a lo largo de su vida. Mediante el ejercicio de imaginación guiada denominado “Mi lugar favorito”, las mujeres ubican cuáles fueron esos recursos que les permitieron lograr balance a lo largo de los diferentes momentos de su historia.

Se les pidió que imaginaran que estaban dentro de una burbuja trayendo al cuerpo las sensaciones de bienestar, armonía, tranquilidad, en un espacio propio, un espacio seguro, se devuelven en el tiempo, a la niñez y van trayendo a su burbuja todos esos recursos que han sido importantes y significativos en su vida y que les han permitido lograr balance, bienestar, armonía, fuerza, tranquilidad, pueden ser cosas, personas, palabras, canciones, todos los recursos que identifiquen como valiosos y que consideren las han ayudado a superar obstáculos.

Se les incitó a recordar momentos de la niñez, de la adolescencia y que los traigan hacia la burbuja para tenerlos a mano. Podían ser las mismas cosas que se repetían a lo largo de la historia o podían ser cosas diferentes, cosas que les hicieron fuertes, que les dieron bienestar, alegría, fuerza. Se les invita a visitar imaginariamente también la vida de jóvenes y de adultos con su familia y con todas las personas que hayan sido significativas. Finalmente traer esos recursos que han utilizado en su historia a su burbuja.

Se les pidió que se ubicaran en el momento anterior a la enfermedad, luego durante el tratamiento de esta, revisitando esos momentos complejos que vivieron y cuáles fueron esas herramientas que las ayudaron a superarlos, finalmente que retomaran los recursos que les han servido para integrarlos a esa burbuja.

Se terminó el ejercicio centrándose en la respiración, con inhalaciones y exhalaciones profundas, se repite tres veces, hasta abrir los ojos e integrarse al grupo lentamente.

Se abrió un espacio de movimiento y palabra con la pregunta: ¿Con qué medios contaron para enfrentar la enfermedad?, para este ejercicio se dio la indicación de utilizar un

trozo de tela grande, que se cubrieran con ella imaginando que esa tela es esa burbuja y dentro de esa burbuja van a poder sentir esas cosas importantes que han atesorado durante su vida. Se puso música suave y se comenzó el ejercicio.

Se pasó después al movimiento integrativo dónde cada una danzó y mostró al grupo aquello que ha ido integrando durante el ejercicio.

Para el cierre de la sesión, se hizo un ejercicio final denominado *Regalos en Palabras*, cada participante regaló una palabra a sus compañeras relacionada con lo que cada una representó. Doña Xinia regala la palabra ‘felicidad’, doña María regala la palabra ‘paciencia’, doña Graciela regala las palabras ‘satisfacción y alegría’, Tatiana regala la palabra ‘metamorfosis o transformación’, Hellen regala las palabras ‘amor propio y valentía’. Todas agradecieron los regalos y manifiestan atesorarlos como parte de este proceso.

Resultados por participantes

Emilia:

Emilia no estuvo presente en esta sesión porque estaba enferma, sin embargo, al día siguiente de la misma, se hizo una comunicación directa con ella para comentarle lo trabajado durante la sesión. Se le explicó el objetivo de la misma y los ejercicios realizados, tanto de respiración, como de movimiento con la tela previamente entregada.

En la sesión siguiente pero haciendo referencia a este trabajo, mencionó que esta sesión le generaba mucha ilusión, porque le intrigaba mucho saber para qué se utilizarían la tela, sobre todo porque la sensación de la tela al tocarla a ella le despierta su sensibilidad y

ahora qué considera que no siempre debe ser dura, fuerte o guerrera, le parece que debe ser muy interesante lo que se puede haber generado con la tela.

Graciela:

Graciela posterior a la exploración de su cuerpo que se realizó en el primer ejercicio, le comenta al grupo que estuvo enferma y que se cayó, dijo que la tiroides le ha estado dando problemas. Relata que se cayó en la cochera, de estómago, se lastimó mucho el pecho y la frente, estuvo un rato tirada en el piso sin poder levantarse. Sentía mucho dolor, todavía siente dolor en el brazo derecho y en las rodillas, siente como un calor en el pecho que le fue operado.

Comentó que cuando estaba boca abajo sin poder levantarse, se puso a pensar en lo que hemos trabajado, porque pensó que se había caído por ir corriendo como siempre a dejarle un picadillo a su mamá para que lo llevara a un rezo al que iba, se dio cuenta que por estar ella poniéndose a hacer cosas que no le tocan se apresuró y puso mal el pie.

El comentario de Graciela dio pie a que las compañeras también hicieran comentarios sobre situaciones similares de las que se han hecho conscientes en estos días. Además la mención al padecimiento de la tiroides dio cabida a que hablaran de los tratamientos que deben tomar posteriores a la mastectomía, en algunos casos quimioterapia por varios años, en otros tratamiento inhibidores de hormonas también por períodos de años. Los comentarios fueron evidenciando las secuelas en su salud posteriores al cáncer, las afecciones en otras áreas de su cuerpo, incluso la presencia de un dolor constante en el brazo y las limitaciones de movimiento que les genera

Graciela mencionó que debe ayudarse con un brazo para mover el otro, porque el brazo del lado donde realizaron la mastectomía tiene un rango de movimiento muy limitado y casi no tiene fuerza, además menciona la sensación de la zona donde se realizó la mastectomía *es como sentir que tiene la parte del pecho adormecida, esa región está como muy tensa, como la piel apretada.*

En cuanto a los recursos simbólicos posteriores al ejercicio de la esfera de protección, dice que recordó a su mamá acompañándola en su proceso y también a todas las personas que estuvieron con ella, vinieron imágenes de su niñez, recordó mucho los juegos que hacía con sus hermanos.

En el ejercicio de la tela, la representó como brazos, sintió todos los brazos que la abrazaron, que le han dado amor, también en algún momento quiso hacer con la tela un turbante para cubrirse la cabeza, la decisión de hacer el turbante es porque la impresionó mucho haber perdido su cabello, es algo que recuerda y que ha superado con el tiempo pero que le afectó bastante. Dice que ella nunca pudo usar pelucas, entonces se hacía turbantes con pañoletas, le gustaban mucho, sus hermanas le compraban para que tuviera diferentes. Dentro de toda la situación de su enfermedad hacerse sus turbantes era algo que disfrutaba.

Se muestra para Graciela, su red afectiva como un recurso de protección y cuidado, sobre todo ubicado en los vínculos de su familia de origen, madre y hermanos. Aparece muy poco en sus comentarios, referencias al apoyo de su esposo y su hijo, por el contrario más bien ella hace referencia a sentirse preocupada durante la enfermedad por la posibilidad de que su esposo le sea infiel como ha sucedido en otras ocasiones.

Xinia:

En cuanto las compañeras empezaron a compartir sobre sus secuelas corporales y los tratamientos que han debido seguir, Xinia comentó que está operada del lado derecho y también toma quimioterapia, dijo que le habían mandado el inhibidor pero que como a sus compañeras le caía muy mal.

Xinia decidió hablar de la sesión anterior para poner al día a doña Gabriela, que no pudo estar, le dijo que la parte que le gustó más fue la del ejercicio de completar frases porque no había tiempo para adornar nada ni para pensar una respuesta elaborada, eso le gustó mucho y además se dio cuenta de que tienen algo en común las cuatro y es que todas han tenido un cambio no sólo en lo físico, en lo corporal, sino también en lo psicológico, en lo anímico. Otra cosa en común que pudo identificar es el temor o el miedo que todas han sentido a diferentes cosas; la sesión anterior fue la que más le había gustado.

Relató que durante el ejercicio tenía muchas ganas de moverse, le dolían los brazos cerca de donde tiene la operación pero igual no podía parar de bailar.

Comentando con las compañeras dijo que a ella le duele por delante y por detrás, ya que por delante tiene la operación de la mama y por detrás la operación de la reconstrucción, entonces es como que tiene la mitad del cuerpo cosida. También compartió que a ella le regalaron una peluca, sobre todo porque su hijo mayor no quería verla sin cabello, sin embargo su esposo y su hijo menor la animaron a no utilizarla, dice que más bien a ella le gustaba estar sin pelo, ella se hacía gorritos sobre todo para protegerse del sol, pero ella no tenía problemas en andar sin nada.

En cuanto al ejercicio de la burbuja Xinia dijo que por suerte su burbuja era muy grande; sin embargo, hay cosas que no quiere meter en la burbuja, hay cosas que quiere mantenerlas lejos de su burbuja; relató que hace poco conversaba con una amiga que también tiene cáncer de mama y para ella fue muy difícil recordar su proceso, que hay cosas que no quisiera volver a recordar ni vivir, pero que son parte de su vida, ella sabe que es una parte de su vida que está ahí.

Comentó que se le removieron muchas cosas con el cáncer de su amiga, que la psicóloga le dijo que ese no es un dolor suyo, que no lo viva, pero ella recuerda su proceso y le duele, aunque son cosas que quisiera mantener alejados.

Mencionó que los recursos que ella identifica agradables o positivos son los de su niñez, su vivencia con sus padres, los juegos. Finalmente comenta que ella le decía a su amiga que el proceso es doloroso pero también es bonito porque le da fortaleza.

En cuanto al proceso de Xinia, se considera muy positivo que ella lograra en esta sesión hablar de los temores, y de las cosas que le producen dolor, se procuró vincular en su relato que muchos de los momentos de infancia que ella considera deseados, eran escenas de cuidado y protección, que por suerte ella había tenido en su niñez y que ahora era ella misma quien se podía hacer cargo de un cuidado amoroso de sí misma, como lo estaba haciendo en estos momentos.

Su frase final de esta sesión, haciendo referencia al proceso fue:

“ ...este proceso nos hace vivir la realidad, quiénes somos ahorita en este momento, nos damos cuenta de que estamos hoy y que somos lo que somos hoy, a veces

queremos vivir en nuestros recuerdos pero hay que vivir la realidad por más dolorosa que sea o que haya sido, tenemos que ser conscientes de que esto es lo que somos y que si no hubiera sido por todos los abrazos que hemos recibido, por todos los recursos que hemos tenido, no estaríamos hoy aquí...”

María:

En la revisión de las sensaciones que tuvieron entre sesiones María dijo que ha sentido mucho dolor en su columna, pero que va pasándola, que le duelen todos los huesos y tiene como una gripe muy fuerte, pero que también piensa que puede ser que las vacunas de la influenza y la vacuna contra la covid-19 juntas le han afectado un poco.

Sobre sus dolencias posterior al cáncer comentó que le duele más cuando el cuerpo se enfría, cuando está en reposo, a veces no puede dormir de tanto dolor o se duerme muy tarde en la madrugada, dijo que ella todavía está tomando la quimioterapia en pastilla, que a ella le mandaron ese inhibidor pero que le caía muy mal y por eso se la cambiaron por la quimioterapia. Comenta que esa parte del tratamiento es complicada porque esa pastilla le da muchos efectos secundarios, a veces calores, a veces fríos, es muy fuerte, ella debe tomarla por 5 años, al cabo de los cuales le hacen exámenes para ver si se la recetan por otros 5 años más o se la suspenden.

María comentó que después de escuchar a sus compañeras hablar de todo el proceso que ha implicado el cáncer y de los ejercicios que ha realizado para poder sentir su cuerpo, ella ha pensado, *Es como que se pierde una parte para mantener todas las demás, aunque yendo más allá eso no sólo se refiere a las partes corporales o físicas sino a los otros*

componentes de nuestro ser, sus otros poderes. Es un proceso en el que cada una se ha apropiado de su cuerpo, en un proceso de mucha fortaleza y transformación.

Esta frase de síntesis que trajo María resume en alguna medida el sentir de las cuatro mujeres, a la luz de sus palabras y las sensaciones que han experimentado, visualizando el cáncer como un proceso de transformación del que todas extrajeron aprendizajes propios.

En cuanto al ejercicio de la burbuja, que representó los recursos simbólicos con los que han contado, dijo que metió en una burbuja algunas cosas no tan agradables de su niñez porque esas cosas la han hecho fuerte. Dice que su papá siempre fue una persona positiva que la apoyó mucho que le dio fuerza y esa fuerza es la que le ha permitido darle fuerza a su mamá y a sus hijos; *“cuando a una le dicen cáncer lo primero que piensa es en muerte”*, pero consideran que todas las cosas duras de su niñez y de su juventud la han hecho fuerte, son cosas que la han preparado para vivir este proceso de cáncer.

Relató que la tela se convirtió para ella en un capullo, ahora que se habla mucho de la burbuja social, dice que hay momentos en los que ella quisiera quedarse encerrada en ese espacio seguro, en esa burbuja, sobre todo para liberarse de las cosas que piden los otros, *“porque una a veces es más lo que otros quieren ver, que lo que una quiere ser”*.

Recordó que incluso en la enfermedad ella sí utilizó una peluca y le divierte que alguna vez su mamá le regaló una peluca de pelo largo y que en algún momento se le resbalaba y su mamá le decía que se la sostuviera con prensas, pero como no tenía cabello no podía, entonces le dijo que sólo podía sostenerla si se pusiera un chinche y se ríe, también

utilizaba a veces turbantes pero dice que sentía que se le caían porque no tenía cabello para sostenerlos.

Para finalizar la sesión comentó:

“ ...yo me he descubierto a mí misma, yo me he encontrado a mí misma, entonces veámonos como una hoja blanca en la que el Señor sigue escribiendo nuestra vida y no nos veamos solo como el punto negro en esa hoja blanca...la vida no me debe nada, ahora me siento muy bien, he descubierto dentro de mí esos recursos que me permiten sentirme bien...”

Agregó que le gustó mucho el ejercicio con la tela, dijo que se sintió amada y abrazada. También apuntó que le refrescaba un poco la memoria sobre el proceso que ha sido la enfermedad, lo difícil que ha sido vivir con esta enfermedad, pero también lo valientes que han sido.

Observaciones del abordaje Grupal

Durante el transcurso de las sesiones, en las propuestas de movimiento y el apalabramiento de lo sentido, las mujeres fueron identificando diversos recursos simbólicos personales para habitar su cuerpo, algunos que las han acompañado durante su vida, otros toman un nuevo valor y significado, por un lado con la vivencia del cáncer y la mastectomía, y por otro lado, con la propuesta que este trabajo les proporciona.

Esta sesión se desarrolló mucho en el plano del compartir grupal si bien cada una relató desde sus vivencias, el sentir grupal era muy similar por lo que de forma natural empezaron a empatizar con los relatos de las otras compañeras.

Mencionaron incluso que con la propuesta de abordaje mediante la danza, sentían que las hacía contar con nuevos recursos para conectar con su cuerpo y hacer frente a los retos de la vida cotidiana, mencionan como elementos valiosos el poner en práctica espacios para estar a solas con ellas mismas, prestar atención a las sensaciones de su cuerpo, y a la respiración, lograr concentración y la relajación.

Además mencionaron que en los ejercicios han ido pensando en replantearse su valor propio como mujeres, ocupar un lugar de atención e importancia en sus vidas, dejar de ser la empleada, la que está al servicio de los otros, para ser, existir, tener la mirada del otro, ser vistas. La posibilidad que les brindó la propuesta de pensar en resignificar su lugar como mujeres.

Para finalizar la sesión se les pidió regalar una palabra al grupo Xinia regaló la palabra 'felicidad', María regaló la palabra 'paciencia', Graciela regala las palabras 'satisfacción y alegría', Tatiana regala la palabra "metamorfosis o transformación", y Hellen regala las palabras "amor propio y valentía".

4.2.4. Sesiones 5 y 6. Resignificaciones que se producen a través de la vivencia de intervención grupal por medio de la danza.

Sesión 5

En esta sesión se identificaron las resignificaciones que se produjeron a través de la propuesta grupal. Doña María y doña Graciela pusieron al día a doña Eidy sobre lo discutido en la sesión anterior dado que estuvo ausente por enfermedad.

Al igual que en las sesiones anteriores, se llevó a cabo una primera parte de calentamiento, generando preguntas para que las participantes identifiquen y verbalicen cómo se sienten y cómo llegan ese día a la sesión. Se propusieron movimientos que permitieron identificar y sentir el cuerpo, el espacio y la presencia de las demás participantes.

Desde este primer momento de calentamiento se generó una dinámica importante, las mujeres se apropiaron del espacio y empezaron a hablar, generando un diálogo e intercambio sobre todo lo sentido tanto del proceso de las sesiones como en referencia a lo vivido con el cáncer y la mastectomía.

Este momento de intercambio se identificó como un momento fundamental del proceso de resignificación, las mujeres participantes lograron conectar entre ellas y con las historias de cada una, se hizo evidente la identificación, significación y el reconocimiento entre ellas como pares, como mujeres con historias compartidas tanto por el cáncer y la mastectomía, como por el rol que han ocupado en sus respectivas familias. Lograron expresar sus sentires más profundos, los miedos, las dudas, los reclamos, la impotencia, fue un espacio de desahogo y catarsis mediante la palabra, con el respectivo sostén que las otras compañeras

iban generando. Se evidenció el ambiente de respeto, empatía y reconocimiento entre las participantes.

Con este intercambio espontáneo entre las participantes se constató parte del impacto que tuvo la propuesta.

Posteriormente se abrió un segundo momento en el que se propuso trabajar en las bitácoras individuales. Se dio la indicación de trabajar con la cartografía corporal para explorar mediante el uso de otros recursos, las significaciones de ellas y del proceso de la enfermedad antes, durante y después de la misma.

Se les indicó que hicieran tres dibujos del contorno de su cuerpo, se les presentó una silueta humana como ejemplo para que cada una hiciera la propia, se les indicó además que con colores y palabras identificaran emociones, sensaciones o percepciones en las diferentes partes del cuerpo antes, durante y después de su proceso. Se puso música suave para acompañar el ejercicio y cada una realizó la respectiva cartografía corporal plasmando las significaciones identificadas.

Antes de mostrar cada una su cartografía del cuerpo, se propuso un espacio de movimiento corporal con la canción denominada “Qué bonita es esta vida”. Se les recordó el trabajo con la respiración, con la consecuente propuesta de movimiento auténtico, de manera que las mujeres pudieran explorar su propio lenguaje de movimiento, permitiendo aflorar las representaciones que tenían de ellas y de su proceso en los tres tiempos mencionados.

Terminado el espacio de movimiento, cada participante mostró y comentó su dibujo. Se cerró la sesión con un espacio de palabra grupal. Las mujeres coincidieron con las emociones sentidas en cada una de las etapas. En el antes identificaron emociones relacionadas con fragilidad, estrés, tristeza; en el tiempo durante la enfermedad identificaron sobre todo miedo y preocupación y en el tiempo posterior mencionaron esperanza, amor y fortaleza.

Sesión 6

La sexta y última sesión tuvo como objetivo principal hacer la integración de todo lo trabajado durante el proceso y el cierre del mismo. Las propuestas de movimiento y los espacios de palabra tuvieron como énfasis hacer un recorrido por lo vivido durante las sesiones de trabajo.

Se les propuso pensar en el cierre, pensar cómo fue el proceso y también en las herramientas y recursos que tuvieron para desarrollarlo, se les invitó a visualizarlo como un viaje, ubicando los momentos más significativos durante el proceso, identificando sensaciones y emociones que se generaron en el cuerpo.

Con el apoyo de música suave, se hizo un ejercicio de respiración, visualizando cómo se han sentido e identificando cómo se sienten en ese momento. Se indicó que si alguien quiere moverse lo puede hacer, y se hizo énfasis en que si sentían tensión en alguna parte del cuerpo lo mejor era realizar movimientos suaves y circulares en esa zona.

El ejercicio consistió en repasar lo que han vivido a lo largo de todas las sesiones y para facilitararlo se les pide dar un vistazo a todas las cosas, objetos, herramientas que tenían

en la bolsita que se les brindó al inicio: la tela, el elástico, la pelota, los lápices, etcétera. Además la bitácora, la danza, las canciones, los bailes, haciendo un repaso general no sólo de lo vivido durante las sesiones, sino de todas esas otras cosas que llegaron durante el sueño, durante el día, en los diferentes quehaceres, en la relación con las otras personas. Se les solicitó que eligieran las cosas que querían compartir al final del ejercicio.

Cada una de las mujeres fue realizando diversos movimientos, dejándose guiar por la música y la conciencia de la respiración. Al finalizar se abrió un espacio de palabra para compartir lo emergido.

Para finalizar la sesión se hizo una propuesta de movimiento que se dividió en dos tiempos, con dos consignas diferentes: ¿Qué dejo aquí? y ¿Qué me llevo del grupo? Se les solicitó pensar en todo aquello que querían dejar atrás, y en todo aquello que sí quieren atesorar o mantener en su vida. Para cada uno de estos dos movimientos se puso música diversa, se utilizaron las canciones que cada señora había identificado como significativas en algún momento de sus vidas.

Se abrió un espacio de palabra para compartir lo experimentado y despedirse de las compañeras y cerrar el proceso. Las mujeres coincidieron en agradecer el espacio brindado, la posibilidad de hablar de temas difíciles y dolorosos para ellas, el compartir con otras mujeres con las que comparten historia, y sobre todo aprender nuevas estrategias para enfrentarse a los retos de la vida y el reconocimiento de los recursos propios.

Coincidieron en que antes no habían tenido la oportunidad de vivir un espacio terapéutico de este tipo, mencionaron que ha sido muy importante y de gran ayuda para

entender y procesar lo vivido con el cáncer y la mastectomía. Solicitaron mantener la comunicación y que se les tome en cuenta para nuevos procesos, haciendo énfasis en la importancia de contar con este tipo de procesos durante la enfermedad, incluso desde el momento del diagnóstico, recomendaron llevar estos procesos a las mujeres que apenas están recibiendo la noticia de tener cáncer de mama.

Como se mencionó en un momento anterior, solo una de las mujeres recibió una consulta psicológica durante todo el proceso, ahora después de la vivencia de este proceso, consideraron que recibir un acompañamiento psicológico, terapéutico, mediante la danza y las propuestas de movimiento ofrecida, darían un gran aporte a sus compañeras que apenas empiezan el camino que ellas ya han recorrido.

Resultados por participantes

Emilia:

En la quinta sesión Emilia tomó la palabra para comentar a sus compañeras que estuvo enferma, llegó con mucha necesidad de conversar y aprovechó la sesión para compartir ampliamente su vivencia por el cáncer, mencionó que cuando la diagnosticaron se sintió como si estuviera en arenas movedizas, sin saber qué iba a pasar, pensó que se iba a morir, pero inmediatamente pensó en su familia, sobre todo en su hija, en que no podía dejarla sola, se sintió confrontada con la muerte de su propia madre cuando ella tenía 12 años:

“...Como dice doña María, una agarra fuerzas y dice que eso no la va a doblegar, que no la va a vencer y su fuerza fue su hija, el pensar que no podía dejarla sola, eso

le dio fuerza para preguntarle al médico qué era lo que tenía que hacer para continuar viviendo...”

Su apertura para compartir abiertamente su experiencia, dió paso para que sus compañeras también profundizaran en sus vivencias, como se mencionó antes, generando un diálogo e intercambio fluido entre todas las participantes.

En este punto, al igual que en sus compañeras, se sumó el mandato de ser para otros, como una dimensión de empuje para aferrarse a la vida, sobre todo en lo que se refiere a ser el sostén para hijos e hijas:

“...el proceso yo traté de llevarlo lo más normal posible por mi hija, por mí pero principalmente por ella, por mi hija, porque yo siempre le he dicho que uno tiene que ser fuerte y ella tenía que verme fuerte y a veces uno se pone en segundo plano por los demás, en mi caso por mi hija, yo me maquillaba, yo me arreglaba yo quería verme bien por ella y el día que quería sentirme mal yo le decía a mi hermana que se la llevara a ella para su casa, para que no me viera, quería estar sola, sólo quería ser yo en ese momento, a pesar de que mucha gente la apoya a una y está con una la cruz la lleva una por dentro, una tiene que ser fuerte para los demás y todavía sentimos todas esas cosas y aunque todas digamos que somos fuertes, el proceso fue malo, la quimio no es buena, la radioterapia no es buena, todo eso daña el cuerpo, en parte es bueno pero también es malo, uno dice que uno es guerrera y luchadora, pero tenemos siempre ese dolor, estamos marcadas y allí vamos...”

Con respecto a las resignificaciones que se produjeron en este proceso, Emilia mencionó que este ha significado para ella sacar tiempo exclusivo para sí misma, para atenderse y para entrar en contacto con su cuerpo y con su sentir. Comentó:

“...pude sentir que este tiempo es para mí, para nosotras, me di cuenta de que en este rato hemos estado concentradas sólo en nosotras y ese tiempo el cuerpo lo pide a gritos, ese rato fue para nosotras, tal vez siempre sentimos dolor, siempre lo tenemos y no nos damos cuenta porque tenemos que cuidar a los otros y nunca nos damos tiempo para nosotras, este rato para nosotras es genial y se siente una como nueva...”

En el ejercicio de la cartografía corporal, Emilia comentó que antes pasaba muy ocupada resolviendo cosas de trabajo y de otras personas, dejando de lado partes importantes de su vida, *“...una no se da cuenta hasta que Dios le dice tranquila y manda alguna situación...”* destacó para este periodo las palabras: amor, familia, tristeza, estrés, infelicidad, abandono, energía; para el periodo durante la enfermedad, identifica tranquilidad, amor, tristeza, fuerza, de abandono de sí misma y dolor; en el de después hay dolor, aceptación, felicidad, paz, tranquilidad y energía, dice que *“...son pocas cosas pero reúne mucho de lo que soy ahora, ya no estoy tan estresada...”*. Ella hizo énfasis en que después del cáncer y la mastectomía su vida cambió, dejó de girar alrededor del trabajo y empezó a tener más espacios para sí misma y su familia.

El proceso de intervención grupal lo experimentó como una pausa en su vida, mencionó que, a pesar de que la experiencia del cáncer la cambió, últimamente estaba

asumiendo de nuevo un rol acelerado de trabajo, estando muy pendiente de las demandas externas, al igual como lo hacía antes del cáncer. Indicó que con este proceso, abrió espacio en su cotidianidad para retomar sus propias necesidades, haciendo pausas para identificar lo que está pasando por su cuerpo y la atención del mismo.

Emilia expresó que desde la sesión 5 ha estado bien, que ese día se desahogó y lloró bastante, *hizo berrinche*, pero ahora se siente muy bien, le gustaron mucho los ejercicios que se hicieron sacando algunas cosas de su vida que ya no quiere y que ahora ella trata de ser menos complicada que antes. Mencionó que ahora corre para cumplir con lo que tiene pendiente, pero que ya no se estresa, pensando siempre primero en lo que es mejor para sí misma “...uno pone lo de los demás por delante de lo de uno y eso no está bien, eso no es egoísta porque tenemos que darnos nuestro lugar...”

En los diferentes ejercicios mencionó que mantiene mucho dolor en las muñecas por el trabajo excesivo sentada frente a computadora, le duele mucho el brazo izquierdo y la espalda, situaciones que coinciden con el sentir de las otras mujeres participantes.

Ante la pregunta ¿Qué se deja del proceso?, Emilia dice que tenemos que dejarnos el agradecimiento hacia todas las personas que las han apoyado para lograr la vida que llevan ahora:

“...tenemos que dejarnos el hecho de que somos ejemplo para nuestros hijos, para nuestra familia, para las demás personas. Este taller me ha enseñado mucho y me he dado cuenta de que esta parte de la sanidad interior la había dejado de lado; por ejemplo, el solo hecho de ser consciente de mi respiración, el mirarme hacia adentro,

el sentir mi cuerpo, son cosas que dejamos de lado y que deberíamos mantener, tenemos que aprender a vivir una vida tranquila, la salud física y la salud mental son importantes así como el crecimiento espiritual...”

Ella mencionó que parte de lo que quiere dejar atrás es la rutina, abriendo espacios para relajarse, dijo que no quiere ver hacia atrás:

“...de aquí en adelante esto es lo que hay, esta soy yo y es lo que hay, yo no engaño a nadie, si quisiera una pareja tiene que quererme tal como soy. aquí estoy viva, estoy feliz, soy feliz con mi vida, ya acepté todo lo que me ha pasado, no deja de doler, muchas cosas siguen doliendo, sobre todo porque me siento joven, pero son cosas que pasan, he aprendido muchas cosas y vamos adelante en el camino, y estos espacios para mí han sido muy importantes, yo les agradezco mucho este espacio que nos han dado, les agradezco que me hayan tomado en cuenta y me encantó haber participado en este proceso y me dejó esta experiencia, este espacio con ustedes, lo dejo aquí en el corazón y aquí en mi mente...”

Con la intervención grupal se produjeron en Emilia diversas resignificaciones, sobre todo en lo concerniente al uso del tiempo y lo que prioriza en su día a día. La intervención grupal le hizo recordar todo lo vivido con el cáncer y la mastectomía, y cómo su vida cambió a partir de eso, el proceso se le presentó como una oportunidad para retomar el tiempo personal para atender sus propias necesidades.

Por otro lado, Emilia profundizó en sus miedos y los expresó en el grupo, mencionó sentirse vulnerable, al entrar en contacto con sus emociones, al hacer la pausa en las carreras

del día a día, pensó en lo vulnerable que es y recuerda que le han dicho que el cáncer puede regresar, al respecto mencionó:

“...la marca no es tan difícil, incluso he posado para que mi operación sirva de inspiración para otras mujeres, lo que es difícil es que me digan que dentro de 10 años el cáncer puede volver, puede hacerse de nuevo y eso no es justo, en 10 años voy a tener 45 años y qué, voy a tener cáncer otra vez, eso no es justo...”

Emilia dijo a sus compañeras que ella está muy contenta de haberlas conocido, que aprendió muchas cosas, dijo que espera que el grupo continúe de alguna forma y que ojalá pudieran reunirse en persona en algún momento, *“...me siento liberada...”* mencionó en algún momento.

Graciela:

Para la sesión 5 doña Graciela mencionó que quería conectarse a la sesión y conversar con las compañeras *“...es como tomarse una medicina, por eso es bueno...”*. Ella estuvo de acuerdo con sus compañeras en que siempre ha estado disponible para los demás pero no para sí misma, pero que estos ratos de la sesión los ve como buenos, que son para dárselos a una misma.

Indicó que ha aprendido mucho de lo trabajado durante las sesiones *“...aprendimos que tenemos derecho a sentir pero que también podemos sentirnos débiles en algunos momentos y a valorar lo que tenemos...”*. A pesar de que se mantuvo con más silencio que sus compañeras, se pudo evidenciar un cambio de lugar en cada una de las sesiones.

Conforme fueron pasando se le pudo ver más participativa con la palabra y más activa con las propuestas de movimiento.

Con el ejercicio de la cartografía corporal, ella mencionó que en el primer tiempo antes de la enfermedad, sentía inseguridad, miedo, temor, un poco cohibida; durante la enfermedad sentía mucha tristeza, miedo, temor, desilusión pero también amor, en el tiempo después se sentía un poco más segura, con amor propio, relajada, con esperanza, valor y aprendizaje; esto último lo relaciona con el proceso actual de abordaje terapéutico diciendo que lo disfrutó y aprendió bastante de todas las actividades, de ella misma y de sus compañeras.

Durante la sexta sesión doña Graciela dijo sentirse muy tranquila y relajada los últimos días, haciendo sus cosas en la casa, reflexionando mucho sobre el trabajo realizado, expresó que le ha gustado mucho la experiencia de este grupo.

Doña Graciela dijo que le gustaron todas las cosas que han podido ver durante las sesiones, cosas que le han ayudado a recordar sus vivencias felices y todo el proceso de su vida, mencionó que a pesar de mantener dolor en el cuello y en un brazo y de las dificultades con su conexión de internet, se sintió presente con las compañeras. Ante la pregunta ¿qué queremos dejar?, ella mencionó:

“...soy la menos expresiva del grupo, pero quería decir que no quiero dejarme los malos recuerdos, los complejos, el estrés, quiero olvidarlos y dejarlos atrás. Quiero mantener la tranquilidad que tengo ahora, las cosas buenas que hay, las personas que tengo cerca y que me apoyan y también la experiencia de estas sesiones, he

aprendido mucho de mis compañeras y de ustedes, quiero dejar atrás lo que no tiene remedio...”

Con estas expresiones de doña Graciela, se pudo identificar una posible resignificación de su vivencia personal, el grupo y las propuestas de movimiento le permitieron ver su vida desde un lugar distinto al acostumbrado, se permitió tener un lugar y una voz propia, reconociendo derechos y cuestionando lo que hasta ese momento daba por un hecho.

Lo anterior también se hizo evidente con las expresiones corporales que fue presentando doña Graciela en el transcurso de las sesiones, fue ganando confianza para moverse y realizar las actividades, mostrando interés, y sintiéndose más relajada y con mayor control del espacio que estaba utilizando desde su casa en el desarrollo del trabajo.

Xinia:

Para la sesión 5 Xinia comenta que pasó el día con las pilas muy bajas y que no quería conectarse, pero al final dijo que sí y decidió conectarse. Ella compartió con el grupo que su pensamiento es que está curada, si no lo hace de esa forma viviría enferma y torturada, sin disfrutar la vida, dijo que no valdría la pena todo lo han vivido hasta la fecha.

Al igual que en la sesión anterior, comentó que se sentía afectada por la noticia de su amiga y el diagnóstico de cáncer, le recordó su propio proceso porque su cáncer era del mismo tamaño, reconoció que todo era muy duro, sin embargo, mencionó que se puede pasar, reconoció en sí misma la fortaleza para salir adelante y los recursos con los que sí cuenta para enfrentarse a la enfermedad y a la vida.

En el ejercicio de la cartografía corporal Xinia identificó que antes de la enfermedad sintió cansancio, dolor, amor, fragilidad, ternura y miedo; durante el proceso de la misma su cuerpo se llenó de preocupación, miedo, dolor y ansiedad pero también amor; para el periodo después del cáncer identificó aceptación, amor, ansiedad, dolor, fortaleza y aprendizaje. Comentó que es una mezcla de emociones, a pesar del dolor y el miedo del cáncer, sintió muy cerca a su familia y a diferentes personas que estuvieron a su lado, apoyándola en todo momento.

Durante el paso por cada sesión fue evidente el cambio presentado por Xinia, se mostró cada vez más abierta, dispuesta y relajada para adentrarse en los ejercicios y dejarse llevar por las propuestas de movimiento.

Para la última sesión y con los movimientos, mencionó que le dolía mucho la muñeca en donde se quebró el brazo y del codo hacia el hombro por la vacuna. A pesar de esto, mencionó que desea aprovechar el espacio para compartir que está muy satisfecha con lo que ha vivido durante las sesiones, incluso desde la entrevista inicial, donde sacó muchas cosas que nunca había podido sacar, menciona que a veces es una dicha que las cosas pasen aunque no le gusta dibujar, pero sí le han gustado mucho las sesiones, los recuerdos, saber que todo tiene un antes y un después, el trabajo con las fotografías, el regreso a su niñez en la memoria, el ejercicio de las palabras, saber que hay muchos conceptos a la par de cada una de las etapas vividas. Mencionó que *...en su niñez todas las palabras giraban en torno a felicidad, en la adolescencia que ya uno tiene que cambiar de ideas, otro tipo de palabras y de afectos, y con la adultez ni hablar, se hace todo un rollo, va uno de aquí para allá, de la alegría a la tristeza...*

Hizo referencia a que el baile y el movimiento le encantaron, específicamente mencionó el último ejercicio de la sesión anterior sobre revisarse, ella reconoció que son cosas tristes, que fueron procesos dolorosos, pero que todo es parte de la vida, dijo que ahora se siente un poco triste porque ya termina este proceso con las sesiones, pero que a la vez descubrió que logró identificar cosas que no sabía de ella misma, que nunca había dicho, pero que en el encuentro con las otras compañeras logró reconocer en ellas y en sí misma.

A pesar de la fortaleza que ella ha demostrado en todo momento, logró abrirse un poco y compartió con las compañeras sentimientos profundos relacionados con el deseo de desechar el dolor, mencionó que además se siente acomplejada, siente que no se ve bien con la ropa que se pone, desea olvidar el día que le dijeron que tenía cáncer, quitar de su vida el sentimiento de miedo y tristeza. Mencionó el temor de quedarse sola, de que su esposo la abandone en algún momento por otra mujer a causa de su operación, quisiera desechar todos esos momentos y tirarlos en un río y que se vayan lejos, cuenta que llora con facilidad, dice que es un dolor que no puede quitar ni de su cuerpo ni de su mente.

Por otro lado, desea mantener a la mujer fuerte y valiente, quiere dejarse la buena experiencia de compartir su proceso con quien quiera tenerlo. Indicó que valora mucho el apoyo emocional que ha tenido de muchas personas y que atesora su niñez como el periodo de su vida que más quiere.

María:

María compartió con las otras participantes el sentir de esa sesión, mencionó que todo lo vivido duele mucho pero que no es posible vivir con miedo pensando en lo malo que pueda

venir, ella decidió aferrarse a su fe, manteniendo una actitud positiva y de empuje hacia la vida.

En el ejercicio de la cartografía corporal, ella identificó en la etapa antes de la enfermedad, emociones como miedo, soledad, preocupación y dolor; durante la enfermedad dice que sobresalen la nostalgia y el agradecimiento porque su cuerpo le dio vida a lo demás, reconoció también miedo y dolor, a la vez que fortaleza y preocupación por su familia. En tiempo actual mostró recuerdos, alegrías, agradecimiento, miedo, seguridad y fortaleza, se reconoció a sí misma como una campeona y una luchadora, dijo sentirse muy contenta de compartir ese espacio con el grupo *“...tenemos que vivir un día a la vez, todas las guerras dejan sus marcas, hasta el soldado más valiente siente temor ante la guerra...”*

Con su paso por este proceso grupal indicó que se ha dado cuenta de que esa parte de la sanidad interior la había dejado de lado; resignificó el cómo ha estado llevando su vida hasta este momento:

“...el solo hecho de ser consciente de mi respiración, el mirarme hacia adentro, el sentir mi cuerpo, son cosas que dejamos de lado y que deberíamos mantener, tenemos que aprender a vivir una vida tranquila, la salud física y la salud mental son importantes así como el crecimiento espiritual, también hay que dejarnos el tiempo para relajarnos...”

Estos elementos los retomó también en la sesión de cierre del proceso, comentó que estuvo recordando mucho los días previos al diagnóstico del cáncer, que ha sentido mucha

fuerza, incluso para poner límites sanos y decirle a las personas no cuando tiene que decir que no, o sí cuando tiene que decir que sí. Comentó que

“muchas veces uno nunca dice no para no herir los sentimientos de la gente, pero ¿y los sentimientos de uno dónde están?, ya estoy cansada de llevar la carga de todos, esta semana dije no y la persona se resintió mucho, pero bueno, estoy dándome mi lugar”

María también reconoció que ha descubierto algo muy importante para ella durante este proceso y es que pudo concentrarse, pensó que era algo que no podía hacer por ser tan hiperactiva.

Compartió con el grupo que le gustaron todas las sesiones, pero lo que más le ayudó fue sacar las tristezas y miedos que todavía tenía desde su niñez. Recordó que su mamá siempre fue muy regañona, por ella siempre tuvo miedo de hablar, de decir las cosas que sentía, su mamá siempre decía que tenía que guardarse todo para ellas mismas y ahora con esta experiencia, se permitió expresar sus sentimientos y emociones.

Recordó que cuando su esposo la abandonó su mamá en vez de apoyarla le reclamó, diciéndole que algo hizo ella para que él se fuera. Comentó que ha pasado situaciones difíciles, no sólo el abandono de su esposo sino también sus enfermedades, la operación de la columna y la mastectomía. Esos procedimientos fueron muy difíciles para ella porque siempre ha sido muy hiperactiva, siempre alerta y atenta a las demandas de los demás. Dice que quiere dejar atrás el sentimiento que tuvo cuando le dijeron que tenían que operar de la

columna y pensó que iba a quedar inválida, indicó que fue un trauma terrible solo podía pensar en sus hijos.

Justo por lo anterior es que ahora le gusta sentir que puede darse un tiempo para ella misma y que eso está bien, sin sentir culpa. Mencionó que le gustó mucho el ejercicio de la pelota, de pasarla por todo el cuerpo, lo ve como una forma de darse cariño, ese ejercicio le hizo darse cuenta lo necesario e importante que es cuidarse y darse cariño a una misma. Ella compartió con sus compañeras que quiere mantener su autoestima, invitó a las compañeras a no ser tan fuertes y críticas consigo mismas. Como parte de la resignificación que se dio durante el proceso, ella menciona:

“...yo me he descubierto a mí misma, yo me he encontrado a mí misma, veámonos como una hoja blanca en la que el Señor sigue escribiendo nuestra vida y no veamos solo el punto negro en esa hoja blanca...”

María continuó diciendo que la vida no le debe nada, que ella ahora se siente muy bien, que ha descubierto dentro de ella esos recursos que le permiten sentirse bien. Agrega que es importante que las mujeres no se vean como competencia sino como apoyo unas de otras. Agradeció a todas las compañeras por el espacio compartido y reconoció que de ellas aprendió mucho durante el proceso. En su bitácora individual, escribió al final de todo el proceso el siguiente texto:

“Conclusión. Danzaterapia fue para mí una oportunidad para conocerme a mí misma, Muchas veces llore de desconcierto, ahora he llorado de alegría, de aprender a valorarme, a conocerme y a dejarme llevar, a concentrarme y regalarme un ratito

a mí misma y aprender a decir No cuando es necesario. Estoy muy orgullosa de haberme permitido la oportunidad de compartir con ustedes. Muchas gracias, es muy necesario estas terapias, igual que la atención médica porque uno necesita la salud mental. Lloré a montones porque yo nunca lloraba para que todos estuvieran bien, nunca decía que no para no hacer sentir mal a nadie. Pero aprendí que cuando todos se vayan, solo yo me tengo a mí misma y yo tengo que darme a valer por lo que soy. Aprendí a soltarme de las ataduras. Dios quiera que ustedes puedan llegar a muchas mujeres que como yo no nos valoramos, ni nunca nos había puesto la atención que necesitamos...”

Observaciones del abordaje Grupal

Las últimas dos sesiones marcaron una diferencia significativa en el trabajo grupal, ya que se pudo evidenciar la empatía y cohesión grupal, la identificación como iguales entre las participantes. De manera libre, abierta y respetuosa se generó un intercambio verbal, sin que mediaran indicaciones de parte de las facilitadoras, las mujeres se refirieron a sus compañeras de manera directa, validando las emociones emergidas y lo valioso de lo compartido por cada una.

La propuesta de movimiento permitió que las mujeres entraran en contacto con su cuerpo y con su sentir desde un lugar de consciencia diferente al acostumbrado, hubo un descubrimiento de nuevas sensaciones corporales y de lo que podrían lograr al entrar en contacto con su cuerpo de una manera consciente.

Se dieron cuenta de la presencia de dolores y molestias físicas que ya habían asumido como “normales y cotidianos”, al punto de no prestar atención a estas sensaciones que estaban presentes en su día a día; por otro lado, llevaron a cabo un proceso de reflexión donde se reconocieron a sí mismas con capacidad de relajarse, de trabajar con su respiración, de concentrarse y focalizar su atención en su cuerpo y en ellas mismas, sobre todo descubrieron el placer de tocar su cuerpo, moverse a su propio ritmo, en su propia danza con un movimiento propio, descubrieron el placer de habitar-se a sí mismas y de reconocer todo su cuerpo, en palabras de ellas *“un cuerpo sano, fuerte, completo”*.

El arribo de estas nuevas sensaciones queda evidenciado en el trabajo de movimiento explícito que se observó en el transcurso de estas dos sesiones y con las expresiones, las palabras y las imágenes presentes en todo el proceso. Se puede decir que resignifican la imagen de un cuerpo unificado, expresado y manifestado por las mujeres en un “sí puedo” con el cáncer, la mastectomía, el control y las imposiciones de otros, sobre todo un sí puedo salir adelante de las circunstancias que plantea la vida, desde un lugar de mayor responsabilidad subjetiva.

Se dio una resignificación de los límites, apareció el no, apareció el deseo propio y un nuevo posicionamiento, ya no desde el sacrificio, sino desde el reconocimiento de las propias necesidades y su deseo, *“...hemos aprendido mucho de lo que hemos vivido, aprendimos que tenemos derecho a sentir pero que también podemos sentirnos débiles en algunos momentos y a valorar lo que tenemos...”*

Un elemento importante que intervino en ese proceso de resignificación es el espacio grupal y el encuentro con otras mujeres que han vivido historias similares, tanto con respecto al cáncer y a la mastectomía, como a sus historias de vida, una de las participantes dijo “...conectarse para esta sesión, para conversar, es como tomarse una medicina, por eso es bueno...”.

Como se mencionó antes, se generó un ambiente de respeto, cordialidad, admiración y pertenencia. La comunicación y el intercambio de ideas y comentarios, fluyó con naturaleza entre las cuatro participantes, hicieron referencia unas a las otras, se brindaron apoyo, poniendo en práctica la confianza, el respeto y la solidaridad “...solo nosotras que lo vivimos en carne propia sabemos lo que se siente, la gente que no lo ha vivido no lo puede comprender porque no ha pasado por eso...” Este nuevo posicionamiento expresado y compartido por las participantes, dio cuenta de una resignificación, la cual les implicó posicionarse en los últimos días, en un nuevo espacio con referencia a miembros de sus familias, tomando decisiones que apuntan a la construcción de relaciones que les permitan un espacio de mayor valor, respeto y autonomía.

Capítulo 5. Discusión

En el presente capítulo se plantea la discusión que surge del proceso de investigación y de la aplicación de la propuesta interventiva, identificando los principales resultados que emergen del desarrollo de las sesiones. Se hará un recorrido de estos resultados a partir de tres apartados que abordan correspondientemente las temáticas de 1. La construcción de la feminidad; 2. La vivencia de la enfermedad; y, 3. Las resignificaciones identificadas. En dichos apartados se incorporarán reflexiones en torno a las categorías de análisis previamente planteadas, de forma que la discusión se triangula con la información de los antecedentes y del marco conceptual, así como con fragmentos representativos de las entrevistas y las sesiones como fuentes primarias de información.

5.1. Reflexiones en torno a la construcción de la feminidad en las participantes

El repaso por los **antecedentes y la historia familiar** de las participantes, da como resultado la identificación de coincidencias entre ellas al respecto de aspectos como: vivencias de violencia en la infancia, la enseñanza de un rol tradicional de género expresado en el cuidado de terceros, la imposición de labores domésticas como funciones de vida, así como, la importancia y el protagonismo otorgado a la maternidad como un elemento vital de su identidad. Todos aspectos que más que ser llamados coincidencias lo que tiene en común es que son las posiciones ofrecidas a las mujeres dentro de un sistema de socialización patriarcal, como lo llamaba en forma crítica Dio Beichmar, el sistema narcisístico de la mujer, conformado de la maternidad, la belleza corporal y la sexualidad femenina.

Dichos aspectos propios de una socialización organizada sistemáticamente (familia, religión, escuela, comunidad, estado) desde el orden patriarcal, trazaron el camino para la **construcción de una feminidad** desde los mandatos tradicionales del género y de un “deber ser” de la mujer, la diada madre-esposa. Al respecto, se puede retomar lo que Pastor (1994) menciona en cuanto a cómo el discurso histórico sobre las significaciones del género ha implicado relaciones de subordinación para las mujeres, dicho discurso se ha colocado en las formulaciones ideológicas de diversos aparatos socializadores como las religiones, el pensamiento médico-científico y los aparatos jurídico-institucionales.

En cuanto las **figuras significativas y los modelos femeninos** que tuvieron lugar en las historias de vida de las participantes, destacó la coincidencia de vinculaciones complejas y conflictivas con la figura materna. Quién es identificada en muchas ocasiones como primer agente socializador del patriarcado. En una de las historias la presencia de la madre se interrumpió a muy temprana edad y, en las otras tres, la figura materna se vinculó desde un lugar de hostilidad desde sus primeros años de vida. Esta hostilidad se expresó en aspectos tales como: la poca valoración de su cuerpo, en el que constantemente recibían mensajes de familiares y cuidadores enfocados en su desvalorización, así como en remarcar su condición de inferioridad con respecto al género masculino.

Según se muestra en sus relatos, esto repercutió directamente en un empobrecimiento de su **imagen corporal**; al mismo tiempo que, en su educación, se promovió la noción de que su valoración como mujer se da en relación con el asumir roles tradicionales de género; en otras palabras, aprendieron la subordinación y la condición de inferioridad. Tal como lo plantea Irigaray, es lugar de identificación con el otro, al cual quedan subordinadas, termina

dejando el deseo en el terreno del otro y ellas quedan subordinadas a una condición donde pierden prácticamente su estatus de sujeto.

No obstante, un elemento a destacar del análisis, es que se logra identificar en las historias de vida, aunque en un lugar secundario y de menor presencia en su cotidianidad, a alguna persona cuidadora que ofreció una mirada de mayor valoración y menor hostilidad. Se observa esto en tres de los casos desde la mirada del padre o de quién fungía ese rol, en otros casos se presentó desde la mirada valorativa de alguna maestra o familiar como la abuela, la hermana, la tía. Estas miradas diferentes otorgaron en las historias de estas mujeres al menos otra posibilidad, tal vez difícil de alcanzar por las implicaciones del romper con el rol social asignado a su género, pero finalmente otra posibilidad que les ha permitido pensarse en un movimiento de lugar, desde una óptica distinta de la mirada materna.

La socialización estructurada desde una lógica patriarcal y binaria de los géneros y roles, desde la cual se vivió la infancia de las participantes y desde donde se marcan los límites de la **identidad femenina**; han hecho que, socialmente, se posicione a la mujer, y en específico a las participantes del grupo, en el ámbito doméstico y privado. Es decir, es a ellas a quienes les compete todo lo relacionado con el hogar, el cuidado y la crianza de los hijos; representa un “ser para los otros” y el vivir en función de las necesidades de otro, ya sea esposo, hijos, nietos, hermanos, familia o parientes.

Comenta Burin (1996), que a lo largo de la historia, ciertos roles de género se fueron configurando, específicamente femeninos: el rol maternal, el rol de esposa, el rol de ama de casa. Agrega, que a dichos roles les ha correspondido una serie de afectos a ejercer; mientras

que a los hombres, quienes se ubican en el espacio del trabajo extradoméstico, les corresponden afectos que se denominan “inmorales” como las rivalidades, el egoísmo y el individualismo, a las mujeres se les impuso una moral del mundo doméstico en donde;

... las emociones prevalecientes eran el amor, la generosidad, el altruismo, la entrega afectiva, lideradas y sostenidas por las mujeres. La eficacia en el cumplimiento de estos afectos les garantizaba un lugar y un papel en la cultura, con claras definiciones sobre cómo pensar, actuar y desarrollar sus afectos en el desempeño de sus roles familiares. (Burin, 1996, p.72)

Por tanto, el salirse de esa ecuación androcentrista y heteronormada, mediante el hacer ruptura con dichos roles y afectos tradicionales, es visto como ir en contra de la norma, una rebeldía; lo que desemboca y ha desembocado para las participantes en otra serie de penitencias sociales y conflictos familiares.

Así, la **experiencia identitaria femenina** de las participantes se logra ubicar desde esta posición del dar sentido a su vida en función de satisfacer necesidades de un tercero, asumiendo roles tradicionales asignados como su actividad principal. Al respecto, se identifica una doble función en esta posición; por un lado, es el mandato de un tercero a seguir y, por otro, es un deber asumido como único camino posible para la realización personal. En sus relatos se identifican frases como: “...queremos *agarrar todo nosotras y cargar con todo, cargar con todas las responsabilidades de los demás...*”

En este sentido, se logra evidenciar cómo el marco de sus contextos familiares y sociales el “hacerse un lugar” implicó convertir su presencia en acciones que aportaran a

otros. Esto se encuentra en relación con que todas las participantes crecieron en contextos de proximidad al campo, donde los hijos son vistos frecuentemente como fuerza de trabajo; siendo que a las mujeres, por su parte, les ha correspondido asumir roles de cuidado y de protección a terceros. Así encuentran el camino trazado y hacerlo de la mejor manera representa un lugar que ofrece la posibilidad de valoración y de dar sentido a la vida.

En línea con lo anterior, se identifica en los relatos de las cuatro mujeres antecedentes de violencia y condiciones de abandono a temprana edad. Algunas de ellas porque lo vivieron en su propio cuerpo y otras porque fueron testigo de violencia y agresión hacia otros miembros de su familia. Varias de ellas hacen referencia a cómo esas situaciones de violencia en la infancia, las llevaron a aceptar o a no poder negarse a estar en relaciones donde el menosprecio y la desvalorización eran reiterativas.

En cuanto a su **sexualidad durante la infancia y juventud**, se menciona que casi no había conocimiento o información, este que no era un tema conversado y mucho menos con sus padres o figuras de cuidado. Lo poco que llegaron a conocer anterior a sus experiencias sexuales, lo conocieron en la escuela y fue información que describieron como muy escasa y poco clara. Mencionaron que en la época existía un gran tabú para hablar sobre sexualidad; en este sentido, el desarrolló de sus primeras experiencias sexuales se vivenció de forma lamentable, llegando a tal punto de que, en algunos casos, se dieron embarazos no esperados y donde no había una comprensión de cómo se había dado el embarazo, así mismo, se dio del hecho de involucrarse en relaciones donde el sexo era un elemento de poder que se jugaba y manejaba en su contra.

Así también, en temas de sexualidad y de la apropiación de su cuerpo desde edades tempranas, las participantes recordaron momentos donde recibieron de sus entornos de crianza mensajes que las llevaron a sentir temor o vergüenza de su posición femenina; tal es el caso del inicio del ciclo menstrual y las transformaciones de su cuerpo, propias del momento de desarrollo y el inicio de su sexualidad. Hidalgo postula que la sexualidad femenina queda asociada con aquello desconocido y salvaje, que amenaza con desbordarse si no se le ponen diques culturales adecuados. Una situación que relata lo anterior, es el caso de una de las señoras fue obligada por su madre a notificar a su padre sobre la llegada de su menarca, para también indicarle, posteriormente, que no debía hablar nunca más sobre su menstruación, nadie debía saber si tenía o no el período.

Relatos que implican en su trasfondo el mensaje de que su cuerpo no les pertenece y que el mismo no es digno de valoración. La idea que se les brindó es que el cuerpo no pertenece a la mujer, sino que está a merced y disposición de otros, ya sea como objeto fuente del placer de terceros o como máquina de reproducción. Se puede evidenciar como todo el sistema de socialización patriarcal apunta a que entre menos posesión y conexión sienta la mujer con su cuerpo, más fácil es que se sigan reproduciendo los roles de dominación y control.

Apunta Meler (1993), siguiendo los aportes de Irigaray (1978), que en el orden simbólico vigente la mujer es representada como ausencia, así el lugar asignado a la feminidad es aquel de lo negativo, reverso, complemento, objeto. En dicha lógica, se ubica a la mujer como objeto del deseo, y se la impide de considerarse Sujeto deseante; es, por tanto, “expatriada de su deseo”. La única manera posible de ser parte de este orden simbólico,

resulta entonces en la identificación con un hombre, convertirse en madre para otro y gozar a través de esa identificación.

Lo anterior conduce a uno de los elementos que es mencionado con frecuencia en sus discursos y que refiere a la sobrevaloración del sacrificio como un elemento de admiración. El ser en función de otros implica un sacrificarse por otros, y el sacrificio puede llegar al punto en que el sujeto se deja de lado sin atender sus propias necesidades. Así, a nivel social, se considera este sacrificio como una cualidad que engrandece a la mujer.

Otro hallazgo importante consiste en que, en cuanto al tema **de la sexualidad actual**, se encontraron pocas menciones en sus relatos. Cuando se refirieron a su sexualidad, fue sobre todo a sus años de adolescencia, a la poca información que tenían y a algunas referencias sobre el inicio de su vida sexual. Al analizar la información, resultó interesante el por qué se hacía tan difícil encontrar referencias a su sexualidad; al respecto Tubert (2010), menciona que la sexualidad femenina también despierta angustia en tanto se la erige en significante de la diferencia sexual, de la alteridad, que amenaza el narcisismo masculino en el orden simbólico patriarcal; en consecuencia, los discursos imperantes representan a la mujer como madre.

Justo por lo mencionado anteriormente, es que se identifica a la inscripción simbólica de la **maternidad** como un rasgo esencial de la identificación femenina de las mujeres y de las participantes en específico. De este modo, la mujer en tanto madre –no sexual, como la virgen María contrapuesta a la pecadora Eva, permite dejar de lado la cuestión de la

sexualidad femenina y posibilita evitar tanto el peligro de la confusión de los sexos como la angustia ante una diferencia incoercible.

La idea anterior es reforzada por el análisis que realiza Martínez (1993), para quien el ideal social de mujer en la sociedad es el ideal maternal. Así, en tanto las mujeres reproduzcan su ejercicio maternal, se reproduce no sólo la sociedad como tal, sino también una situación en que las mujeres son limitadas a la esfera doméstica.

Menciona Martínez (1993) que “Las mujeres como esposas y madres contribuyen a la reproducción física y psicológica de los trabajadores masculinos y maternizan a hijas que, a su vez, cuando llegan a ser mujeres, ejercen la maternidad” (p.192). Y en esta misma línea agrega “... en la medida que se homologa sexualidad femenina con feminidad, se sitúa a la maternidad como el objetivo privilegiado en la vida de las mujeres, invisibilizando otros aspectos de su vida sexual y distintas posibilidades de sublimación” (Martínez, 1993, p. 204).

En la experiencia con las participantes, todas mencionaron que la maternidad implicó para ellas un momento fundamental en la construcción de su feminidad. Incluso en uno de los casos que la maternidad no se produjo por la vía biológica, su rol de maternaje estuvo desde la niñez enfocado en el cuidado de sus hermanos y posteriormente realiza la adopción de su sobrino construyendo con él su maternidad. En este sentido, y en relación al rol de cuidado como eje articulador de la identidad femenina, la maternidad viene a ser la oferta que se les da a las mujeres para que en el cuidado a sus hijos encuentren una vía de consagración de su sentido de vida y una canalización a su sexualidad que debe ser sublimada.

En síntesis, este apartado da una idea de cómo se fue construyendo la noción de feminidad para las participantes, donde queda claro que la idea del “ser para los otros” así como el asumir los roles tradicionales de género en torno a las labores domésticas, el cuidado, la maternidad y la sexualidad femenina, fueron ejes articuladores de dicha construcción y vivencia.

5.2. Reflexiones en torno al proceso de la vivencia del cáncer

Un aspecto en el que coinciden las cuatro participantes es que consideran que el cáncer y la mastectomía vienen a generar un “*antes y un después en sus vidas*”. Comparten miedos, dolores y preocupaciones, sobre los cambios de su cuerpo y la imagen que tienen del mismo; sobre la muerte y la posibilidad de dejar a sus seres queridos; comparten, además, el cansancio de tener que mantener una posición de fortaleza para hacer frente a todo lo que representa el cáncer de mama y la incertidumbre que genera en ellas y en su círculo cercano.

Los hallazgos en cuanto a la **vivencia durante y posterior a la enfermedad**, presentan una realidad y una perspectiva importante a destacar. Así, inicialmente, se puede mencionar aspectos sobre **la imagen de su cuerpo**; en las historias de estas cuatro mujeres la pobre concepción de la imagen corporal, así como las vivencias de dolor y maltrato, habían generado a lo largo de los años la activación de un mecanismo psíquico disociativo. En otras palabras, se presentaba un registro muy limitado de sus sensaciones corporales; siendo que la concepción del cuerpo para la mayoría de ellas se resumía en ser una especie de “estuche” que les permitía ponerse al servicio de los otros.

En este sentido, se identifica que la imagen corporal, como esa imagen inconsciente del cuerpo, la cual es parte de un proceso de construcción de un sujeto mediante su material inconsciente, sus vivencias significativas y lenguaje como marca significativa, se encontraba muy limitada para estas mujeres. Así, el cuerpo propio se podía resumir en el conjunto de tejidos y órganos, en el “estuche”, y no así en el cuerpo del lenguaje. Plantea Dio Bleichmar (1985) que en la construcción de la imagen, los componentes sociales y culturales tienen un lugar central, ya que resultan en referentes en la construcción de una posición subjetiva; por tanto, es posible entender en el caso de estudio que dichos componentes han sido determinantes en las limitaciones de construcción de una imagen corporal.

Así, el cáncer aparece para todas intempestivamente en sus vidas, como una señal de alerta que coloca un límite a ese goce alojado en el cuerpo. Incluso para varias de ellas, había ya una señal previa de algún síntoma que implicaba la necesidad de un chequeo al que ellas, e incluso los médicos, pasaron por alto.

En las historias se evidencia cómo el discurso médico había tomado el cuerpo de cada paciente como un objeto de la medicina, donde se presentaba la necesidad de extirpar, cortar y sacar “eso que no está bien”. Esto coloca a la paciente en un escenario donde nuevamente el cuerpo no es mirado como una construcción subjetiva, sino como un elemento a intervenir; aquí algo del despedazamiento del cuerpo se juega en un real al que es valioso tratar de darle palabra.

Las participantes indican que el personal médico estuvo atento a la situación particular de cada una, desde la perspectiva de combatir y eliminar el cáncer a todo costa; no

obstante, lo concerniente a su impacto emocional, social y económico no fue visibilizado por el sistema de salud. Ejemplo de esto, es el relato de una participante quién mencionó que desde los servicios hospitalarios le habían programado una cita en psicología, pero que justo antes de la cita su seguro venció, por lo que no la atendieron y, luego, no le programaron más sesiones.

En relación a lo anterior, vale recalcar que la vivencia del cáncer, como un proceso desgastante, incierto e invasivo, tuvo impactos importantes en lo que respecta a la imagen corporal. En efecto, el proceso de la mastectomía generó en las mujeres una serie de cambios, tanto físicos como emocionales, que se van manifestando en distintas áreas de su vida, en las relaciones con los otros, en la vivencia subjetiva y la percepción de su cuerpo. De este modo, después de atravesar el procedimiento, mencionan que hay un periodo en el que, por un lado, estaban pendientes de la recuperación física y, por el otro, tenían incertidumbre ante lo que implicaba no tener un pecho. Manifestaron, además, el temor de verse al espejo, el miedo a estar desnudas frente a otras personas, sobre todo frente a sus parejas, el tener que adaptar la ropa y el no poder ponerse las prendas que tanto les gustaba.

Además, una importante secuela es que no pueden moverse igual que antes, sienten dolor con algunos movimientos, sobre todo del lado en el que se lleva a cabo la cirugía y tienen dificultades para encontrar la mejor posición al momento de dormir, afectando la movilidad general del cuerpo. Incluso la misma limitación de movilidad, es uno de los elementos que impacta el aumento de peso; tres de las señoras coinciden en que esto es algo que les ha afectado, tanto por las limitaciones para hacer ejercicios como por la ingesta de medicamentos.

Otra mención significativa para todas las participantes es en referencia a la pérdida de su cabello, el cual acostumbraban a llevar largo, a la altura de la cintura. El hecho de que se les empezara a caer con la quimioterapia después de la mastectomía, tuvo un fuerte impacto en ellas; esto a pesar de que el efecto se había informado con anterioridad. De este modo, el encontrar cabellos en cantidades abundantes por toda la casa, en el baño y en la cama les generó una fuerte impresión. De la misma forma, la caída de las cejas, el debilitamiento de las uñas, la sequedad, la descamación y las quemaduras en la piel, les generaba conflictos emocionales en relación a todo lo que estaba pasando en su cuerpo.

A pesar de lo que puede conllevar este fuerte proceso de cambios físicos y emocionales, aparece nuevamente durante el cáncer, el mandato femenino del “ser para los otros”. En esta ocasión mencionan las mujeres que a lo largo de su enfermedad debieron mantenerse “arregladas” en función de calmar a los otros; usar maquillaje y peluca o bien mostrarse alegres y positiva para que sus amigos, su pareja o su familia, no se preocuparan o sufrieran por verlas tristes o adoloridas. Uno de los ejemplos más representativos de este hecho, es el relato de una de las mujeres que contaba cómo uno de sus hijos le pidió explícitamente que utilizara peluca, ya que verla sin cabello le impactaba demasiado.

De este modo, narran las mujeres la necesidad sentida en diferentes momentos, tanto durante del proceso de la enfermedad como después, de procurarse espacios para estar a solas con ellas mismas, con su dolor, con los cambios físicos “en crudo” que les generó el cáncer y la mastectomía. Para ellas resultó fundamental entonces, contar con un espacio propio, a solas, donde pudieran no maquillarse, no usar pelucas, ni siquiera bañarse, solo permitirse estar presentes en sus cuerpos con todo lo que estaba sucediendo, sin tener que maquillar sus

dolores para hacer sentir mejor a sus seres queridos; un espacio donde pudieran encontrarse con esa nueva imagen corporal, con la caída del cabello, la pérdida de las cejas y las uñas, el cambio en la pigmentación de la piel, la cicatrices de las cirugías; todos cambios visibles en su cuerpo que ahora eran parte de su realidad y que, de diferentes formas, necesitaban aceptar y dimensionar sin tener que cuidar a la mirada de un otro que estuviera presente.

Otra de las temáticas mencionadas con frecuencia, fue la referente a todo el proceso de cirugías, tanto de remoción de la mama como la de reconstrucción; estas generaron cicatrices corporales significativas. Por su parte, en cuanto a la cirugía de reconstrucción, esta se presenta en su momento como una oportunidad para retornar de alguna forma a “cierta normalidad” en su cuerpo. Lamentablemente, en la realidad es muy poco probable que funcione de esa manera, en muchos casos termina siendo una cirugía que, además de no ser exitosa, genera una nueva cicatriz física, la caída de una ilusión que fue para la mayoría muy importante. Sobre este aspecto, las señoras relatan que lo visualizaban como la posibilidad de “volver a estar completas”. La reconstrucción sólo fue efectiva en una de las mujeres participantes; ella comenta, además, que en una oportunidad participó como modelo para que un fotógrafo retratara su cicatriz, eso la ayudó en su proceso de apropiación de su nuevo cuerpo.

Las cicatrices generadas por la mastectomía o por la reconstrucción fallida, son el recordatorio constante del cáncer y de la posibilidad de que pueda aparecer en cualquier momento. Se expresa en los relatos la marca, la cicatriz física de los procedimientos, pero también la marca que deja la ausencia del pecho impactando de manera directa la imagen inconsciente del cuerpo. Así, el cuerpo de las participantes se convierte en ese territorio

marcado por las vivencias de la enfermedad, un cuerpo con marca, un cuerpo no completo, un cuerpo que muestra un registro de dolor, un cuerpo en donde la feminidad ha sido impactada; pero a la vez, un cuerpo que da la posibilidad de resignificar. Así, una de las participantes comentó: *“Entregué una parte para poder salvar al resto”*.

Lo anterior tiene relación directa con otro de los elementos centrales de la construcción identitaria de la feminidad: la belleza. En este sentido, la belleza, también como mandato femenino, constituye un elemento básico en la representación del ser mujer; se establece como un indispensable para el establecimiento de una relación de deseo con el otro. De no cumplirse ese ideal, se condena a la mujer a ser figura de decepción de las expectativas que los padres y la sociedad tienen sobre ella.

En el caso de las mujeres participantes de este estudio, todas las transformaciones corporales vivenciadas, confrontan este ideal de belleza hegemónica que considera exclusivamente bello la delgadez, los pechos, el cabello, la simetría; toda condición que transgreda estas nociones de lo bello se juzga, se tacha, se desprecia. Es posible establecer entonces que una de las implicaciones que deviene con la enfermedad tiene que ver con las significaciones en torno a la belleza, ante sus propios ojos y ante la mirada de los otros. El cambio en la apariencia generó en las mujeres un impacto en su posición narcisística, dejando la marca de una pérdida, con el consecuente proceso de duelo y de resignificación.

Menciona Tubert (2010) que el cuerpo más allá de lo expresado biológicamente, se crea a partir de elementos psíquicos que se transforman e impactan mediante los procesos culturales y de socialización. Así, en la actualidad los sujetos se ven forzados a intentar

encajar en estándares e ideales, entre estos el constructo de la belleza, en donde el sujeto se inserta en un juego donde predomina su propio y progresivo desconocimiento. Según la autora, “El cuerpo representa, así, un doble problema: para el sujeto, que vive encarnado en una materia que, sin embargo, parece ajena a su Yo; para la cultura, que sólo persiste a través de una sucesión de generaciones de individuos cuyos cuerpos nunca pueden ser completamente controlados”. (Tubert, 2010, p. 37)

Ahora bien, en otra línea de análisis, se puede identificar como la estructuración patriarcal de la sociedad, también tiene sus efectos e impregnaciones en la vivencia y comprensión del cáncer mama; un cáncer que, como ya fue mencionado, lo presentan mayoritariamente las mujeres. Por parte de las mujeres participantes, se identifica la consideración de que el cáncer de mama es percibido por la mirada social como una enfermedad de menor trascendencia. Refieren haber escuchado comentarios como: “*ah que le quiten el pecho y ya, eso no importa...*”; cuando ellas como pacientes mencionan que este es un hecho que vino a modificar toda su vida. Por una parte, por las implicaciones en términos de dolor tanto físico como psíquico y, por otra, debido a la afección que tiene la representación del pecho en el imaginario colectivo del ser mujer, así sus percepciones referentes a su lugar como mujeres entran en un complejo juego de conflicto y confusión.

La percepción que transmiten las participantes, es que el cuerpo femenino es visto y percibido como un elemento que se puede modificar o cortar sin menores implicaciones subjetivas. Especialmente, transmiten que esta es una percepción sentida desde una mirada social aún muy permeada por una supremacía patriarcal.

Por otra parte, aún vinculado a las impregnaciones del sistema patriarcal en la vivencia del cáncer de mama, se registró la condición de exaltación del sufrimiento durante la enfermedad, siempre y cuando este no incomode a los otros. En este sentido, se identifica al sufrimiento como un don que les es otorgado por un ser superior; esto se referenció frecuentemente durante las sesiones en frases como *“si Dios nos mandó esto, es porque él sabe que lo podemos superar”*. Se visualiza, entonces el sufrimiento como una oportunidad para “ser guerreras”, consigna que implica una posibilidad para buscar otra posición de prestigio o de mayor admiración por medio del sufrimiento y del dolor vivido.

Se expresa también una disposición al sacrificio como acción para la demostración de bondad. En el transcurso de las sesiones, esta disposición al sacrificio se mencionó como una posición complicada, pues no deja espacio para el enojo y el dolerse. Ellas mencionan *“haberse sentido enojadas con Dios”*, pero al mismo tiempo, sentir culpa y temor ante ese pensamiento, al punto de no mencionarlo a nadie y evitar el pensarlo.

En esta línea, la creencia religiosa ocupa un lugar importante en el tránsito por la enfermedad; la cual se manifiesta en un doble rol, por un lado, de mandato como institución socializadora en roles tradicionales de género y, por otro lado, como sostén significativo de aliento y esperanza para continuar con la vida. Esto representa un lugar paradójico, pues desde este punto de vista religioso, el sacrificio, el dolor y el sufrimiento son considerados “valores” o bien “oportunidades” para alcanzar una gracia divina; de ahí que aparezca una tendencia a la romantización del sufrimiento que limita la posibilidad de expresión de las emociones contrarias a la resignificación y aceptación, en otras palabras, un sufrimiento que no incomode.

5.3. Reflexiones en torno a los procesos de resignificación

Las resignificaciones identificadas a lo largo de la realización de esta investigación aplicada, tanto del momento de entrevistas como de las sesiones, se concentran en tres ejes temáticos a destacar: 1. La comprensión del cuerpo y de la imagen corporal; 2. La identidad femenina y el posicionamiento ante los vínculos cercanos; y 3. La comprensión de sí mismas como sobrevivientes de cáncer a partir del término “guerreras”. Cada una de estas temáticas se desarrolla y profundiza a continuación.

En primer lugar, en cuanto a la **resignificación del cuerpo y de la imagen corporal**, se identifican dos procesos importantes; uno de ellos es la enfermedad en sí misma y el otro durante el desarrollo de la propuesta de intervención mediante la danza. Previamente se planteó que la relación que las mujeres sostenían con su cuerpo desde antes de la enfermedad, consistía en un “ser para la otros” y, por tanto, en una desconexión o adormecimiento con sus sensaciones corporales. Tal y como fue planteado, esta relación se sostiene desde un sistema de crianza patriarcal, donde a mayor insensibilidad o desconexión con el propio cuerpo, mayores son las posibilidades de vivir la vida en función de satisfacer a un otro.

En este escenario la enfermedad viene a presentarse como un recuerdo del cuerpo, un reclamo de abandono que cobra necesidad de ser atendido y escuchado, un síntoma que sirve como metáfora del abandono que ellas mismas han sufrido en su construcción subjetiva y desde su lugar de subordinación.

Así, durante el curso de la propuesta, se testificó un proceso de resignificación corporal; el cual implicó el pasaje de la vivencia del órgano a la vivencia del cuerpo del

lenguaje, un lugar diferente, una resignificación de su cuerpo como registro de su historia. Se modificó, entonces, la percepción de un cuerpo disociado, invisibilizado y anulado desde sus historias personales de violencia y abandono, hacia un cuerpo propio que se siente, se atiende y se escucha.

Estos cuerpos con el cáncer pasaron a ser un objeto de estudio y manipulación para la medicina, se tornaron en objetos parte de un sistema hospitalario que “se hace cargo” de eliminar la enfermedad, así tenga que cortar una parte de ese cuerpo. En este sentido, la resignificación giró en torno al tránsito hacia ese cuerpo del lenguaje, el cual es cuerpo construido por la paciente, un pilar de esa terceridad que se moviliza entre el órgano viviente y el deseo que la habita. Desde la propuesta del uso de la danza, se apostó por la revitalización de esa tríada, la cual resulta fundamental para permitirle a la paciente una nueva reapropiación significativa de ese su cuerpo, donde la opción por la creación con su cuerpo y el despertar del placer que lo habita, resultaron en recursos importantes para facilitar una posible resignificación.

Como bien lo expresan las participantes, el sobrevivir al cáncer de mama consistió en “*ceder una parte de sí para permanecer vivas*”, en “*aferrarse a la vida*”, en un “*quíteme lo que me tenga que quitar, solo quiero estar viva*”. Sin embargo, ellas mismas mencionan que no es hasta que se posibilita un espacio que permita la resignificación, como el que les ha brindado la danza, que logran reencontrarse con la vivencia de la enfermedad y con ello volver a incorporar el significado que este proceso ha tenido para ellas. Según sus relatos, en las sesiones volvieron a sentir la apropiación de su cuerpo y la sensación de unificación.

De ahí la necesidad, entonces, de producir espacios o propuestas en las cuales el movimiento como expresión, conecte a modo de puente el sentir de la corporeidad y que, en ese sentido, posibilite la expresión del malestar y la rehabilitación de sensaciones corporales placenteras con el cuerpo. Las mujeres mencionan frases como *“me sentía como en el espacio, liviana”*, *“yo casi que me quedé dormida muy relajada”* *“sentí que me quitaron como un saco de cemento de la espalda”*.

Durante la propuesta realizada, se buscó generar espacios para el surgimiento de una danza propia, en la cual se apunta a incentivar, el pasaje de un estado de objeto de la medicina a un despertar de la subjetividad, es decir, la posibilidad de reconocerse y reconectarse con su cuerpo desde otro lugar. Por lo tanto, el cuerpo que ha sido visto como objeto por el proceso de enfermedad-tratamiento, pasa a ser un cuerpo hablante que demanda ser escuchado.

Retomando los aportes de Agüero (2018), se propone que el movimiento es un lenguaje que interroga al cuerpo, le hace preguntas, lo convoca; le pide que hable, le exige que cuente, que expulse sus afectos y sus historias; le clama por el deseo que lo habita para que en un rasgo propio se manifieste. De tal forma, en esta propuesta, la danza se plantea como recurso privilegiado para dejar escuchar al cuerpo, para hablar de eso que no se ha dicho, de ese dolor que se ha vivido por años sin ser expresado, del dolor del cáncer y, además, de lo que implica el resignificar ese cuerpo como un cuerpo del lenguaje.

Mediante las propuestas de movimiento centradas en la conciencia de su cuerpo, así como la creación de espacios de escucha de sus necesidades, las participantes expresaron que

lograron sentir y sentirse nuevamente, rehabilitar sensaciones placenteras por medio de su cuerpo en movimiento, con esta focalización en las sensaciones de su cuerpo, se habilita y ajusta nuevamente su propiocepción, de ahí surge la posibilidad de ubicarse, tanto en las sesiones como en sus vidas cotidianas, desde otro lugar; un lugar de valía, empoderamiento y conciencia de sí mismas. De igual forma, mencionan las participantes, que gracias a lo vivenciado en la experiencia a través de la danza, han visto la necesidad de pensar en vivir una vida donde el disfrute y la aceptación de sí mismas se torne en un eje fundamental; hablan de un cambio en su actitud, un sentir de ir hacia adelante en la vida, identificando los momentos difíciles como retos a superar y no como determinantes de su felicidad y realización.

Un segundo aspecto de resignificación, íntimamente relacionado al anterior, consiste en la comprensión de **sí mismas como mujeres** y, en relación a esto, **en la transformación de sus vínculos afectivos**. Para profundizar en esto, es preciso destacar que durante la vivencia del cáncer cobran vital importancia las relaciones con hijos e hijas, pareja, mamá, hermanos, hermanas, suegra y cuñadas, así como también con amigos y compañeros de trabajo.

Por tanto, se evidencia cómo el cáncer las hizo visibles para su círculo inmediato. Tanto a nivel familiar como en otros espacios laborales y comunitarios, se vuelca la atención en ellas; no obstante, con la exigencia de por medio, sobre todo de los hijos, de ser positivas y curarse. Dentro de estas nuevas circunstancias, se presentó un intercambio de los roles que tradicionalmente habían asumido: dejan por un momento de ser las que cuidan, para pasar a

ser las cuidadas. Así, los otros se hacen presentes con atenciones, cuidados, comidas, antojos y chineos, posicionándose en un lugar especial de afecto.

Comentan en sus relatos, que este protagonismo otorgado durante la enfermedad, podría vincularse a la acción de sus seres cercanos de mitigar su propio dolor ante la incertidumbre que representaba la vivencia del cáncer, y no ser pensando precisamente como bienestar para ellas. De tal modo que, el atenderlas, cuidarlas y “chinearlas”, podía ser para los círculos cercanos el sentir que estaban haciendo algo con eso que les asustaba. Con ello, el ser atendidas se torna también en una responsabilidad, en una forma indirecta de seguir cuidando, de estar a disposición del otro; en sus palabras un *“tengo que ser fuerte por ellos”*.

No obstante, una vez superada la enfermedad, la nueva realidad de las demandas de cuidado post-cáncer ha implicado cambios diversos. Se evidencia la adopción de nuevos cuidados y el cambio en rutinas y actividades que antes llevaban a cabo; por ejemplo, en cuanto a la atención de otros y las tareas domésticas, las mujeres indican que ya no pueden llevar el ritmo que tenían antes y que en algunas oportunidades han sentido presión por parte de familiares para regresar a ciertas actividades domésticas. Específicamente, una de las participantes menciona que sus hermanos han insistido en que ella regrese a asumir el cuidado de su madre, tal y como lo hacía antes del cáncer; ella menciona que es algo que ya no puede hacer, se siente muy cansada, no tiene la misma movilidad y necesita tiempo para asistir a sus controles médicos.

Dichas circunstancias mencionadas, inevitablemente, generan preguntas y cuestionamientos en cuanto a su rol como mujer y a su relación con círculos afectivos

cercanos. Acá, se abre una posibilidad de resignificación de ese lugar que como mujeres habían asumido, de tal forma que se genera la posibilidad de resignificar su lugar frente a los otros. Esta transformación en sus relaciones, evidencia un corte con el tipo de vinculación del “ser para los otros” y la búsqueda de un lugar de mayor valoración para poder ser; en lo práctico, esto se puede percibir en pequeños y significativos actos, como el permitirse priorizar sus necesidades.

Las participantes hacen referencia a que, con el proceso de abordaje mediante la danza, se han cuestionado el lugar que han ocupado en sus diferentes vínculos afectivos. Hay una pregunta abierta de por qué aguantar exigencias, malos tratos y controles sobre el manejo de su tiempo, su cuerpo, su apariencia física, la ropa que usan o las decisiones que toman. Hay un reposicionamiento de ellas mismas en un lugar de protagonismo en sus vidas, dando lugar a la necesidad de cuidarse, atenderse y prestar atención a sus emociones, pensamientos y decisiones.

No obstante, vale hacer la aclaración de que este cambio de posición puede tener en sus vidas grandes implicaciones. La lucha de las mujeres por su autonomía y emancipación nunca ha sido sencilla ni poco dolorosa y el caso de estas mujeres no es la excepción. Dejar el lugar de sacrificio, el cual ha sido el camino por el que se les ha indicado que pueden conseguir admiración y valoración, les ha significado el temor a la pérdida de sus afectos y a la señalización. A lo largo de su vida aprendieron que todo aquello que vaya en contra de este rol, es asumido como rebeldía, malacrianza e implica la posibilidad de ser juzgadas como “malas mujeres”. Así, el hecho de atender las propias necesidades, darse espacios de autocuidado, opinar, ser independientes o tomar decisiones suele ser mal visto, juzgado y

castigado. Varias de ellas relataron que estos cambios en su posición femenina han implicado molestia o distanciamiento de algunos familiares.

La resignificación se evidencia cuando dentro de las sesiones logran cuestionar su rol y el juzgamiento que han implicado sus transformaciones. Así, se registraron comentarios en donde ubican que dar espacio a sus necesidades y priorizar su deseo, no tiene por qué ser leído como una acción de egoísmo, sino más bien como el ejercicio de un cuidado propio necesario de todas las personas.

Así también, los mismos cuestionamientos, abren una posibilidad antes no registrada, la cual consiste en la necesidad de las mujeres de abrir y generar sus propios espacios de diálogo e intercambio con otras mujeres que hayan atravesado experiencias similares. El encuentro con pares se hace bajo la premisa de que solo aquellas que han pasado por lo mismo, van a comprender lo que ellas están pasando. De esta forma, es que se incorporan a actividades como este proceso y agrupaciones como el grupo Luz de Vida.

En este hecho mencionado, se puede observar cómo se transforma la noción de ser para los otros, donde las relaciones familiares ya no son el todo y se abre la posibilidad de desear y construir espacios que les sean propios. Vale entonces recordar en este punto lo que menciona Álvarez (2014) en los antecedentes de esta investigación, donde expone que la seguridad que ofrece un grupo de mujeres que pasa por lo mismo permite la posibilidad de una apertura, entrar en contacto con su Self y expresar sentimientos.

Tales elementos fueron posibles de registrar con las participantes de esta investigación, ya que lograron la identificación con mujeres con historias similares,

generaron empatía, así como sentido de grupo y pertenencia; lograron la resignificación de las diversas posiciones que como mujeres han asumido durante su vida y hoy, con la identificación de recursos personales en sí mismas y en sus pares, asumen la consigna de continuar con sus vidas desde un lugar de mayor valía y equilibrio, apropiándose de su cuerpo y de su historia desde un lugar donde el placer es posible.

En cuanto a la resignificación del discurso de “guerreras” a partir de la vivencia de la enfermedad, vale iniciar comentando el doble significado que dicho discurso adquiere; por un lado, se convierte en un traje que les da la apariencia de fortaleza y a la misma vez, por el otro lado, les imposibilita mostrar la multiplicidad de emociones que las habitan, especialmente las que encarnan el temor, el duelo, la frustración y el enojo. Al respecto, perciben que bajo esta metáfora se les pide anular su sentir y deseo interno; menciona una de ellas:

“uno dice que uno es guerrera y luchadora, pero tenemos siempre ese dolor, estamos marcadas y allí vamos, aquí vamos en el camino y decimos que Dios, que los amigos, que la vida, pero uno tiene siempre eso adentro, yo me curo con todas esas cosas bonitas que tenemos en la vida, pero siempre está eso que nos oprime el corazón de vez en cuando y duele mucho” (Emilia)

Así, uno de los cuestionamientos importantes que las participantes se plantearon, está relacionado con la pregunta de “¿por qué me pasa esto a mí?” y , al no tener respuesta, fue común que se vieran refugiadas tanto ellas como las personas de su círculo cercano, en un poder o creencia superior. De tal forma, se identificaron expresiones como: “Dios sabe lo

que hace”, *“Todo pasa por algo*”, *“Dios te lo manda porque sabe que vos podés superarlo*”, *“Es para que aprendas*”. No obstante, durante el proceso de entrevistas y de la realización de las sesiones, se pudo registrar cómo las mujeres expresaron este sentir cuestionando él por qué tenían que ser “guerreras”, por qué ellas. Se abrió una posibilidad para expresar su disconformidad con ese discurso impuesto, manifestando el dolor, el desamparo y el miedo que también les genera todo lo que han atravesado.

Otra de las expresiones que cuestionaron fue el mandato familiar de que *“Mi familia me dice que yo soy su guerrera, que eso me tocaba a mí porque soy la más fuerte, los otros no hubieran podido*”. Vemos entonces, cómo se abre la posibilidad de cuestionar un discurso impuesto por la familia, que refuerza la posición del sacrificio que se le ha atribuido desde la niñez.

Por tanto, la resignificación del discurso de “guerreras” recobra un nuevo valor, da una sensación de pertenencia, de logro, de fuerza, de tener lo necesario para salir adelante con los retos de la vida, pero no una obligación de mostrarse invencibles siempre. Se genera con esto un espacio para hacer una revaloración de sus creencias y una ruptura con discursos y roles asumidos a lo largo de su vida.

Mediante las reflexiones compartidas por las mujeres, es posible identificar que, en el paso por las sesiones, se logra la generación de nuevos constructos sobre su cuerpo, uno que les reclama el abandono y exige la atención y los cuidados propios; así también, se da un nuevo posicionamiento como mujeres, sobre todo desde lugares que no impliquen la subordinación; y, finalmente, se evidencia en su nuevo discurso el permiso y la confianza

del espacio para la expresión del sufrimiento, mismo que ellas mencionan había sido silenciado para proteger a los demás.

5.4. Reflexiones en torno a la experiencia como terapeutas

Como facilitadoras de esta propuesta y desde nuestras formaciones profesionales sabemos que todos los fenómenos o los procesos en los que se trabaja, tienen impacto en todas las partes involucradas, y este proceso no es la excepción.

Por una parte, trabajar con el dolor humano siempre va a generar movilización emocional y por otra parte nosotras como pares de género nos vimos interpeladas, más aún al coincidir con las vivencias de estas mujeres de diferentes formas, con una cultura machista y con procesos de socialización desde el sistema patriarcal imperante, por los que también nosotras hemos transitado.

Lo anterior sumado a la especificidad de la población con la que se lleva a cabo la experiencia, es decir con sobrevivientes de cáncer de mama y mastectomía, lo que también como mujeres tiene un lugar, si bien no de haber transitado la misma vivencia, pero sí muy cercano, ya que hemos tenido amigas, familiares y personas cercanas que también lo han transitado la batalla contra el cáncer.

Ambas coincidimos en sentir una fuerte identificación con las historias de vida de las cuatro mujeres, con sus vivencias relacionadas al cáncer y la mastectomía y sobre todo con la fortaleza para enfrentar el reto de la enfermedad, la apertura para participar de la propuesta grupal, la disposición, la confianza y la generosidad con las que se abrieron para compartir

información íntima, sensible y además de los dolores y los miedos más profundos que aún las acompañan.

Fue fundamental llevar a cabo el trabajo de manera conjunta, es decir, que el proceso haya sido facilitado por las dos permitió el acompañamiento y apoyo mutuo, sí en la técnica profesional propiamente dicha, pero también desde la experiencia humana que implicó desarrollar la propuesta y las movilizaciones de todo tipo que se generan alrededor de los temas de enfermedad, familia, muerte, sistema de salud, derechos, sexualidad, violencia.

Desde el abordaje profesional, desarrollar la propuesta en conjunto, permitió tener un mayor control de todo lo que se estaba generando, personalizando los acompañamientos y cuidando los detalles tanto de forma como de fondo.

Más allá de las horas de trabajo dedicadas a la propuesta antes, durante y después de la práctica, tuvimos la oportunidad de tener muchos espacios de diálogo y de reflexión, sobre lo que significaba y significa para cada una el trabajar con mujeres mastectomizadas.

Cada una de las señoras nos aportó una visión diferente de la vida, esa sabiduría propia que ellas han podido ir extrayendo de su camino, de su transitar por una vivencia tan fuerte como un proceso de cáncer y también lo que lograron extraer del proceso compartido, estas aportaciones nos suman sin duda, más allá de la realización de una práctica universitaria. Trajeron alegría, esperanza, disciplina, dedicación y fortaleza, en estos tiempos donde abunda la desesperanza y la pérdida de sentido.

Los resultados de esta investigación, más allá de lo sentido en el proceso, nos convocan a ambas a seguir sosteniendo desde nuestras posiciones profesionales la importancia de la creación de estos espacios en los que las mujeres puedan abrir en medio del sistema patriarcal y machista, un corte, un espacio donde puedan escucharse, escuchar lo que les dice su cuerpo y escuchar su deseo como sujetas autónomas más allá de las demandas o exigencias que les piden subyugarse a la voluntad de otros.

Capítulo 6. Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

El presente apartado constituye una recapitulación de los principales hallazgos obtenidos del proceso de implementación de la propuesta realizada con mujeres mastectomizadas del grupo Luz de Vida de la provincia de Cartago. Con esto, se pretenden establecer respuestas a modo de conclusiones de las premisas y objetivos que sustentan esta investigación.

Específicamente, el conjunto de resultados propios del proceso realizado, evidencian con claridad cómo la danza representó una importante herramienta terapéutica para la significación y resignificación de la feminidad de las mujeres mastectomizadas participantes del estudio.

Para llegar a dicha afirmación fue necesario identificar las representaciones que históricamente tenían las mujeres sobre la feminidad, antes del desarrollo de la enfermedad y el tratamiento; para reconocer después las significaciones sobre su cuerpo posteriores a la enfermedad y a la intervención de la mastectomía; y con ello, ubicar recursos simbólicos utilizados por ellas para habitar esta nueva condición corporal; para explorar finalmente, si se dieron resignificaciones sobre la feminidad, derivadas precisamente de la vivencia de la intervención grupal bajo el recurso de la danza.

- **Representaciones históricas de la feminidad**

En cuanto al primer aspecto, respecto de las representaciones históricas de la

feminidad de las participantes, anteriores a la enfermedad y el tratamiento; se logró identificar cómo las representaciones de la feminidad fueron construidas de acuerdo al paradigma patriarcal de sociedad que asigna jerarquías y valores diferenciados a las prácticas y acciones de hombres y mujeres, colocando a la mujer en un lugar de subordinación, tal y como ha sido mencionado en el constructo teórico de las psicoanalista feministas. En la historia de vida de las participantes, se denota que esto ha tenido un impacto determinante en las relaciones establecidas consigo mismas, con su cuerpo y su identidad, así como con los otros y el resto de la sociedad.

Específicamente, se identificó que desde muy temprano en sus vidas, las participantes vivenciaron situaciones de violencia, abandono o relaciones conflictivas con sus figuras maternas, en donde comienza a entretenerse una noción de poca valoración del cuerpo, desvalorización de sí mismas, así como la transmisión de su condición de inferioridad con respecto al género masculino, una vez más en esta observación volvemos a ver la el peso que ejerce el sistema patriarcal en su proceso de desarrollo subjetivo.

Además, dentro de sus contextos familiares se les asignó un mandato tradicional en cuanto a roles de género, siendo obligadas a desarrollar un papel de cuidadoras de terceros y a asumir las labores domésticas como funciones de vida. De esta forma, las mujeres aprendieron que la posibilidad de ser importantes o tener algo de protagonismo, se ofrecía por medio de la maternidad o el rol de cuidadoras, estos como elementos vitales de la identidad femenina. Aprendieron a sostener una posición de subordinación ante los demás, a posponer sus necesidades y a asumir sacrificios por otros; en fin, a vivir una vida limitada al servicio de terceros, en razón de tener algún tipo de valoración o reconocimiento, ya sea

de hijos, parejas, padres u otros familiares. La reproducción de los roles otorgados por el sistema como únicas posibilidades a la mujer para la satisfacción de su deseo, solamente en tanto se encuentren cumpliendo el deseo de otro, tal como lo indica Burin (1996, p. 70), el rol de la maternidad, el de la esposa, el de ama de casa, que suponen unas condiciones afectivas específicas para ser desempeñados, como la docilidad, la comprensión, la generosidad, el amor, el altruismo, el servilismo y otras características típicas de la feminidad según el esquema de la sociedad.

Las figuras de poder en la familia y demás instituciones socializadoras, en concordancia con los mandatos patriarcales, desarrollaron un rol en donde moldearon los pensamientos y actitudes de las participantes sobre la vida, el ser mujer, el cuerpo femenino y la sexualidad; marcando así, de una manera delimitada y muy conveniente para el sistema patriarcal hegemónico, la concepción de feminidad y su consecuente vivencia personal.

Bajo tales circunstancias, no resultó una sorpresa que, según los relatos de las participantes, esto haya repercutido directamente en el empobrecimiento de su imagen corporal; ya que el “hacerse un lugar en el mundo”, el “ser importante para alguien” y el “dar sentido a su vida” estuvo dado por convertir su existencia en acciones que aportaran a otros; su cuerpo y su vida en función de las necesidades de terceros.

En el trasfondo, lo que se implantó a lo largo de sus vidas fue el mensaje de que su cuerpo no les pertenece, que este no es digno de valoración y que la única forma de acceder a la admiración es mediante el cumplimiento de mandatos como el sacrificio, la maternidad y el cuidado.

- **Significaciones sobre el cuerpo posteriores a la enfermedad y la mastectomía**

Sobre el segundo aspecto, correspondiente a las significaciones sobre el cuerpo de las mujeres posterior a la enfermedad y a la mastectomía, surgió como hallazgo relevante el hecho de que para las participantes representó un alivio el quitar la enfermedad y verse con la posibilidad de vivir, aunque esto haya significado el desprenderse de una parte de sí, de una porción de su cuerpo, para ganar vida; sin embargo, esta misma situación las hizo enfrentarse a una nueva imagen de sí mismas que constantemente las conflictuaba, caracterizada principalmente por la ausencia de un rasgo asociado a la identidad femenina como lo son los pechos.

Posterior a la mastectomía, se pudo identificar cómo empiezan a generarse una serie de inseguridades con respecto a la apariencia física, sobre cómo son vistas y percibidas por sus parejas, dudan en la elección de prendas de vestir, como su ropa íntima, las blusas sin mangas o los vestidos de baño. Comenzaron a preocuparse por la realización de actividades que implicaban esfuerzo, o bien ir a la playa, a la piscina o realizar algunas actividades físicas que antes de la enfermedad y mastectomía practicaban sin dificultad. En resumen, el proceso de una mastectomía, sus procedimientos y las repercusiones posteriores, constituyó para las mujeres una carga física y psíquica pesada y difícil de afrontar. Aquí se refleja fielmente la noción que mencionaba Tubert (2010) respecto a la compulsión para amoldar el cuerpo a una imagen preformada socialmente, la necesidad de seguir un dictado de la sociedad que obliga a las mujeres a que su cuerpo encaje en una forma imaginaria.

Las cuatro participantes coincidieron en considerar que el cáncer y la mastectomía vino a generar un “antes y un después en sus vidas”. La pobre y minada concepción de imagen corporal construida a lo largo de sus vidas, así como sus historias de dolor y maltrato, contribuyeron a generar en ellas la activación de un mecanismo psíquico disociativo con el cuerpo. Según términos de las participantes, antes del cáncer concebían su cuerpo con una especie de “estuche” que les permitía ponerse al servicio de los otros. De esta forma, la enfermedad llegó a representar una señal de alerta y un llamado del cuerpo ante el abandono y la desatención de años.

Los cambios, tanto físicos como emocionales, derivados del proceso de la mastectomía se manifestaron en distintas áreas de la vida las mujeres participantes; sobre todo llegaron a transformar sus relaciones con los otros y la vivencia subjetiva de su cuerpo. En cuanto al segundo punto mencionado, situaciones como la caída de las cejas y del cabello, la pérdida del pecho, el debilitamiento de las uñas, la sequedad de la piel, la descamación y las quemaduras en la piel, les generaron significativos conflictos emocionales en relación a la percepción del cuerpo. También, se logró identificar que dichos cambios en la apariencia física, generaron repercusiones en cuanto a las significaciones de la belleza; así, se dio un impacto en la posición narcisista, mediante la marca de una pérdida, concretizada en la ausencia del pecho o el cabello y en las cicatrices de las cirugías. Es decir, se pone de manifiesto ese choque entre unos modelos normativos de una feminidad esencial construida por la cultura patriarcal y los deseos, las aspiraciones y las posibilidades reales de las mujeres, lo cual provoca un malestar que se manifiesta de forma sintomática o a través del pasaje al acto, como apunta Tubert (1991).

No obstante, a pesar de lo complicado y doloroso, a nivel subjetivo y físico, del proceso de enfermedad y mastectomía, el mandato femenino del “ser para los otros” no dejó de estar presente. Al respecto, las mujeres comentaron que a lo largo de su enfermedad debieron mantenerse “arregladas” y “verse bien” en función de calmar a sus seres cercanos; además, debían mantenerse alegres, fuertes y positivas para evitar las preocupaciones o el sufrimiento en los otros.

Un hallazgo muy interesante, consistió en la consideración de las mujeres de que socialmente el cáncer de mama es percibido como una enfermedad de menor trascendencia, de modo que el cuerpo femenino puede modificarse o cortarse sin menores implicaciones subjetivas. Aunado a esto, las participantes afirmaron que posterior al tratamiento y del proceso de recuperación sentían la presión por parte de sus familiares de continuar con sus vidas y responsabilidades domésticas, tal y como lo hacían antes de la enfermedad, actividades ante las cuales ya no se sentían en capacidad de realizar.

En este mismo sentido, se identificó que las participantes consideraron que las atenciones por parte del sistema de salud y del personal médico estuvo enfocado en combatir y erradicar la enfermedad a toda costa; no obstante, lo concerniente al impacto emocional, social y económico no fue adecuadamente considerado y visibilizado. Ante esto, la propuesta mediante la danza, representó para ellas una oportunidad para trabajar este aspecto desatendido durante su proceso de enfermedad y tratamiento.

Otra importante conclusión a la que llega la investigación consistió en identificar que a lo largo de todo el complicado y doloroso proceso de enfermedad, tratamiento, cirugías

y recuperación, se permitió y se exaltó el sufrimiento de las mujeres, siempre y cuando este no resultara incómodo o perturbador para los otros. El sufrimiento se consideró como un don otorgado por un ser superior para una “guerrera” capaz de sobrellevarlo; esta consigna refirió a una nueva oportunidad para acceder al prestigio y admiración de terceros. No obstante, para ellas también significó la negación de la posibilidad de sentirse mal, verse “mal”, estar enojadas y tristes, de vivir su dolor; ya que, para ser buenas “guerreras” no debían mostrar su malestar, debían mantenerse arregladas y positivas a pesar de cualquier circunstancia.

En este sentido, ya no solamente han quedado presas del discurso médico y de su cuadro clínico, como lo plantea Schnake (1996), sino también de un discurso social que las posiciona como heroínas y luchadoras, ejemplos precisamente de cómo la ‘ciencia’ vence a la enfermedad; y en este proceso se le asignan a las mujeres nuevas responsabilidades y se les reafirman otras ya existentes.

- **Recursos simbólicos para habitar un nuevo estado en relación con el cuerpo**

En cuanto al tercer aspecto, sobre recursos simbólicos que han utilizado las participantes para habitar el nuevo estado en relación con su cuerpo, se destaca como fundamental el apoyo recibido por parte de la red subjetiva de cada una de ellas. Todas coinciden en lo valioso que fue contar con el apoyo y sostén de diferentes personas, familiares, compañeras de trabajo, incluso vecinos. También se destacó la espiritualidad, la fe y las creencias religiosas como elementos comunes en sus historias que les ha aportado esperanza para seguir viviendo.

Como ya se mencionó, a partir del cáncer, la relación con sus vínculos afectivos se

transforma, ya que estos mostraron mayor interés y atención, de forma que pasaron de ser cuidadoras a ser cuidadas. Así mismo, en este mismo proceso, las mujeres refirieron adoptar un ritmo de vida más pausado e incluso en un mayor acercamiento a la vivencia espiritual y al mundo religioso.

Otro hallazgo relevante, consistió en la confesión de que para las mujeres, en medio del dolor, las presiones sociales y familiares, resultó fundamental contar con un espacio propio y a solas, donde pudieran encontrarse honesta e íntimamente con su cuerpo y su dolor, liberadas de las presiones ya mencionadas como el maquillaje, las pelucas y las sonrisas.

- **Resignificaciones sobre la feminidad derivadas de la intervención grupal mediante la danza**

Al respecto del cuarto punto, dedicado a la identificación de resignificaciones sobre la feminidad derivadas de la vivencia de la intervención grupal mediante la danza; cabe afirmar que, a partir de esta experiencia, se producen en las participantes resignificaciones importantes sobre su feminidad, su cuerpo, sus vínculos y la experiencia tanto del cáncer como de la mastectomía.

La condición grupal del abordaje tuvo un impacto significativo en las participantes, ya que permitió el encuentro, la identificación y el reconocimiento con otras mujeres en circunstancias similares. Este abordaje favoreció el sentido de pertenencia y el acompañamiento entre pares.

Específicamente se identifican tres procesos representativos de resignificación, el

primero enfocado en la comprensión del cuerpo y de la imagen corporal; el segundo, correspondiente a la identidad femenina y el posicionamiento ante los vínculos cercanos; y el tercero, vinculado a la comprensión de sí mismas como sobrevivientes de cáncer a partir del mencionado discurso de “guerreras”, generando un cambio en la percepción sobre sí mismas y sus vidas.

En las resignificaciones sobre el cuerpo, destacó un proceso de pasaje de la vivencia del órgano a la vivencia del cuerpo del lenguaje. Así, el cuerpo se configura y se percibe como un lugar diferente, un registro de su historia, un cuerpo propio que se siente, se vive, se atiende y se escucha. Se marca acá una importante transformación de aquel cuerpo disociado, aquel cuerpo “estuche”, invisibilizado y anulado, hacia un cuerpo del lenguaje, un cuerpo propio, atravesado completamente por su historia y su subjetividad; en fin, un cuerpo para sí mismas y no para otros, que además continúa en proceso de construcción.

Así, es posible establecer que el uso de la danza en esta propuesta les permitió a las mujeres una nueva reapropiación significativa de su cuerpo, esto a través de la creación y de la exploración del placer que lo habita. Mencionaron las participantes que en el proceso con la danza, lograron reencontrarse con la vivencia de la enfermedad y repensar el significado que esta experiencia representó para ellas. Así, un elemento fundamental fue la posibilidad de experimentar el movimiento para la expresión, tanto de aquel malestar que anteriormente no se pudo manifestar como de aquellas sensaciones corporales placenteras que no se habían permitido sentir.

Es posible entonces concluir, que mediante la propuesta presentada, las mujeres

tuvieron la posibilidad de construir una danza propia que les permitió incentivar un despertar de su subjetividad, una posibilidad reconocimiento y reconexión con su cuerpo y con su historia desde un lugar diferente al que históricamente asumieron. En dicha danza propia, se abrió una escucha del cuerpo, el apalabramiento del dolor vivido y silenciado, así como el ejercicio de resignificar aquel cuerpo desatendido como un cuerpo del lenguaje. De este modo se incentivó en las participantes el deseo de asumir una vida desde el disfrute, el empoderamiento y la aceptación de sí mismas.

A raíz de lo anterior, se concluye al igual que en los antecedentes de esta investigación, que la danza permite experimentar la posibilidades expresivas de un cuerpo en movimiento, que transita la representación de diversas sensaciones, y por ende la capacidad de reescribir algo del trazo de la historia desde una nueva resignificación. Por tanto la danza ha ofrecido a estas mujeres las posibilidad de atravesar las resignificaciones que implicó su proceso del pasaje por la enfermedad y el tratamiento, por medio del cuerpo en movimiento y las sensaciones que produce, se han rehabilitado las posibilidades de sentir y sentirse, ese cuerpo que fue visto como objeto, vuelve por medio del placer de moverse a ser un cuerpo deseante.

Sobre las resignificaciones de sí mismas como mujeres y la transformación de sus vínculos afectivos, el proceso investigativo permitió establecer que a través de la danza y en general del proceso de la enfermedad, surgieron en las participantes importantes cuestionamientos sobre el rol asumido como mujeres. De esta manera y en relación a sus vínculos con los otros, las participantes cuestionaron y se distanciaron del ser en función de los otros; lo cual ha significado en sus prácticas cotidianas actos pequeños pero significativos

como la priorización de sus necesidades y el reposicionamiento de sí mismas como protagonistas de su vida y de su historia.

No obstante, queda claro en la investigación que el colocarse como centro de su vida y el atender sus necesidades, se ha desencantado en molestias parte de ciertas personas de sus entornos, especialmente de aquellas que se beneficiaban de su subordinación; así, las mujeres mencionaron haberse sentido juzgadas y castigadas ante los cambios en su posición femenina.

Así también, y en relación a lo anterior, surgió en las mujeres la necesidad de abrir y generar sus propios espacios de diálogo e intercambio con otras mujeres que hayan atravesado experiencias similares. Comenzaron a buscar espacios donde sentirse valoradas y comprendidas por otras mujeres que han pasado por lo mismo que ellas. Un resultado de esta búsqueda, es su participación en el grupo Luz de Vida y en la presente investigación.

Sobre la resignificación del discurso de ser “guerreras”, surge un importante hecho que consiste en la posibilidad de cuestionar y expresar su disconformidad con dicho discurso impuesto; en el cual se les exigió fortaleza y positividad en uno de los momentos más complicados de sus vidas, negándoles la posibilidad de manifestar el dolor, el desamparo y el miedo que estaban sintiendo. Así, el discurso de ser “guerreras” recobra un nuevo valor y adquiere un nuevo significado que ellas mismas le adjudican, el cual refiere a una sensación de pertenencia, de logro, de fuerza, de orgullo y finalmente de tener lo necesario para salir adelante con los retos de la vida, pero sin la obligación de mostrarse siempre fuertes e invencibles, dando lugar también a sus sentimientos y a la vulnerabilidad.

- **Consideraciones metodológicas**

Ahora bien, cabe mencionar también algunas conclusiones relativas al proceso metodológico de la investigación, la cual cuenta con características interesantes y particulares propias de un proceso virtual. En este sentido, la experiencia de abordaje virtual se presentó como un reto que, sobre todo, implicó la generación de otros recursos más allá de la observación de las facilitadoras para registrar lo que produce la experiencia en las participantes. Uno de estos retos fue que en algunas oportunidades se presentaron breves cortes en la comunicación por temas de deficiencias en la conectividad o el fluido eléctrico.

Por otra parte, algunos elementos favorecedores de este tipo de abordajes consistieron en que las participantes pudieron conectarse desde la comodidad de sus casas, evitando exponerse a circunstancias del medio ambiente que podrían haberles afectado, así como el tiempo de traslado y el gasto económico que pudo implicar. Al estar cada una en su propio espacio, tuvieron la oportunidad de moverse con mayor libertad, más desinhibidas que ante la posible mirada de las otras. Así mismo, en cuanto a la facilitación y análisis del proceso, fue importante que la propuesta se desarrollara con dos terapeutas, tanto para el desarrollo del contenido, como para el control de otros elementos técnicos que fue necesario atender en los procesos virtuales.

Por último, es preciso mencionar que del análisis de antecedentes se desprende una conclusión importante de recalcar, la cual consiste en que la gran mayoría de investigaciones encontradas en el ámbito nacional se han realizado desde una perspectiva médica. Ante esto y vinculado a los resultados que se extraen esta investigación, se permite identificar como

una necesidad urgente el llevar a cabo abordajes, desde diferentes áreas de conocimiento, que retomen integralmente el impacto de sobrevivir a un cáncer de mama y de sobrellevar una mastectomía, esto tanto desde las áreas materiales como emocionales de la vida de las mujeres.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos obtenidos de la presente investigación aplicada, surgen las siguientes recomendaciones con las cuales se pretende establecer algunas líneas orientadoras para diferentes actores sociales vinculados a la temática de estudio y al proceso investigativo. Tales recomendaciones se enuncian a continuación:

- **A la Caja Costarricense del Seguro Social**

A la CCSS, recomendamos que el acompañamiento psicológico permanente se identifique como una necesidad desde el primer momento en que se diagnostica a una mujer con cáncer de mama. Es necesario acompañar a la mujer durante todo el proceso, sobre todo porque se ve atravesado por diferentes momentos a lo largo del tratamiento y la recuperación, que le implican a la paciente la necesidad de resignificar los cambios que se van generando. De pensarse en la implementación de esta propuesta, convendría realizar un bloque inicial de seis sesiones, distribuidas en dos sesiones antes de realizar la mastectomía y cuatro sesiones posteriores; además, recomendamos continuar el acompañamiento con unas sesiones de seguimiento durante el primer año con una frecuencia mensual, durante el segundo año una sesión cada tres meses, y luego una sesión cada seis meses hasta que sean

dadas de alta.

Se recomienda también, que el acompañamiento brindado a las mujeres mastectomizadas esté integrado por equipos interdisciplinarios, donde además de la psicología se incluyen disciplinas como trabajo social, terapia física y nutrición. En este aspecto, los hospitales podrían propiciar que estudiantes internos de las diversas disciplinas realicen parte de su trabajo en un proceso de abordaje multidisciplinario con estas pacientes.

- **A profesionales en psicología**

Sería de gran beneficio para las mujeres con mastectomía, que los abordajes psicológicos que se les proporcione incluyan propuestas de movimiento como la danza, pues según los resultados de esta propuesta, resulta un medio eficaz por el cual las mujeres logran expresar y resignificar su malestar físico y psíquico causado por el proceso de la enfermedad.

- **A organizaciones no gubernamentales y grupos de apoyo**

Se recomienda facilitar o gestionar espacios de apoyo psicológico para las familias de las mujeres que atraviesan esta condición de salud, de manera que también puedan recibir un proceso psicoterapéutico que les brinde herramientas para un adecuado acompañamiento de la paciente desde una perspectiva emocional, y que además contemple el abordaje de las propias emociones que se generan ante las situaciones que plantea la enfermedad.

Los grupos de autoayuda o grupos de pares generan un impacto positivo de identificación y pertenencia. Promover este tipo de grupos en las áreas de salud, o bien, en las comunidades o desde iniciativas de los gobiernos locales, sería de un enorme beneficio

para las mujeres mastectomizadas.

De no brindarse acompañamiento psicoemocional desde el sistema de salud, las organizaciones y agrupaciones que desarrollen sus actividades en esta área, podrían generar espacios para el seguimiento individual de manera accesible y sostenida en el tiempo según las necesidades de cada caso.

- **Al Posgrado en Psicología de la UCR**

Que desde la Universidad se abran espacios para convenios con agrupaciones de mujeres que requieran acompañamientos grupales; o bien, que los estudiantes de los posgrados de psicología puedan desarrollar estrategias de abordaje con esta población.

Independientemente de las medidas sanitarias derivadas de la pandemia por COVID-19, la modalidad virtual puede ser implementada con más regularidad, tiene beneficios para las mujeres que han sido mastectomizadas, evita exponerlas a riesgos innecesarios, y además les ahorra tiempo y dinero en traslados.

Incentivar el desarrollo de investigaciones y prácticas en las áreas expuestas en esta propuesta y en todas aquellas que pueden generarse a raíz del abordaje mediante la danza.

- **Al grupo Luz de Vida**

Promover la realización formal de convenios con Universidades para el apoyo psicoemocional de las pacientes y el desarrollo de proyectos de prevención.

Generar acuerdos con los centros de salud para que desde ahí, se refieran a las pacientes que deseen el acompañamiento que pueda brindar la agrupación.

- **Al Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica**

Generar espacios de capacitación, especialización y actualización, de diversos procesos para abordar el cáncer de mama y sus implicaciones, no solo desde el abordaje psicológico tradicional, sino incorporando otros recursos como la danza. Además de contar con un directorio de especialistas en la materia que aborda esta propuesta, de manera que las personas que lo requieran puedan acudir al Colegio por información específica y especializada.

Referencias

- Agüero, M. (2018). Arte y lazo social. *Inscribir el psicoanálisis*, n. 16. Transcripciones.
- Álvarez van der Feltz, I. (2014). *La imagen corporal en danza/movimiento terapia*. (Tesina para Maestría, Universidad Autónoma de Barcelona). Recuperado de https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2014/hdl_2072_247524/TFM_Isabel_Alvarez.pdf
- American Cancer Society. (2018). “¿Qué es el cáncer de seno?”. Acceso el 8/10/18. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-es-el-cancer-de-seno.html>
- American Dance Therapy Association - ADTA. (31.03.2020). *Adapting Dance/Movement Therapy to Telehealth. Webinar by Jenny Baxley Lee*. (Video) YouTube. Recuperado de: <https://youtu.be/16QBfWd6HT8>
- Andrés Solana, C. (2005). “Aspectos psicológicos en el paciente superviviente”. *Oncología*, 28 (3), 157-163.
- Bejarano, M. J. (2012). *Programa de conciencia corporal en danzaterapia con un grupo de mujeres adolescentes en situación de riesgo psicosocial de Pavas: aporte al mejoramiento subjetivo de la imagen corporal*. (Tesis Licenciatura). Universidad de Costa Rica.
- Belucci, M. (1993). De los estudios de la mujer a los estudios de género: han recorrido un largo camino... En Fernández, comp. 1993, 27-50.

- Blanco Sánchez, R. (2010). Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index de Enfermería*, 19(1), 24-28.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100005&lng=es&tlng=es
- Blásquez, A., Nierga, J. y Javierre, C. (2011). Terapia a través de la danza y el movimiento en mujeres con cáncer de mama: el impacto psicofísico del proceso empático. *Psicooncología*, 8(1), 31-43. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.3
- Brenes Vásquez, L. y Lobo Chaves, M. (2009). *Autoexpresión desde la arteterapia: un estudio exploratorio con un grupo de ocho adolescentes de la comunidad de Pueblo Nuevo en Pavas*. (Tesis Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica.
- Burin, M. (1996). Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. En Burin y Dio-Bleichmar (comp.), *Género, psicoanálisis, subjetividad* (pp. 61-99). Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. (1996). Introducción. En Burin y Dio Bleichmar (comp.), *Género, psicoanálisis, subjetividad* (pp. 21-29). Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. y Dio Bleichmar, E. (comp.) (1996). *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M., Moncarz, E. y Velásquez, S. (2000). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. México: Paidós Mexicana S.A.

- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Buzzaqui, A. (1999). *El 'grupo operativo' de Enrique Pichón Rivière: análisis y crítica*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- Cerdas Rojas, L. y Wittmann Jiménez, M. (2006). *Impacto de la pérdida del pecho en las constelaciones diádicas, desde la valoración subjetiva de un grupo terapéutico de mujeres mastectomizadas*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica.
- Córdoba Arévalo, M.I. y Vallejo Samudio, A.R. (2013). Violencia sexual y empatía: la danza en contextos terapéuticos. *Pensamiento Psicológico*, (2), pp. 177-190.
- Corsi, J. (1993). "Abuso y victimización de la mujer en el contexto conyugal". En Fernández, A.M. (comp.), *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias* (pp.84-102). Buenos Aires: Paidós.
- Deperini, A.V. (2013). Danza/movimiento terapia, tratamiento de un caso de abuso sexual infantil. *Kiné Revista de lo Corporal*, (106), 72-81.
- Dio Bleichmar, E. (1997). *El feminismo espontáneo de la histeria*. México: Distribuidora Fontanara S.A.
- Dio Bleichmar, E. (1996). Feminidad/masculinidad. Resistencias en el psicoanálisis al concepto de género. En Burin y Dio Bleichmar (comp.), *Género, psicoanálisis, subjetividad* (pp. 100-139). Buenos Aires: Paidós.

- Dio Bleichmar, E. (1993). Los pies de la ley en el deseo femenino. En Fernández, A.M. (comp.), *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias* (pp. 136-146). Buenos Aires: Paidós.
- Dio Bleichmar, E. (1996). Prólogo. En Burin y Dio-Bleichmar (comp.), *Género, psicoanálisis, subjetividad* (pp. 13-19). Buenos Aires: Paidós.
- Dolto, F y Nasio, J.D. (1992). *El niño del espejo. El trabajo psicoterapéutico*. Barcelona: Gedisa.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Duran, M. (2006). Incrementar la participación y la cohesión en un 'grupo virtual'. *Revista EDUCAR*, 37: 65-83.
- Enríquez Villota, M. (2010). Estrategias de afrontamiento psicológico en cáncer de seno. *Revista Centro de Estudios en Salud*, 1(12), 7-19.
- Estrada Mesa, D. (2015). La medicina como producción de subjetividad. Una aproximación a Michel Foucault. *Escritos*, 23(51), 331-355.
- Evans, D. 2007. *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, A. M. (comp.) (1993). *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires: Paidós.

- Fernández, A. M. (1993). La diferencia en psicoanálisis. ¿Teoría o ilusión? En Fernández, A.M. (comp.), *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias* (pp. 105-129). Buenos Aires: Paidós.
- Fischman, D. (2006). *La mejora en la capacidad empática en profesionales de la salud y la educación a través de talleres de Danza Movimiento Terapia*. (Tesis doctoral, Universidad de Palermo). <http://hdl.handle.net/10226/1770>.
- Forte Lopes, V. y Bueno Neme, C. (2016). Experiencias de danzaterapia de mujeres que han sufrido cáncer de mama. Un estudio fenomenológico. *Psicooncología*, 13(1), 151-163. <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/323850/1/2-s2.0-85003456402.pdf>
- Foucault, M. (1979). *La política de la salud en el siglo XVIII*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Freud, S. (1976). *La interpretación de los sueños (segunda parte) sobre el sueño*. Volumen V. Buenos Aires: Amorrortu Editores S.A.
- García-Viniegras, C. y González Blanco, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, 2-80.
- García, G. (2016). *¿El deseo materno? Deseo de hijo, maternidad y mujer, una perspectiva psicoanalítica*. (TFG Especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica). Universidad de San Buenaventura, Santiago de Cali.

- Ghebreyesus, T.A. (2020). Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Giraldo-Mora, C. (2009). Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama. *Revista de Salud Pública*, 11(4), 514-525.
- Goldov, N.B. (2011). *The effects of individualized brief medical dance/movement therapy on body image in women with breast cancer*. (Tesis doctoral, Argosy University). Recuperado de <http://pqdtopen.proquest.com/doc/1021376710.html?FMT=AI>
- Gomes, B. (2005). Ética y medicina en Michel Foucault: La dimensión humanística de la medicina a partir de una genealogía de la moral. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 12(3), 717-34.
- Gómez, N.R.; Silva, Y.N. La fotografía terapéutica como forma de re-significación del cuerpo con mastectomía. *Revista KEPES* Año 14 No. 15 enero-junio 2017, págs. 141-172. DOI: 10.17151/kepes.2017.14.15.6
- Hercovich, I. (1993). De la opción ‘sexo o muerte’ a la transacción ‘sexo por vida’. En Fernández, A.M. (comp.), *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias* (pp. 63-83). Buenos Aires: Paidós.

- Hidalgo, R. (2002). Sexualidad, agresión y autonomía en la mujer. Contribuciones psicoanalíticas actuales. *Actualidades en Psicología*, 18 (105), 80-93.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133218158006>
- Ho, R.T.H., Fong, T.C.T., Cheung, I.K.M., Yip, P.S.F., y Luk, M.Y. (2016). Effects of a short-term dance movement therapy program on symptoms and stress in patients with breast cancer undergoing radiotherapy: a randomized, controlled, single-blind trial. *J Pain Symptom Manage*, (51), 824-831. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.12.332
- Ho, RTH. (2005). Effects of dance movement therapy on Chinese cancer patients: A pilot study in Hong Kong. *Arts In Psychotherapy*, 32(5), 337-345.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2018). Prevención del cáncer de seno (mama). Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/prevencion-seno-pdq>
- Irigaray, L. (2009). *Ese sexo que no es uno*. Madrid: Ediciones Akal.
- Jureville, A. (1994). *La mujer y la melancolía*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Lacan, J. (1971). *Escritos I*. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2010). *Seminario V. Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2015). *Seminario VI. El deseo y su interpretación*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

- Larrauri, G. y Martínez, S. (2012). Sobre psicoanálisis, cultura y comunicación. Entrevista con Daniel Gerber W. *Razón y Palabra*, 17(79), sp.
- Levy, P. (1999). *¿Qué es lo virtual?* Barcelona: Paidós Ibérica.
- Martínez, E. R. (1993). Hacia una crítica de la maternidad como eje de construcción de la subjetividad en el psicoanálisis. En Fernández, A.M. (comp.), *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias* (pp. 191-205). Buenos Aires: Paidós.
- Mascheroni, G. (2015). "El discurso psicoanalítico en Freud y Lacan". Acceso el 18/03/2019. https://www.elreyestadesnudo.com.ar/wp-content/uploads/2015/09/REY4_6-Discurso-psicoanalitico-en-Freud-y-Lacan-GM.pdf
- Meler, I. (1993). Otro diálogo entre psicoanálisis y feminismo. En Fernández, A.M. (comp.), *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias* (pp. 147-187.) Buenos Aires: Paidós.
- Meler, I. (1996). Psicoanálisis y género. Aportes para una psicopatología. En Burin y Dio Bleichmar (comp.), *Género, psicoanálisis, subjetividad* (pp. 241-266). Buenos Aires: Paidós.
- Meler, I. (2005). El estatuto teórico del cuerpo en los estudios psicoanalíticos de género. *Revista Actualidad Psicológica*, 29(335), sp.

- Meler, I. (2007). Psicoanálisis y género. Deconstrucción crítica de la teoría psicoanalítica y nuevos enfoques teóricos. *Cuestiones de género*, (2), 13-48.
- Miller, J-A. (1987). *Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático*. Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Ministerio de Salud (26.01.2021). Resumen de prensa. Acceso desde <http://bit.ly/3cfzoIe>
- Ministerio de Salud. (2021). *427 mujeres fallecieron en el 2020 producto del cáncer de mama*. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/746-noticias-2021/2190-427-mujeres-fallecieron-en-el-2020-producto-del-cancer-de-mama>
- Municipalidad de Cartago. (2018). "*Primera Casa Municipal de la Salud y Accesibilidad*". <http://www.muni-carta.go.cr/primera-casa-municipal-de-la-salud-y-accesibilidad/>
- Nasio, J. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Oliveros, E. (2016). *¿Qué es ser madre para una mujer? Puntuaciones psicoanalíticas de la maternidad*. (TFG Especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica). Universidad de San Buenaventura, Santiago de Cali.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (2018). Constitución de la OMS: principios. <http://www.who.int/es/redirect-pages/pie-de-página/acerca-de-la-oms/constitución-y-principios-éticos>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2018). Cáncer de mama. Recuperado de <https://bit.ly/2NW21ix>
- Ortez, E. (2009). La entrevista en profundidad en los procesos de investigación social. *La Universidad*, (8), 75-95
<https://revistas.ues.edu.sv/index.php/launiversidad/article/view/125>
- Passerini, A. (2018). El cuerpo en la experiencia virtual desde una perspectiva psicoanalítica. Tesis doctoral. Universidad Nacional de La Plata, Argentina.
- Pérez Leirós, B. (2016). *Danza Movimiento Terapia, emociones positivas y flow*. (Trabajo final integrador para Licenciatura en Psicología, Universidad de Palermo). [https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1031/Perez Leirós, Belén.pdf](https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1031/Perez%20Leirós,%20Belén.pdf)
- Pintado, S., (2013). *Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama*. (Tesis Doctoral, Universidad de Valencia). <https://bit.ly/2NMBEuJ>
- Rectoría de la Universidad de Costa Rica. Resolución R-158-2020. Recuperado de <http://www.rectoria.ucr.ac.cr/site/documentos-de-archivos/resoluciones/r-158-2020/>

- Salas, S y Arce, L. (2005). *Psicoterapia de movimiento: una propuesta de trabajo en la comunicación de emociones de pacientes esquizofrénicos*. (Tesis Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica.
- Sánchez Martínez, J. A. (2010a). Cuerpo y tecnología. La virtualidad como espacio de acción contemporánea. *Revista Argumentos*, 23(62), 227-244.
- Sánchez Martínez, J.A. (2010b). La comunicación sin cuerpo. Identidad y virtualidad. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales -online-*, 52(209), 37-52.
- Sánchez-Pedraza, R., Ballesteros, M. y Anzola, J. (2010). Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. *Revista de Salud Pública*, 12(6), 889-902.
- Schnake, A. (1995). *Los diálogos del cuerpo*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Soler, C. (2008). *Lo que Lacan dijo de las mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Soler, C. (2010). El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan. <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/colettesoler-elcuerpoenlaensenanzadejacqueslacan.pdf>
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, (75), 73-85.
- Tubert, S. (1996). Psicoanálisis, feminismo, posmodernismo. En Burin y Dio Bleichmar (comp.), *Género, psicoanálisis, subjetividad* (pp. 289-313). Buenos Aires: Paidós.
- Tubert, S. (1996). *Figuras de la madre*. Ediciones Cátedra.

- Tubert, S. (1988). *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*. Madrid: Ediciones El Arquero.
- Tubert, S. (1999). Masculino/Femenino; Maternidad/Paternidad. En González, M. (Eds.), *Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género* (págs. 53-76). ISBN 84-95286-14-9
- Tubert, S. (2010). Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos sobre el cuerpo de las mujeres. *Quaderns de Psicologia*, 12 (2), 161-174
<http://www.quaderndespsicologia.cat/article/view/760>
- Velásquez, S. (1996). Extraños en la noche. En Burin y Dio-Bleichmar (comp.), *Género, psicoanálisis, subjetividad* (pp. 314-343). Buenos Aires: Paidós.
- Wengrower, H. y Chaiklin, S. (eds.) (2008). *La vida es danza*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: WHO.
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado

El siguiente documento responde al Consentimiento Informado de participación en el proceso terapéutico grupal, ofrecido a mujeres del Grupo Luz de Vida de Cartago. Será facilitado por las psicólogas Tatiana Blanco Sánchez y Hellen Cordero Araya, como parte del Trabajo Final de Integración Aplicada de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Costa Rica.

Tipo de intervención.

La intervención se llevará a cabo mediante el trabajo grupal virtual y consistirá en un espacio terapéutico virtual para cuatro mujeres que asisten al Grupo Luz de Vida. Se trabajará con 4 integrantes del grupo previamente identificadas. Previo al trabajo grupal, se llevará a cabo una entrevista abierta individual a profundidad con cada participante. El grupo terapéutico tendrá una duración de 6 sesiones, cada una de 1 ½ horas realizándose dos veces por semana, los días martes y jueves a las 5:00 p.m. mediante la plataforma virtual Zoom.

Derechos de la persona participante.

Usted tiene derecho a expresar su opinión durante todo el proceso, entrevista inicial y sesiones y a que se respete la misma. Tiene derecho a abstenerse de hablar y a que se respete la confidencialidad de lo expresado en todo momento. Puede abstenerse de contestar las preguntas de la entrevista inicial y dejar de asistir al grupo si así lo decide.

Eventuales límites del secreto profesional.

El secreto profesional puede verse afectado si está en riesgo su vida o la vida de terceras personas, de manera que las terapeutas se vean en la obligación de acudir a las instancias necesarias para salvaguardar la vida de quien esté involucrado.

Posibles riesgos que podrían presentarse durante el proceso.

Los riesgos identificados son de carácter administrativo y tecnológico, el primero que alguna de las integrantes vea suspendido el permiso de asistir a las sesiones por algún motivo

de horario laboral y el segundo que se presente alguna situación tecnológica de último momento, como por ejemplo corte en el fluido eléctrico o problemas con la señal de internet.

Confidencialidad.

Todo lo trabajado en el marco del proceso terapéutico, antes, durante y después de la entrevista y las sesiones, es absolutamente confidencial, esto quiere decir que todas las integrantes se comprometen a guardar la confidencialidad de todo lo que se trabaje en el marco de este proceso.

Encuadre.

Las entrevistas se llevarán a cabo durante la tercera semana de junio de 2021, las sesiones se realizarán los días martes y jueves de 5:00 p.m. a 6:30 p.m., iniciando el 29 de junio, para un total de 6 sesiones. Tanto la entrevista inicial como las sesiones grupales llevarán un registro fotográfico y de grabación. Se realizan virtualmente mediante la plataforma Zoom. En cada sesión se dará la bienvenida y se retomará el encuadre con las reglas estipuladas por el mismo grupo en la primera sesión, luego se desarrollará durante los primeros 20 minutos actividades de calentamiento, posteriormente el trabajo desde la danza, después se abrirá el espacio para el diálogo y el trabajo grupal, siendo protagonista las participantes del grupo.

Firma de la participante: _____

Firma de las terapeutas: _____ y _____

Anexo B. Entrevista inicial / Guía de preguntas

(para uso de las entrevistadoras)

Antes de iniciar la entrevista se hace una introducción general sobre el cuestionario y el contenido del mismo. Se indica la libertad de permanecer o retirarse en el momento que lo desee. Se reitera la confidencialidad de la información brindada.

Datos generales:

Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	
Ocupación:	
Estado Civil:	
Teléfono	
Hijos y sus edades:	

CATEGORÍA 1	
Pregunta de investigación:	¿Cuáles son las principales representaciones históricas de la feminidad?
Categorías principales:	<ol style="list-style-type: none"> 1. -Figuras significativas en la historia personal (modelos femeninos). 2. -Experiencias identitarias (ideales). Momentos decisivos. Identidad femenina. 3. -Construcción de prácticas y discursos con relación a la sexualidad femenina. 4. -Construcción de prácticas y discursos con relación al cuerpo femenino. Significado atribuido a los cambios corporales, nuevas exigencias. 5. -Construcción de prácticas y discursos con relación a la maternidad. 6. -Construcción de prácticas y discursos sobre las sexualidades.
Categorías conceptuales:	<ul style="list-style-type: none"> -Representaciones sociales de la feminidad. -Feminidad como constructo. -Sexualidad Femenina. -Cuerpo Femenino. -Maternidad.
Preguntas para la participante	
¿Tiene conocimiento de cómo fue la noticia del embarazo de su mamá, cuando estaba embarazada de Ud? (¿qué pensó su mamá, su papá, fue importante para alguien?)	
En algunos de los contextos en que usted fue creciendo, como la escuela, el barrio, la familia, o alguna agrupación religiosa, tenía alguna importancia su género y de ser así favor relatar, ¿dónde y por qué?	
¿Qué importancia tuvieron para usted, esas personas en su construcción de identidad femenina) no es para preguntarlo directamente, ¿sino que lo construyen ustedes de la pregunta anterior (tenerlo en cuenta para aclarar sobre la respuesta lo que corresponda)?	
¿Cuáles son los momentos de su vida que como mujer considera más significativos?	
Con respecto a la sexualidad: de quiénes obtuvo información, ¿qué le dijeron?	
¿Cómo describiría usted la vivencia de su sexualidad a lo largo de su vida?	

¿Qué recuerda usted que se decía en su familia o su entorno sobre el cuerpo de las mujeres? ¿Qué piensa sobre eso?

¿Recuerda si había algún tipo de prácticas o actividades, que se hiciera en relación al cuerpo de las mujeres? ¿Usted participaba de ellas?

¿Qué recuerda haber escuchado en su contexto sobre la maternidad? ¿qué piensa de eso?

CATEGORÍA 2	
Pregunta de investigación:	¿Cuáles son las significaciones sobre el cuerpo de las participantes posteriores a la mastectomía?
Categorías principales:	<ol style="list-style-type: none"> 1. -El cuerpo como lenguaje. 2. -Representación del cuerpo posterior a la mastectomía en relación con su imagen anterior (pérdidas, significaciones, resignificaciones, etc.). 3. -Experiencias corporales posteriores a la mastectomía. Reconocimiento del cuerpo propio. 4. -Discurso sobre la mastectomía con relación a su representación corporal.
Categorías conceptuales:	<ul style="list-style-type: none"> -El cuerpo y las significaciones -El cuerpo como lenguaje -Imagen corporal -El cáncer de mama y la mastectomía, significaciones sobre el cuerpo femenino
Preguntas para la participante	
Con respecto a su cuerpo, ¿cómo lo describiría?	
¿Qué opiniones recuerda usted que ha sido frecuentes recibir de los demás, en referencia a su cuerpo?	
Esta percepción sobre su cuerpo, ¿ha tenido modificaciones en algunos momentos de su vida?	
¿Qué pasó con su cuerpo después de la mastectomía? ¿Usted percibió alguna modificación?	
¿Recuerda haber tenido algunas experiencias corporales significativas durante esa época y cuáles fueron?	
¿Qué decían las personas de su entorno sobre la mastectomía, recuerda algunas opiniones o percepciones de las personas cercanas?	
¿Con qué palabras describiría usted el proceso de la mastectomía?	

CATEGORÍA 3	
Pregunta:	¿Cuáles son los recursos simbólicos que han utilizado las mujeres participantes para habitar este nuevo estado en relación con el cuerpo?
Categorías principales:	<ol style="list-style-type: none"> 1. -Cambios y estrategias de vida cotidiana posteriores a la mastectomía. 2. -Transformaciones en los vínculos afectivos. 3. -Relación con el entorno familiar, social, laboral, posterior a la mastectomía. (lazo social) 4. -Reacciones ante nuevas demandas derivadas de la enfermedad.
Categorías conceptuales:	Elementos subjetivos que permiten dar un sentido a la experiencia: -Adaptación -Enfrentamiento -Negación/Desplazamiento
Preguntas para la participante	
Con respecto a la vivencia del cáncer ¿usted percibió algún cambio en la forma en que afrontaba las situaciones problemáticas? ¿Cómo fue antes, durante y después? ¿Cómo resolvió la situación?, Qué recursos o medios utilizó durante este período.	
¿Cuál diría que es el cambio más significativo que usted ha experimentado después de la cirugía?	
¿Ha realizado ajustes en su vida cotidiana? ¿De qué tipo? ¿Cómo los ha asumido y enfrentado?	
¿Cómo han reaccionado las personas a su alrededor?	
¿Qué ha significado para usted la mastectomía?	
Nos podría contar, ¿cómo se siente actualmente?	

Anexo C. Guía de trabajo por sesión

GUÍA DE TRABAJO POR SESIÓN I				
Objetivo general	Explorar la vivencia de significación y resignificación de la feminidad de mujeres mastectomizadas que asisten al Grupo Luz de Vida en Cartago, a partir del uso de la danza como herramienta terapéutica.			
Objetivo específico	Identificar las representaciones históricas de la feminidad de las participantes, anteriores a la enfermedad y el tratamiento.			
Categoría 1	Representaciones históricas de la feminidad. ¿Cuáles son las principales representaciones históricas de la feminidad?			
INTRODUCCIÓN	ACTIVIDAD	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
	Presentación	Generar un espacio para que cada participante se presente al grupo	Se realiza una dinámica donde cada mujer presente al grupo quien es mediante el movimiento y la palabra	Palabra y movimiento
	Conformación de grupo.	Crear un espacio compartido de confianza.	presentar al grupo intereses particulares y expectativas del trabajo.	
	Caldeamiento	Trabajo de propiocepción	Se trabaja con propuestas de movimientos que permitan conectar con las sensaciones y percepciones de su cuerpo (Ejercicio de respiración)	Palabra
DESARROLLO	¿Cómo es mi movimiento hoy?	Trabajo de propiocepción	Movimiento consciente/Diferentes ritmos musicales. (movimiento por partes mencionadas de manos, cabezas, brazos, tronco, cadera, piernas, pies, cuerpo completo)	Música seleccionada por facilitadoras
	Representaciones de la feminidad	Explorar representaciones de la feminidad durante vida adulta	Por medio del trabajo de automasaje con bola, explorar las representaciones de feminidad en su imagen corporal	Movimiento, bola
CIERRE	Espacio de palabra	Círculo de palabra	Se realiza la expresión mediante el uso de diferentes recursos	Palabra

GUÍA DE TRABAJO POR SESIÓN II				
Objetivo general	Explorar la vivencia de significación y resignificación de la feminidad de mujeres mastectomizadas que asisten al Grupo Luz de Vida en Cartago, a partir del uso de la danza como herramienta terapéutica.			
Objetivo específico	Identificar las representaciones históricas de la feminidad de las participantes, anteriores a la enfermedad y el tratamiento.			
Categoría 1	Representaciones históricas de la feminidad. ¿Cuáles son las principales representaciones históricas de la feminidad?			
INTRODUCCIÓN	ACTIVIDAD	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
	Preparación del espacio	Contar con todos los elementos necesarios para la propuesta	Preparación del material y del espacio de trabajo de cada participante. Contacto previo con cada una.	Espacio físico
	Revisión	Revisar cómo se llega ese día a la sesión	Se generan preguntas para que cada participante identifique cómo se siente y cómo llega ese día a la sesión	Palabra
	Caldeamiento	Trabajo de propiocepción	Se trabaja con propuestas de movimientos que permitan conectar con las sensaciones y percepciones de su cuerpo (Ejercicio de respiración)	Palabra
DESARROLLO	¿Cómo fue mi movimiento siendo adolescente?	Explorar representaciones durante la adolescencia	Movimiento consciente/ Uso de fotografía para promover el movimiento. (fotografía de previo para proyección)	Fotografía
	Espacio de palabra		Se realiza la expresión mediante el uso de diferentes recursos (recortes y palabras)	Recortes de palabras
	¿Cómo fue mi movimiento siendo una niña?	Explorar representaciones durante la niñez	Movimiento consciente/ Uso de fotografías y elásticos para promover el movimiento.	Elásticos
	Espacio de palabra		Se realiza la expresión mediante el uso de diferentes recursos	Círculo de palabra
	¿Cómo ha sido o fue mi movimiento durante el proceso de enfermedad?	Explorar representaciones durante el proceso de enfermedad	Movimiento consciente/ Dos minutos de música movimiento auténtico	Música

	Espacio de palabra		Se realiza la expresión mediante el uso de un dibujo	Música Dibujo
CIERRE	Movimiento integrativo	Propiciar un espacio de reapropiación con movimientos, de los 4 momentos trabajados durante el desarrollo de la sesión.	Movimiento consciente/Facilitar una danza a partir de la apropiación de los 4 momentos trabajados	Canciones seleccionadas

GUÍA DE TRABAJO POR SESIÓN III				
Objetivo general	Explorar la vivencia de significación y resignificación de la feminidad de mujeres mastectomizadas que asisten al Grupo Luz de Vida en Cartago, a partir del uso de la danza como herramienta terapéutica.			
Objetivo específico	Reconocer las significaciones sobre el cuerpo de las participantes, posteriores a la enfermedad y a la intervención de la mastectomía.			
Categoría 2	Significaciones sobre el cuerpo. ¿Cuáles son las significaciones sobre el cuerpo de las participantes posteriores a la mastectomía?			
INTRODUCCIÓN	ACTIVIDAD	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
	Preparación del espacio	Contar con todos los elementos necesarios para la propuesta	Preparación del material y del espacio de trabajo de cada participante. Contacto previo con cada una.	Espacio físico
	Revisión	Revisar cómo se llega ese día a la sesión	Se generan preguntas para que cada participante identifique cómo se siente y cómo llega ese día a la sesión	Palabra
	Caldeamiento	Trabajo de propiocepción	Se trabaja con propuestas de movimientos que permitan conectar con las sensaciones y percepciones de su cuerpo (percusiones corporales)	Palabra
DESARROLLO	¿Qué significaciones sobre el cuerpo se pueden identificar durante el proceso de la enfermedad?	Identificar las significaciones sobre el cuerpo que podrían haber surgido durante el proceso de la enfermedad	Espacio de palabra con frases incompletas para compartir su proceso de la enfermedad y las significaciones que recuerde en relación al cuerpo. En un segundo tiempo crear una frase de movimiento donde se represente ese tránsito por la enfermedad.	Palabra y movimiento
			Tercer tiempo, compartir en palabra con el grupo grande.	Palabra

	¿Qué significaciones sobre el cuerpo se pueden identificar posteriores al proceso de la enfermedad y el proceso de la mastectomía ?	Identificar las significaciones sobre el cuerpo que podrían haber surgido posteriores al proceso de la enfermedad y el proceso de la mastectomía	Collage sobre las significaciones posteriores a la mastectomía, partiendo de una monigote básico con algunos recortes de revistas y materiales de pintar	Collage
CIERRE	Cierre integrativo	Crear un espacio de palabra donde se integre el recorrido al proceso de la enfermedad y el tiempo posterior	Compartir las sensaciones del tiempo de producir la frase de movimiento y el collage ¿qué les ha hecho pensar en ese proceso? Danza de los dos tiempos que estamos pensando, integración a hoy, y todas vemos la danza de cada una	Palabra y movimiento

GUÍA DE TRABAJO POR SESIÓN IV

Objetivo general	Explorar la vivencia de significación y resignificación de la feminidad de mujeres mastectomizadas que asisten al Grupo Luz de Vida en Cartago, a partir del uso de la danza como herramienta terapéutica.			
Objetivo específico	-Ubicar los recursos simbólicos que han utilizado las mujeres participantes para habitar este nuevo estado en relación con el cuerpo.			
Categoría 3	Recursos simbólicos. ¿Cuáles son los recursos simbólicos que han utilizado las mujeres participantes para habitar este nuevo estado en relación con el cuerpo?			
CALENTAMIENTO	ACTIVIDAD	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
	Preparación del espacio	Contar con todos los elementos necesarios para la propuesta	Preparación del material y del espacio de trabajo.	Espacio físico
	Revisión	Revisar cómo se llega ese día a la sesión	Por medio de la respiración, realizar una técnica de chequeo para ver como vengo hoy	Respiración
	Caldeamiento	Generar movimientos introductorios para la sesión	Se trabaja con movimientos en la kinesfera, que permitan identificar y sentir el cuerpo, el espacio y a las otras personas presentes.	Palabra

DESARROLLO	¿De qué forma expresaban o transitaban las problemáticas antes de la enfermedad?	Identificar las acciones de autocuidado que ellas han utilizado a lo largo de su vida.	Técnica mi lugar favorito, ejercicio de imaginación guiada, donde las participantes puedan ubicar cuáles fueron esos recursos que ellas les permitieron lograr balance a lo largo de diferentes momentos de su historia.	Música
	¿Con qué medios contaron para enfrentar la enfermedad?	Representar por medio de las telas los recursos con los que ellas contaron a lo largo de la enfermedad	Trabajo con las telas como recursos que permita representar los medios de cuidado o protección con los que contaron a lo largo de su enfermedad. (Tela como borde y tela como medio de representación)	Telas y música
CIERRE	Movimiento integrativo	Representar al grupo lo que se quiera mostrar que se haya encontrado durante los tiempos de exploración de mis recursos simbólicos.	Mostrar en parejas, su danza a la otra pareja. Cada una baila su danza, pero la mitad del grupo observa y la mitad danza.	Música y telas
	Palabras de cierre	Regalar a cada participante una palabra sobre lo que se ha visto representar	Regalos en palabras.	Palabra

GUÍA DE TRABAJO POR SESIÓN V				
Objetivo general	Explorar la vivencia de significación y resignificación de la feminidad de mujeres mastectomizadas que asisten al Grupo Luz de Vida en Cartago, a partir del uso de la danza como herramienta terapéutica.			
Objetivo específico	-Determinar si existen resignificaciones que se producen a partir de la vivencia de la intervención grupal por medio de la danza.			
Categoría 4	Resignificaciones. ¿La intervención grupal y por medio del movimiento puede favorecer resignificaciones?			
CALENTAMIENTO	ACTIVIDAD	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES

	Preparación del espacio	Contar con todos los elementos necesarios para la propuesta	Preparación del material y del espacio de trabajo.	Espacio físico
	Revisión	Revisar cómo se llega ese día a la sesión	Se generan preguntas para que cada participante identifique cómo se siente y cómo llega ese día a la sesión	Música
	Caldeamiento	Generar movimientos introductorios para la sesión	Se trabaja con movimientos que permitan identificar y sentir el cuerpo, el espacio y a las otras personas presentes. (Caminar)	Palabra
DESARROLLO	¿Qué significaciones tenían de ella y el proceso de la enfermedad antes del taller	Trabajar la cartografía corporal para explorar las significaciones de ellas y del proceso de la enfermedad anteriores al taller	Por medio de una propuesta de movimiento permitir que afloren las representaciones que tenían de ellas y de su proceso con la enfermedad antes de este taller.	Respiración Movimiento
			Se propone la creación de una cartografía corporal en diferentes capas donde se puedan plasmar las significaciones que se identificaron.	Cartografía
	¿Qué significaciones tenía de ella y el proceso de la enfermedad después del taller	Exploración de su propio lenguaje de movimiento y pasaje a la cartografía.	Movimiento auténtico Pasar la información recuperada a la cartografía.	Movimiento Cartografía.
CIERRE	Movimiento integrativo	Cierre de movimiento grupal	Terminal	

GUÍA DE TRABAJO POR SESIÓN VI				
Objetivo general	Explorar la vivencia de significación y resignificación de la feminidad de mujeres mastectomizadas que asisten al Grupo Luz de Vida en Cartago, a partir del uso de la danza como herramienta terapéutica.			
Objetivo específico	Realizar cierre del proceso integrando todas las categorías trabajadas durante las sesiones.			
Integración de Categorías				
INTRODUCCIÓN	ACTIVIDAD	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
	Preparación del espacio	Contar con todos los elementos necesarios para la propuesta	Preparación del material y del espacio de trabajo de cada participante.	Espacio físico de cada participante
	Revisión	¿Cómo está mi danza el día de hoy?	Se generan preguntas para que cada participante identifique cómo se siente y cómo llega ese día a la sesión	Palabra
	Caldeamiento	Generar movimientos introductorios para la sesión	Se genera un espacio de movimiento partiendo de las necesidades que cada una identifique ese día.	Revisión y Movimiento
DESARROLLO	Presentación de la bitácora.	Muestra de bitácoras	Cada integrante presenta al grupo su bitácora o bien lo que quiere compartir de ella	Bitácoras
	¿Qué me llevo del grupo?	Proponer un espacio de movimiento bajo la consigna ¿Qué me llevo del grupo?	Espacio de movimiento integrado	Música

	¿Qué deajo aquí?	Proponer un espacio de movimiento bajo la consigna ¿Qué deajo aquí?	Espacio de movimiento integrado	Música
CIERRE	Palabras de cierre	Agradecimiento y cierre	Espacio de palabra, donde participantes y facilitadoras puedan agradecer y despedirse	Palabra

Anexo D. Historia de vida de las participantes

Emilia:

Emilia menciona que viene de una familia con limitaciones económicas, cuenta que vivió con su mamá y hermanos, hasta que su mamá falleció a los 37 años de un tumor, cuando ella estaba por cumplir los 12 años. Su familia de origen está conformada por dos hermanas, 7 y 5 años mayores que ella y dos hermanos, uno un año menor y el otro 10 años menor que ella. Indica que su papá nunca vivió con su familia. Durante su niñez, su hermana mayor ocupó un rol importante, de cuidado, cumpliendo casi un rol de madre.

De su niñez recuerda pocas cosas, básicamente que era muy alérgica, que su madre no podía costear los medicamentos y que era su tía materna quien les ayudaba. Cuando su madre murió, esa tía y su esposo se hicieron cargo de su crianza, la adoptaron, marcando de manera significativa su vida, *“de mi tía recuerdo que era muy fuerte, trabajadora, inteligente, me formó en muchas cosas, era muy leal, muy noble, la amistad era muy importante para ella, de él era más que mi tío político, mi papá, era mi amigo, nos gustaba leer juntos, teníamos esa conexión, un hombre super inteligente, muy estricto en sus cosas, pero con mucho amor, prácticamente él era un militar, me transmitió mucho amor...”*

Menciona que su tío, su papá adoptivo, muere cuando ella está en 4° de colegio. Fallecimiento que revive las pérdidas que ya había experimentado con su madre y su abuela.

Con respecto a la maternidad y a su vida sexual, indica que empieza a tener una vida sexual activa a partir de los 23 años. Quedó embarazada cuando ya era independiente y al enterarse se fue a vivir con el papá de su hija. El nacimiento de su hija se convierte en lo más significativo de su vida. Dice que vivía en un barrio muy católico, donde no era bien visto que una mujer soltera

quedara embarazada, eso la empujó a irse pronto de ahí y empezar la convivencia con el padre de su hija.

Hace referencia a que su cuerpo ha pasado por muchos procedimientos: una operación de rodilla, dos operaciones de pecho, dos procedimientos para ponerle un catéter, un linfoma, el salping y la remoción de unos lunares también por riesgo de cáncer. A pesar de tantos procedimientos, dice estar contenta y agradecida con su cuerpo.

Del cáncer se dio cuenta por el control médico que se hacía de manera rutinaria en su trabajo. Trabaja desde hace 19 años en un Colegio Universitario y el médico de la empresa ha atendido a toda su familia desde que ella recuerda, por lo que, conociendo su historial familiar de cáncer, le dio seguimiento a ella, *“el doctor me mando ultrasonido una vez al año, siempre me lo hacía desde los 30s, en el 2015 el 29 de octubre me hice el ultrasonido él lo revisó y me dice aquí hay algo que no está normal, me hizo referencia con oncólogo, me hicieron biopsia, a los tres días me dijeron es cáncer y el más malo que hay. Todo lo hice por fuera, me operaron el 26 de noviembre y en enero empecé quimioterapia...”*

Dice que la noticia fue muy fuerte, sin embargo, se aferraba a la vida, recuerda que era prácticamente la edad en que su mamá murió y no quería dejar a su hija como su mamá la había dejado a ella.

Experimentó muchos cambios físicos después de la cirugía, uno de los aspectos más chocantes fue perder su cabello ya que acostumbraba a usarlo muy largo. También recuerda los cambios en la piel, las uñas, las cejas, las pestañas y el peso.

Recuerda que este año 2015 en el que le diagnosticaron el cáncer, fue de grandes movimientos, se separó del papá de su hija y pronto se fueron a vivir solas, justo cuando empezaba el proceso de quimio y radioterapia.

A pesar de todo lo vivido dice que hoy es feliz, su vida ha cambiado y ha bajado el ritmo acelerado en el que antes vivía.

Graciela:

Graciela es la mayor en su familia de origen, tiene tres hermanas y dos hermanos, dice que en su familia le enseñaron que la mujer estaba para servir y hacer bien las cosas de la casa, dice que estuvo muy aislada de los derechos de la mujer. Su papá era muy violento con su mamá, le pegaba constantemente, eso hizo que su infancia y adolescencia fueran muy difíciles. Su papá y su mamá se divorciaron cuando ella tenía 12 años, para entonces ya estaban sus cinco hermanos menores, de los que ella tuvo que encargarse.

Recuerda que de adolescente sufría mucho por dolores menstruales, todos los meses la pasaba muy mal, eso la convenció de que no iba a poder tener hijos. Al casarse se puso en tratamiento, pero tampoco logró quedar embarazada. Le quitaron el útero cuando tenía 40 años.

Se casó en una boda relámpago en el 2005, cuando tenía 35 años. Siempre pensó que nunca se casaría, pero para entonces tenía un novio al que su mamá se le puso muy enferma y él necesitaba alguien que cuidara a su mamá, a su papá y lo atendiera a él, por eso se casaron y se fueron a vivir con sus suegros. Muere su suegra al año y medio. En el 2008 le diagnosticaron cáncer, la operan y al mes muere su suegro.

Con respecto a su sexualidad, comenta que siempre se consideró frígida, creía que no podía sentir placer y mantener relaciones con su esposo, con el tiempo lo fue considerado normal. Dice que lo que sabe sobre este tema lo aprendió escuchando comentarios de otras personas, pero que nunca nadie le enseñó al respecto. Antes de casarse tuvo un novio, pero indica que no sentía nada y que creía que algo malo pasaba con ella por no sentir placer y disfrute.

Menciona que en su familia nunca se hablaba de esos temas, lo único que le decían era que las chiquitas no debían quedarse solas con hombres porque a los hombres se les metía el diablo.

Dice no sentirse a gusto con su cuerpo, a veces piensa en qué para qué se va a arreglar si nada se le ve bien. Ahora se siente mal por estar gorda, de niña se sentía mal porque era mucho más alta que sus compañeras. Cuando le quitan el pecho, revivió esa incomodidad sobre su cuerpo, no se sentía a gusto.

Después de la mastectomía su esposo cambió con ella, se distanció, eso le provocaron celos terribles, sentía que ya su esposo no se sentía atraído por ella y temía que él buscara otra relación, su esposo después le acepta que efectivamente se sentía distante a pesar de que sí la quería.

Por su parte, su familia le dio apoyo absoluto cuando se enteraron del cáncer, dice que eso no la dejó deprimirse, el esposo también ayudó a ver el cáncer como una enfermedad más, que eso lo iba a resolver el tratamiento y ya.

Con la mastectomía menciona que fue “muy duro, muy triste, pero luego se siente una satisfacción de lo logré”, ahora cada que vez que pasa por una situación difícil recuerda que si logró pasar por el cáncer también va a lograr pasar por lo que sea que se le presente.

Con el cáncer mucha gente se preocupó por ella como nunca antes, eso la hizo sentirse muy querida. Menciona que ahora se interesa más por ella misma, *“si Dios no me llevó es porque aún tengo que hacer algo, preocuparme más por mí, aunque a veces se me olvida porque pienso en los demás más que en mí misma...”*

Comenta que su cuerpo ha pasado por varios procedimientos quirúrgicos, primero la biopsia, después la cirugía para sacarle el cáncer, la reconstrucción de la mama con el consecuente rechazo del implante para después pasar por la quimio y radioterapia.

Después de la mastectomía quedó con varias molestias físicas, le duele la mama y el brazo derecho, al punto que le incomoda para dormir afectando también la espalda. Dentro de sus padecimientos físicos está la arritmia cardiaca y la tiroides.

Xinia:

Xinia fue la hija número 6 de una familia de 7 hijos, su madre tuvo 13 embarazos y aunque usualmente no estaba muy feliz de saber que venía un nuevo hijo, el embarazo de ella fue tal vez un poco diferente, porque antes de su nacimiento tuvo 4 pérdidas y posterior a ella una más, esto hizo que para su papá ella fuera muy importante, él la “chineaba” mucho porque era “pequeñita” y además porque fue siempre “muy enfermiza”. Siempre fue muy activa y le gustaba mucho participar en todas las actividades posibles.

Sobre la feminidad, en su casa no se hablaba nada sobre ser mujer, su mamá era muy recatada y callada. Su educación fue muy estricta, no la dejaban salir, solo a la casa de una amiga la dejaban ir a hacer las tareas, ni a misa la dejaban ir sola. En su familia ella tenía un lugar

destacado porque ella fue la única que sacó el bachillerato, y esto era algo que a su padre lo complacía mucho.

En cuanto a los temas de pareja, tuvo solamente un novio que es el esposo actualmente, un hombre muy humilde, no estudió en la escuela. Menciona que sobre la sexualidad lo que aprendió se lo dijeron en la escuela, pero tampoco fue mucho porque en ese tiempo en la escuela no se hablaba muy abiertamente, nada más le enseñaron sobre los órganos de la mujer y del hombre, ni siquiera le “enseñaron cómo se hacía un bebé”, “ni le hablaron de métodos de planificación”; ella menciona que quedó embarazada por ignorancia, sin siquiera saber cómo había sucedido, cuando se dió cuenta que estaba embarazada se asustó mucho, porque “ella pensaba que no era posible embarazarse si ella nunca había sentido una penetración”.

No podía decirle a su familia que estaba embarazada, “una amiga que era mi confidente, le dijo a mi hermano, mi hermano a mi mamá, mi mamá a mi papá, y para él fue terrible”, y “él no quiso expresarse conmigo, no me dijo nada y le dio un infarto”. Relata que para él fue muy fuerte “yo era la bebé de mi papá, porque estaba estudiando, era su preferida y estaba embarazada”.

Con respecto a su cuerpo cuenta que ella siempre ha sido bajita y que no tiene una cinturita de avispa, pero a pesar de eso ella siempre se sintió bien como era, aún con su operación, siente que ya se acostumbró. Sin embargo, hay cosas que ha tenido que dejar de hacer y le duele, “a ella le gustaba andar brasieres de encajes, le gustaba andar blusas “despechugaditas” por el calor, ahora sufre mucho cuando ve esos brasieres y las blusas con escote”.

Hace 5 años le realizaron la mastectomía y su vida ha tenido varios cambios, “hay un antes y un después”, por ejemplo a ella le gustaba mucho hacer ejercicios, meterse al gimnasio, pero son

cosas que tuvo que dejar de hacer. Relata que ella experimentó muchos cambios a nivel corporal, psicológico y espiritual.

Sobre el cáncer, dice que cuando recibió la noticia, no fue tan malo porque ella pensó en su hermana que murió de cáncer de pulmón, ella la quería tanto y la recordaba con tanto cariño, entonces ella quería “estar pelona”, así iba a ser como su “clon”, su hermana murió de 26 años, en ese momento ella tenía 12 años. Pero esta hermana fue muy importante para ella, porque no tuvo hijos, y se los llevaba a los hermanitos pequeños, les compraba cosas, le revisaba lo que veía en el colegio, ella era muy amorosa y por eso “ella quería parecerse más a su hermana”. También pensó en su papá que tuvo un melanoma facial, que fue muy incómodo y doloroso, sobre todo porque era en la cara. Recuerda que ella dijo, “ay que lindo, yo voy a tener cáncer igual que mi hermana y mi papá”, ambas personas que tuvieron una fuerte marca afectiva en su historia de vida.

Ella fue la que descubrió su cáncer, se hacía la palpación de las mamas, y desde los 40 años la mamografía, a los 46 se palpó una pelotita pequeña, era un quiste, no era nada grave, el médico del EBAIS le dijo que era un quiste. Para cuando lo volvió a notar, ya estaba en nivel 3, eso quiere decir que tiene que hacer mamografía cada 6 meses, ella estaba sorprendida, porque la “pelotita” le creció muy rápido, y se veía, no le dolía, cada agosto ella se hacía la mamografía, pero de un año al otro había aumentado muchísimo.

Relata que la doctora fue para ella como un ángel, desde el principio le explicó lo que iba a pasar, la primera operación ella “venía feliz, no le quitaron el pecho solo un pedacito”, a los 15 días la llama la doctora. Le dice que la operación salió mal, que tenían que operar otra vez, dice que recuerda que el marido se hincó y le dijo “tranquila, yo la quiero así sin el pecho”. Ese momento fue muy doloroso, “yo decía que no, que yo no quería eso , le decía a él que no era mi culpa”. La

doctora le dijo que le podían hacer una cuadrantectomía, otra vez, pero no le podían asegurar que en 6 meses no tendrían que hacerlo otra vez.

Tuvo demasiado apoyo, toda la familia del esposo, su familia, los vecinos que son extraordinarios, tuvo tanto apoyo que no pudo ni pensar en su pecho. El apoyo ha sido tanto que no ha podido defraudar a los que la apoyan, Dios, el esposo, los hijos, todos se han involucrado. Todo esto es espantoso, pero es superable.

Ella comenta que vivió momentos muy duros, de mucho dolor tanto físico como emocional, recuerda cuando tuvo que cortarse el pelo, o el momento en que se vió desnuda posterior a la cirugía, y también las quemaduras que sufrió por la radioterapia, además lo difícil que fue para ella aceptar que la reconstrucción no había sido exitosa, porque ella tenía muchas expectativas puestas en ese procedimiento. A pesar del apoyo que menciona haber recibido de sus familiares, menciona que su hijo no la podía ver sin pelo, y que ella se ha sentido insegura de que su esposo “la deje por otra mujer que sí esté completa”, además menciona que se afecta mucho cuando se da cuenta de que alguna compañera murió y hay cosas que no ha podido hacer de nuevo como usar ropa deportiva o ponerse un vestido de baño.

María:

María nació en un hogar con condiciones socioeconómicas muy limitadas, era la hija número 5 de una familia de 7 hijos, menciona que cada embarazo representaba para su madre tristeza y preocupación, porque para ella era una carga más por la que velar, la noticia preocupaba más si el nacimiento era de una mujer, pues su mamá decía que “las mujeres traen muchos problemas”, porque “ellas son siempre las que tienen que perder, en cambio el hombre solo gana”.

Ella recuerda que en la crianza las diferencias entre hombres y mujeres eran muy crueles, pues en su casa no la dejaban salir a ningún lado, en cambio los hombres si podían divertirse.

Sin embargo tuvo la oportunidad de coincidir con mujeres que pensaban diferente, la catequista me motivaba mucho, ella veía que yo era demasiado tímida en ese tiempo; también la abuelita, la mamá de mi papá, ella tuvo hijos solita soltera, ella demostraba que las mujeres podíamos y eso le molestaba a muchas mujeres en ese tiempo, ella decía *sí pude sacar a 5 hijos sola*, eso le molestaba a la gente, ella nos decía *ustedes como mujeres pueden, ustedes son capaces, a ella la violaron jovencita y quedó embarazada, a ella le costó pero los sacó adelante, decía que las mujeres podemos, mi mamá no nos dejó estar mucho con mi abuelita pero yo me identifico mucho con ella.*

Relató que ser mamá fueron los momentos más importantes de su vida, cuando sentí que alguien dependía de mí y que yo tenía que sacarlo adelante, yo fui muy agredida por mi mamá entonces sentía que yo no valía la pena y que lo que hacía no servía, pero cuando vi a mi hija me empoderé, me dije yo puedo, yo soy capaz. En esos momentos era tanto el machismo que el papá de mi hija me decía todo el tiempo que yo no servía para nada y que solo me daban trabajo por él. Luego cuando nació mi hijo, yo dije que no le iba a enseñar a ser machista, no quería que otra mujer sufriera lo que yo he sufrido; con mi última hija aprendí a tejer en una semana para preparar sus cosas, hacía suéter, sentía que era capaz y no quería dejarme humillar más por la gente. El nacimiento de mis hijos me dio ese “yo puedo”.

Sobre la sexualidad dice que ella no sabía nada, era un tema del que no se hablaba, ella le comentó a la mamá que le había venido la menstruación y *ella me dijo que le tenía que decir a mi papá y que nadie se tenía que dar cuenta.* Relata que *yo me junté con el papá de mis hijos para*

salir de ese abismo en el estaba, pero era inocente, no sabía nada y menos preguntar, todo lo aprendí con mi esposo y era terrible porque él me engañaba y me hacía sentir menos. A uno le enseñaban que la mujer sirve para ser la pareja de un hombre, para hacer las cosas, no como ser humanos, como un robot que te mueven para acá o para allá

La sexualidad veía como un tabú, *nunca le decían que tenía vagina o pechos, le decían cualquier nombre raro o feo y siempre que se tapen, que no sea cochina, que vista largo, que no sepan de la menstruación, para que la gente no pensara mal de uno, no importaban tus sentimientos. Yo me crié en un ambiente muy machista, mi papá nunca nos pegó, me defendía mucho, pero sí era muy machista, la mujer fue hecha para tener hijos, como una obligación y la que no sirvió para tener hijos no sirve para nada, eso se escuchaba.*

Estas vivencias de desvalorización fueron marcando su percepción como mujer, relató. Antes me cuidaba el pelo y me maquillaba y buscaba que los hombres me dijeran qué bien me veía, pero ahora lo hago por mí, yo me sentía antes muy mal, detestaba verme en el espejo, me cambiaba la ropa, el maquillaje, vivía porque la gente me viera bien y no porque yo me sintiera bien.

Comentó que su mamá habitualmente hacía comentarios fuertes sobre su cuerpo, lo veía mal, mami se refería con menosprecio al cuerpo, ni bonita que es, decía... nadie se va a estar fijando en usted... mami decía, yo tengo siete blanquitos y una negrilla, yo siempre andaba con ella, no sé por qué ella era así conmigo.

Relata que su vida actual es muy contrastante con la vida de antes, porque sus hijos la motivan mucho, incluso ella misma, siente que pasó muchas cosas y ahora siente que es capaz.

Hoy es un cambio totalmente, la verdad para mí la crianza de mis hijos, tanto amor con que los he visto siempre, eso se me devuelve, me siento una persona muy importante para ellos, ellos me lo hacen sentir. Yo los crié sola, los tres estudiaron, los tres son profesionales, como que he logrado en ellos muchas cosas, veo en ellos muchas cosas que yo quería hacer. Ellos me dicen muchas veces mami usted con tanto trabajo para que saliéramos adelante y ahora me traen para que no me falte nada.

Sobre el momento en que se dio cuenta del cáncer relató: *Yo me había sentido una pelotita, pero no tenía seguro, íbamos a perder la casa, teníamos problemas económicos, yo cuidaba mis nietos, los de mi hija mayor, me esperé un tiempito y luego me hice la mamografía, pero ya estaba más grande la pelota, me dijeron que parecía cáncer, activé el seguro y sí me lo confirmaron.*

Relata que los hijos la apoyaron mucho, cuando la operaron su hija la curaba, dice que ella no se quería ver, tuvo un proceso de sanación muy bueno, y se sintió muy motivada. Relata que la hija mayor le decía *sos perfecta*, dice que fue duro el tema del pelo, *yo tenía el pelo larguísimo y ya llegó la quimioterapia, mi hija me cortó el pelo, después sí tuve que raparme*. Piensa que tal vez no se le hizo muy complicado aceptar el cáncer y la quimio, aunque hay lugares adonde no quiere ir como la playa, porque no quiero sentirme mal.

Recuerda que la mamá le decía que le enseñara a sus hermanas cómo había quedado después de la operación, pero que ella no *quería, es mi cuerpo, no quería que me vieran, que fueran a un circo*. Menciona que también se sintió apoyada por su mamá y sus hermanos.

Dice, *el cáncer es doloroso, si a alguien le amputan una pierna o un brazo, la gente se conmueve, pero uno como es un pecho la gente no lo ve de esa forma, es una cirugía dolorosa, complicada y emocionalmente sí afecta. Son muchas cosas, no tener el pecho. Los calores, esos*

fríos, como le quitan la menstruación, es una menopausia de un solo, eso afecta emocionalmente, la quimioterapia, hay días que uno no quiere que le hablen mucho, otros quiere desahogarse, a veces no se sabe ni qué quiere uno.

Relató que después de sobrellevar el cáncer, en cierta forma uno piensa que si pude pasar por esto y el Señor le va a dar la fuerza para seguir, veo los problemas no tan grandes como los veía antes. Ya no ve un problema, ve una circunstancia, lo hace a uno ver las cosas más positivo.

Parte de los recursos que le ayudaron a lidiar con la situación del cáncer fueron su fe, el apoyo de sus hijos y también de su familia de origen, como su mamá y sus hermanos, también le gustaba mucho hacer cosas de manualidades y eso le ayudó.

Recuerda que al principio sintió mucho apoyo de sus hermanos pero ahora ya no, por ejemplo estos días ella se ha sentido enferma, y los hermanos le dijeron que se fuera a hacer la prueba del covid-19 para que vaya a cuidar a la mamá; ella siente que ya no les importa cómo se sienta.

Papá murió hace 8 años y a mamá le dio una depresión, como todos trabajan y yo estoy en la casa entonces yo todos los días voy a limpiar y a estar con ella, uno o dos días llega una hermana. Mamá tiene 79 años. Esto es algo muy duro, no es como que le amputen otra parte del cuerpo, la gente lo menosprecia o no le da tanta importancia. Una hermana me decía que para qué hacerme la reconstrucción, que si estoy loca, que yo ya no necesito eso, me dijo que hacerlo es poner a correr a todos, no entienden que duele, es una parte de uno. Ha costado que mi familia se ponga en mi lugar.

Ella menciona que *psicológicamente fue algo muy duro, porque ella tenía que ser fuerte por mi mamá y por mis hijos, tenía que darle el apoyo a ellos para que no cayeran, y dice que ella a veces se cansa de ser fuerte .*

Papá murió de cáncer de páncreas, duró un mes cuando nos lo dijeron, mi papá siempre me decía usted es mi muñequita usted es muy linda, fue un gran apoyo que yo tenía, él no nos abrazaba, mi mamá no lo permitía siempre fue muy celosa, Dios guarde sentarnos en sus regazos, en los últimos años yo le daba beso en la mejilla, porque antes mi mamá no nos permitía. Mamá decía: el papá es un hombre como todos, decía que no le preocupaba que él nos hiciera algo, sino que nosotras provocáramos algo en él.

La operación de las cervicales fue hace 13 años, se me hizo una hernia por trabajo y tuvieron que cambiarme dos vértebras, meterme una cajita de titanio, el nervio principal está prensado entre la caja y si me lo suelta puedo quedar inválida, cualquier parte del cuerpo puede doler, es un dolor no específico, tomo un medicamento, Lyrica, que me ayuda a dormir y para aguantar un poco, al principio no podía ni dormir del dolor tan terrible.