

Cáncer cervicouterino y sexualidad

Un enfoque desde la narrativa de las mujeres enfermas

María del Carmen Calderón Benavides
Unidad de Tumores Ginecológicos del Servicio de Oncología,
Hospital General de México

Resumen

Con base en entrevistas a profundidad estructuradas para mujeres con cáncer cervicouterino, se ha realizado este estudio en la Unidad de Tumores Ginecológicos del Servicio de Oncología del Hospital General de México. Planteado desde el marco de la metodología cualitativa, y realizado a partir de la narrativa de las protagonistas, el enfoque permite la revelación de las enfermas desde sí mismas, conocer sus puntos de vista ante los acontecimientos relacionados con la enfermedad y su participación en ellos. El objetivo es hacer visibles los procesos de las mujeres: el significado que dan a enfermar y padecer cáncer cervicouterino, una enfermedad situada en el aparato sexual reproductor; vinculada al manejo de la sexualidad y de la vida sexual activa; de los procesos de adaptación y resistencia a las transformaciones originadas por la enfermedad y los tratamientos; de la pérdida de órganos y funciones, vinculados a la subjetividad e identidad femenina y de las repercusiones individuales, familiares y sociales.

Palabras clave: mujeres, género, sexualidad, cáncer cervicouterino.

Abstract

Based on in-depth structured interviews for women with cervical cancer, this study was carried out in the Gynecological Tumors Unit of the Oncology Department of the Hospital General of Mexico. Posited from the framework of qualitative methodology and carried out on the basis of the narrative of the subjects, this approach allowed for disclosure made by the patients themselves, revealing their points of view on the events connected with the disease and their participation in these processes. The aim is to make the processes of women visible: the meaning for them of sickness and cervical cancer, a disease situated in the sexual reproductive apparatus, linked to the management of sexuality and an active sex life; the processes of adaptation and resistance to the transformations caused by disease and treatments; and the loss of organs and functions linked to subjectivity and female identity and individual, family, and social repercussions.

Keywords: women, gender, sexuality, cervical cancer.

Introducción

Considerando que la cotidianidad y los hechos vitales contribuyen al desarrollo de la enfermedad, ha sido necesario poner de manifiesto los aspectos relacionados con las vivencias de las mujeres antes, durante y después del cáncer, así como situar su análisis en la perspectiva de las condiciones familiares, sociales, culturales, económicas y políticas en las que las mujeres nacen, se desarrollan y se relacionan, como una parte integral de la enfermedad. Este trabajo expone el papel que tiene el manejo de la sexualidad en el desarrollo del cáncer cervicouterino, la vida sexual activa antes y después del diagnóstico y tratamiento, las repercusiones físicas, familiares y culturales que enfrenta una mujer al enfermar de cáncer cervicouterino, así como las secuelas de los tratamientos y el estigma social que subyace a la enfermedad.

Como un trabajo realizado desde la historia de mujeres con cáncer cervicouterino, se trata de un enfoque que permite la revelación de sí mismas, sus puntos de vista ante los acontecimientos relacionados con la enfermedad y su participación en ellos, sus opiniones, sus emociones y sus percepciones.

Este trabajo pretende ayudar a comprender los procesos de adaptación y resistencia a las transformaciones originadas por la enfermedad; por eso, al entrevistarlas se persiguió algo más que información: se trató de establecer un contexto y todo lo que se expresa y se vive a través del cuerpo.

Marcela Lagarde (1997: 28) comenta:

Los procesos de cada mujer a lo largo de su biografía y en su cotidianidad, permiten conocer, explicar y comprender el estado de su salud. Las dificultades y los conflictos, las enfermedades, los accidentes y las carencias, las maneras de enfrentarlos, así como los logros, las actividades enriquecedoras, la ausencia de malestares y de enfermedades o daños y el disfrute de la vida, se plasman en el cuerpo y la subjetividad, en el cuerpo vivido y producen un específico estado de salud definitorio del estado vital con que cada mujer enfrenta su existencia.

El reconocimiento del cáncer cervicouterino como un fenómeno social, no sólo como un proceso biológico, sino como un acontecimiento que refleja una experiencia social contextualizada y dentro de una perspectiva histórica, puede permitir la comprensión de las protagonistas, rescatando su vida cotidiana y, así, acercarse al significado de ser una mujer con cáncer cervicouterino.

Género y proceso salud-enfermedad en las mujeres

Tener en cuenta el factor género como uno de los organizadores privilegiados de la realidad y puntualizar la estrecha relación entre los malestares femeninos y su especificidad con la vida cotidiana, implica analizar cómo se cons-

truyen las mujeres, en tanto sujetos de nuestra cultura y la incidencia que ello tiene sobre su salud, de qué manera las condiciones de la vida cotidiana repercuten en los modos de enfermar, por la influencia de la sedimentación de un conjunto de actividades y actitudes que bajo la forma de rutinas y de hábitos se mantienen constantes en la vida de las personas.

Es necesario destacar cómo los roles de género femenino afectan la manera en que enferman las mujeres, cómo las condiciones de su vida cotidiana se constituyen como factores de riesgo para su proceso salud-enfermedad y cómo la inclusión de la perspectiva de género hace posible analizar el enfermar femenino al incorporar herramientas conceptuales y técnicas que destaquen las características de la construcción de las mujeres en nuestra cultura y en nuestra sociedad.

El cuerpo

Los seres humanos adquieren, desde el nacimiento, significados y atribuciones correspondientes a un proceso de socialización a partir del cuerpo de hombre o de mujer: a lo largo del proceso de socialización se va conformando un entramado de creencias de acuerdo con las pautas de simbolización propuestas o impuestas por cada cultura. La diferencia anatómica determina las claves de estructuración interna correspondientes a cada ser humano desde un enfoque del imaginario social. En este sentido, encontramos que la vivencia de la corporeidad es construida con significativas diferencias en hombres y mujeres: en nuestra cultura no es igual tener un cuerpo de hombre que un cuerpo de mujer.

Martha Lamas (1996: 341) refiere: “la inscripción de la cultura en los cuerpos no es sólo un proceso de adquisición de valores y creencias, supone también la conformación de los procesos fisiológicos que intervienen en la forma en que experimentamos el cuerpo”.

El orden de lo social confiere sentido al cuerpo desde el momento en que se nace; el niño o la niña desarrolla su autopercepción desde los mensajes externos que recibe de quien lo cuida. Cada uno integra su esquema corporal y su realidad psíquica tomando como referencia las imágenes que recibe del mundo externo y de sus figuras importantes. En este proceso de integración se establece un diálogo constante entre el inconsciente de la madre y el inconsciente del hijo, generándose un lenguaje a través de símbolos que se inscriben como la imagen corporal, se constituye en la memoria inconsciente de toda la vivencia relacional. Al respecto Joyce McDougall (1981: 32) destaca:

[...] la importancia de los factores que tienen que ver con todo aquello que contribuya a la construcción de la realidad externa, pues ésta no se construye

sola. Esta realidad está constantemente modulada por la economía del afecto y por la intervención del lenguaje. Los órganos de los sentidos y las representaciones subsecuentes sólo dejan pasar las ideas y los afectos decretados lícitos por el discurso familiar. A partir de allí, lo que es perceptible, como todo lo que es comprensible, pasará fatalmente por ese filtro.

La sociedad, a través de la madre y las figuras representativas, le ofrecen al niño-la niña signos, símbolos y significados que sólo tienen sentido dentro de un contexto social y cultural específico. No es posible hablar de cuerpo y sociedad como si fueran aislados, cuando la sociedad y la cultura son las que diseñan, coordinan y orientan la biología. El sociólogo inglés J. Weeks (1998: 25) indica que "la manera en que cada uno comprende, imagina, simboliza, representa internamente o se siente respecto de su fisiología, es producto del desarrollo y la experiencia en la familia y no un producto directo de la biología en sí".

Cáncer cervicouterino y sexualidad

Vincular el cáncer cervicouterino con la sexualidad parecería obvio, pero de manera sorprendente no lo es o no lo ha sido. Por tratarse de una enfermedad del aparato sexual femenino, involucra el ejercicio de la vida sexual activa y, en consecuencia, de la sexualidad, que no se reduce a lo genital y mucho menos a las funciones reproductivas. La sexualidad vincula los aspectos biológicos con los de tipo psicológico y sociocultural (Delfín Lara, 1998).

Desde el enfoque biomédico se han establecido factores de riesgo que, de manera aislada o en conjunto, favorecen el desarrollo del cáncer cervicouterino: inicio de relaciones sexuales a edad temprana, múltiples parejas en la mujer o en el hombre, multiparidad, falta de higiene genital propia y de la pareja, infecciones genitales frecuentes, tabaquismo y deficiencias nutricionales. Dada esta categorización de factores de riesgo personales y ambientales, surge una serie de reflexiones, pues estos factores —más allá de ser una causa— pueden constituirse como una consecuencia: se trata de manifestaciones de conducta que se presentan como el resultado de la interacción de las mujeres con su contexto tanto familiar como social e institucional.

"La biología condiciona y limita lo que es posible. Pero no es la causa de las formas de vida sexual. Prefiero ver en la biología una serie de potenciales que se transforman y adquieren significado sólo en las relaciones sociales" (Weeks, 1998: 25).

Helena E. Restrepo (1993: 109) hace referencia a un estudio realiza-

do por Skegg *et al.*, que en 1982 planteó las posibles relaciones de los patrones culturales de conducta sexual con la incidencia del cáncer cervicouterino. En este trabajo, se estudiaron tres tipos de sociedades con patrones conductuales diferentes y los resultados indicaron que "la mayor incidencia de la enfermedad se observa en la sociedad donde predomina el machismo con la consiguiente promiscuidad masculina; la incidencia más baja corresponde a la sociedad más tradicional, con bajos índices de promiscuidad tanto masculina como femenina".

El cáncer cervicouterino es consecuencia, en algunos casos, de una enfermedad de transmisión sexual, y a partir de ello habría que involucrar a los actores correspondientes, pues el ejercicio de una vida sexual activa implica la coparticipación, y por lo tanto la corresponsabilidad de la pareja, de la familia, de la sociedad y de las instituciones.

La vida sexual activa

El inicio de la vida sexual activa de las mujeres en etapas tempranas ha sido determinado como un factor de riesgo para el cáncer cervicouterino y considerado como un hecho etiológico en sí mismo. Este acontecimiento no se presenta de manera aislada, sino que está rodeado de "una serie de características socioambientales que es necesario someter a estudio para profundizar el conocimiento de las condiciones de riesgo" (Restrepo, 1993).

Indagar en la historia sexual de las mujeres que participaron en el estudio, permitió el reconocimiento de los comportamientos que reflejaron su manera de ver, captar y entender el mundo, como un filtro a través del cual valoraron la realidad. La entrevista investigó la historia sexual de las mujeres participantes; se detectaron dos tipos de mujeres por la manera de vivir su primera relación sexual: las que decidieron el momento y con quien tenerla, y las mujeres que fueron víctimas de violación.

Primera relación sexual voluntaria

De las 11 mujeres que tuvieron su primera relación sexual de manera voluntaria, seis mencionan que ha sido su única pareja; se describieron participativas con sentimientos de satisfacción. La edad de esa primera relación sexual estuvo comprendida entre los 15 y los 24 años. Mencionaron haberla vivido con total desconocimiento y con amor; el placer sexual fue dándose poco a poco, no desde la primera vez; les cuesta trabajo admitir que experimentan sensaciones gozosas; una de las mujeres entrevistadas no sabe si ha tenido orgasmos.

Violencia sexual

El grupo constituido por mujeres víctimas de agresión sexual fue de cuatro; dos de ellas violadas en la infancia y dos en la adolescencia. Ellas presentan historias diferentes, algunas con violación reiterada de diferentes hombres.

El miedo, la vergüenza, la culpa y el asco preexistentes, se arraigaron en su vivencia corporal. Un rasgo importante es el rechazo que manifestaron hacia la vivencia sexual gozosa.

La coparticipación masculina

El cáncer cervicouterino es consecuencia, en algunos casos, de una enfermedad de transmisión sexual, en la cual no se ha involucrado a los hombres como actores corresponsables y directamente relacionados con el proceso de contagio. Tan es así, que las campañas y programas de prevención se han dirigido sólo a las mujeres, soslayando que los estereotipos de nuestra cultura favorecen patrones masculinos de conducta sexual que propician la transmisión de infecciones precursoras de esta enfermedad.

El cáncer en las mujeres

El cáncer de las mujeres, y en este caso el cáncer cervicouterino, no puede ser visto como un acontecimiento aislado ni como una enfermedad que afecta a un organismo; se trata de una enfermedad en un cuerpo, un cuerpo de mujer, una enfermedad que produce un padecimiento, un padecer miedo, angustia, tristeza, un padecer que convierte a la mujer en un ser vulnerable, dependiente, un ser con dolor físico que teme perder la dignidad y la autonomía a causa de su deterioro corporal. La mujer que enferma de cáncer es un ser humano en transición, que ante la confirmación del diagnóstico inicia un proceso de autodescubrimiento lleno de circunstancias ajenas. Al enfermar, se convierte en una persona desconocida para sí misma. Ha de iniciar un camino entre el miedo, la incertidumbre y la vulnerabilidad. Pero no sólo ella: la familia completa se enfrenta a un proceso en el que el miedo predomina y todo lo transforma, que impide entender y preguntar. Ese miedo que proviene de la enfermedad y que se convierte en una sensación única, inexplicable y en ocasiones paralizante.

La pérdida de la salud por cáncer y la pérdida de los órganos involucrados y sus funciones son procesos que se viven prácticamente al mismo tiempo. La crisis del diagnóstico se presenta intensificada por el cúmulo de análisis que anteceden a la prescripción de los tratamientos. Los acontecimientos se suceden con una velocidad que supera la capacidad adaptativa, y los efectos colaterales de los tratamientos van más allá de la

pérdida y afectación de órganos como el útero, los ovarios y la vagina, pues enfrentan a la mujer con problemas como las cicatrices, la resequedad y acortamiento vaginal, la infertilidad, la menopausia terapéutica, la incontinencia urinaria, bochornos, dolor de huesos, el desgano, disminución y/o pérdida del deseo y goce sexual, la piel quemada, el ser diferente, el estigma, la culpa y el miedo, entre otros.

En el aspecto emocional, el diagnóstico de cáncer desorganiza, desequilibra y atenta contra la integridad de la persona, quien a partir de ese momento ya no tendrá paz. La inestabilidad interna es el resultado del duelo ante la pérdida de la salud por cáncer: la negación, la agresión, la depresión, están presentes en el proceso dando lugar a alteraciones de tipo conductual. Nunca será lo mismo perder la salud por cáncer que por otra enfermedad, como tampoco el perder la salud por cáncer en los órganos genitales que por cáncer de piel, de estómago o de pulmón: las implicaciones sociales, la jerarquía de los órganos y sus símbolos y significados determinan una diferencia que influye sustancialmente en la calidad de vida del enfermo. No es lo mismo estar enfermo con estigma que sin él.

Una pérdida que difícilmente es mencionada porque con dificultad se identifica es la pérdida de la cotidianidad, que se ve bruscamente interrumpida por la detección de la enfermedad y por la gravedad del diagnóstico: nada será igual después del cáncer. Se presenta la urgencia de la reorganización para garantizar que la familia funcione; y cada uno de sus miembros reacciona con los recursos particulares que tiene en su estructura de personalidad. El cáncer es una enfermedad que produce un sinnúmero de reacciones en los familiares: desde las manifestaciones exacerbadas, la deserción escolar, la somatización, la labilidad, la sobreprotección o la evasión, entre muchas otras, todas ellas expresiones de la severa ansiedad y de la necesidad de adaptarse a un evento tan desestabilizador como amenazante.

La relación de pareja puede presentar una serie de alteraciones debido a los ajustes lógicos que impone la presencia de la enfermedad; es de importancia considerar el contexto socioeconómico en que se desarrolla, la cultura a la que se pertenece, el sistema de creencias y el momento evolutivo de la pareja, los antecedentes del vínculo afectivo, el nivel de comunicación, el manejo de la intimidad y de la sexualidad, así como las estrategias previas utilizadas para enfrentar los problemas: "es tu problema o nuestro problema". Estos antecedentes no siempre establecen el rumbo por el cual se va a afrontar la vivencia de lo que el cáncer implica: pueden dar una orientación, pues lo mismo que para las mujeres enfermas, sus parejas inician un proceso en el que autodescubrirán rasgos o características que le eran desconocidas.

La vida antes del cáncer

Antecedentes socioambientales y familiares

El ambiente familiar al que llegamos los seres humanos determina experiencias primordiales para el desarrollo y la vida entera. Es la familia el espacio en que aprendemos todo lo concerniente a la sociedad, para después repetirlo como patrones valorativos y relacionales.

Reconocer la importancia que tiene lo que se vive en el ámbito familiar durante los primeros años de la vida permitirá comprender que las decisiones, actitudes y conductas humanas, que en ocasiones parecerían fuera de toda lógica, tienen sustento en los aprendizajes de las etapas tempranas, pues éstos se encuentran constituidos como una memoria, como un filtro por el cual atravesarán todos los acontecimientos, y sólo obtendrán significado los que permitan reproducir modelos; todo lo demás será omitido o pasará desapercibido (Ramírez, 1994).

Remitirnos a los antecedentes de las mujeres con cáncer cervicouterino tiene como objetivo visualizar el contexto de la mujer y la importancia que puede tener para el desarrollo de la enfermedad.

Reacciones ante el cáncer cervicouterino

Al llegar a la consulta de primera vez en el área de tumores ginecológicos, la mujer ya lleva un camino recorrido; a partir de síntomas o de la detección fortuita, ha acudido a una serie de consultas de medicina general y ginecología, a nivel privado e institucional, hasta que es canalizada a la consulta oncológica de tercer nivel.

Las mujeres refieren que la confirmación del diagnóstico de cáncer es de alguna manera ya esperada y, sin embargo, les produce una sensación de gravedad extrema, de alarma, debido a la velocidad con que son atendidas por el equipo de especialistas. Surgen temores ante el sinónimo cultural de la muerte, y una necesidad apremiante de protección y de adherencia. Se instalan de inmediato las ideas persecutorias y culpígenas, surgidas del desconocimiento, de la información insuficiente, de la carencia de esos recursos que necesita para entender sus condiciones particulares y el proceso de la enfermedad. Afloran las culpas a consecuencia de la inevitable vinculación del cáncer con el manejo "socialmente inadecuado" de su actividad sexual.

Ante la imposibilidad de explicaciones convincentes, en general el cáncer es experimentado como un castigo ante conductas varias y se le atribuyen transgresiones de orden moral o religioso. Se manejan dos tipos de concepciones: la coloquial (esas ideas populares plenas de metáforas y que colocan al cáncer como sinónimo de muerte, dolor y sufrimiento) y la concepción

médica (que se refiere a las clasificaciones y características propias de la enfermedad). El discurso médico con que se hace referencia al cáncer, sus procesos y sus tratamientos, suele manejarse en términos de posesión diabólica: es "benigno o maligno", lo que lejos de favorecer la percepción de quien lo padece, le produce un incremento en sus temores y fantasías persecutorias.

Al respecto, Sontag (1996: 54) menciona que "las referencias militares están presentes: se entabla una lucha o cruzada contra el cáncer [...], el cuerpo está sometido a una invasión, a un ataque, y el único tratamiento es el contraataque".

Cuando se habla del cáncer, las metáforas provienen del vocabulario de la guerra, de la terminología militar: las células cancerosas invaden a partir del tumor original, colonizan en otras zonas del cuerpo con micrometástasis. Las defensas del organismo no son lo suficientemente vigorosas, por muy radical que sea la intervención quirúrgica.

[...]

Nada hay más punitivo que darle un significado a la enfermedad, el cual resulta invariablemente moralista. Cualquier enfermedad importante cuyos orígenes sean oscuros y su tratamiento ineficaz, tiende a hundirse en significados. La enfermedad misma se vuelve metáfora, luego en nombre de ella, usándola como metáfora, se atribuye ese horror a otras cosas (*ibidem*: 56).

En los casos específicos de las mujeres, ellas hacen alusión a su vida, sus hábitos, sus costumbres, buscando una explicación que les resulta necesaria para aceptar que padecen cáncer en el aparato reproductor. Se autocastigan con calificativos e insultos de índole moralista y peyorativo, acompañados de un: "me lo merezco por puta", "me lo busqué por andar de loca".

A nivel familiar, lejos de lo que pudiera suponerse, las relaciones se deterioran a partir del diagnóstico. Ellas manifiestan que se sienten rechazadas y sucias: los estereotipos de la "mujer buena" quedan en entredicho y se desata la posibilidad de ser o haber sido "mala", y el castigo es quedar "vacía, hueca, ya no servir como mujer". Además, existe el temor a contagiar a sus familiares.

La vida sexual después del tratamiento. El vínculo con su pareja

En los meses subsecuentes al tratamiento, la mujer identifica las secuelas y siente los cambios: las alteraciones de la vagina y las afectaciones o pérdida de los ovarios, como producto de la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia inhiben el deseo y el goce sexual. Experimentan insensibilidad o rese-

quedad en la vagina después de la radioterapia; o acortamiento y estrechez después de la cirugía. Estas experiencias repercuten en su relación de pareja; ambos se manifiestan ansiosos, el contacto sexual es evitado, frecuentemente ella sangra después del coito. Estos hechos la vuelven temerosa y piensa que si ejerce su sexualidad puede tener una recurrencia.

Los niveles de deseo y goce sexual se ven disminuidos o se les resta importancia, privilegiando su relación como madres y la sobrevivencia al cáncer; se presenta el rechazo hacia la pareja. Manifiestan temor a las recurrencias de la enfermedad y hacen patente no desear las relaciones sexuales y de seguir adelante "por mis hijos".

Relación con el cuerpo y sus funciones

Este aspecto se relaciona con el nivel de conciencia y la capacidad de concebirse a sí misma como dueña de un cuerpo que tiene funciones y que merece atención y cuidados en cuanto a la higiene, la alimentación y la prevención de enfermedades, y de esta manera propiciar, mantener y disfrutar la salud y el bienestar que requiere un adecuado nivel de calidad de vida.

Las mujeres con cáncer cervicouterino que participaron en este estudio pertenecen a niveles socioeconómicos y educativos bajos, fueron víctimas de violencia física durante su infancia, y una tercera parte sufrió violencia sexual y carecieron de cuidados en su alimentación. No contaron con modelos para adquirir hábitos de autocuidado y no aprendieron a escuchar los mensajes de su cuerpo. Existe autodevaluación y la creencia de inmerecimiento a partir de que su cuerpo sólo las ha hecho sufrir. No se detectan evidencias de autopercepción más allá de lo elemental: un órgano del cuerpo existe si duele, pero no por eso se le cuida o se le presta atención.

Como en muchas mujeres de nuestra cultura, no existe información acerca de las funciones del cuerpo de la mujer, y en la mayoría de los casos, cuando se presenta la primera menstruación provoca sorpresa y desconcierto. Manifiestan dolores menstruales intensos que la cultura ha determinado invisibles y normales, otro hecho que las mujeres acostumbra a pasar desapercibido, igual que han sido el aparato sexual y los genitales: no existen, no se nombran, no se tocan ni se menciona lo que sucede en ellos, así se trate de dolor, que puede ser el resultado del proceso interno que produce la menstruación, pero que no es normal tener que tolerarlo.

Los autocuidados y manifestaciones de afecto hacia el propio cuerpo no están presentes antes del cáncer; estas mujeres se manejan sin indicios de atención a lo que les acontece, sus acciones sugieren desapego de sí mismas.

Además manifiestan su rechazo al ser mujer ante las vivencias desagradables que se han tenido.

Conclusiones

El cáncer cervicouterino es una enfermedad con un gran peso ideológico por estar localizado en los órganos genitales, por comprometer el ejercicio de la vida sexual activa, y porque los actos sexuales están cargados con un exceso de significación.

Los aspectos relacionados con las funciones del aparato sexual y las interacciones sociales y afectivas que manifestaron las mujeres informantes, destacan las características ideológicas que han regido sus formas de sentir, de pensar y de actuar.

La definición de los aspectos culturales del cáncer cervicouterino involucra una serie de elementos relacionados con los significados que tiene para la mujer el hecho de padecer una enfermedad ubicada en el aparato sexual reproductor.

Por los órganos en que se ubica y por las funciones que involucra, el cáncer cervicouterino promueve que entren en juego los valores propios de la concepción del mundo, conjugándose una visión de índole moral ante la enfermedad, en términos de significado y simbolismo, que generan una enorme carga emotiva.

La realidad del cáncer cervicouterino ha sido descrita por otros, los médicos (hombres), que han determinado y establecido creencias en torno a la enfermedad; por lo tanto, la medida o término de referencia del cáncer cervicouterino ha sido lo masculino. La historia oficial del cáncer cervicouterino ha sido escrita y descrita por hombres. Dar la posibilidad a las protagonistas de expresarse a través de una técnica de recuperación y creación de fuentes testimoniales, permitió el rescate de particularidades y el estudio de las pautas de comportamiento individuales y colectivas buscando conocer cómo han sido percibidos los hechos en momentos históricos determinados.

Reconstruir la historia de las mujeres con cáncer cervicouterino es una respuesta al silencio que ha caracterizado a la enfermedad, darles voz es devolver la identidad a las protagonistas de las historias; es generar nuevas percepciones sobre las experiencias que tienen las mujeres acerca de sí mismas por medio de sus palabras.

Bibliografía

- Delfín Lara, F. (1998), "Sexualidad femenina", en *Fem*, núm. 181, abril.
Lagarde, M. (1997), "Presentación", en G. Sayavedra Herrerías y E. Flores

- Hernández (coords.), *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar al poderío y la salud*, México, Red de Mujeres.
- Lamas, Martha (1996), *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*, México, Porrúa/PUEG-UNAM.
- McDougall, J. (1981), "Cuerpo y metáfora", en *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, núm. 23, París, Dire/Gallimard.
- Ramírez, S. (1994), *Infancia es destino*, 13a. ed., México, Siglo XXI.
- Restrepo, H. E. (1993), "Epidemiología y control del cáncer de la mujer en América Latina y el Caribe", en Elsa Gómez Gómez (ed.), *Género, mujer y salud*, Washington, OMS/Organización Panamericana de la Salud.
- Sontag, S. (1996), *La enfermedad y sus metáforas y el Sida y sus metáforas*, Madrid, Taurus.
- Weeks, J. (1998), *Sexualidad*, México, Paidós/PUEG-UNAM.