

Sección Especial

**El cuerpo en evidencia: Reflexiones sobre aspectos
sociales y clínicos de la corporalidad**

Introducción

José Toro-Alfonso
Departamento de Psicología
Universidad de Puerto Rico

En las Ciencias Sociales en general y en la psicología en particular, el cuerpo está de moda. Estamos implicados en esta moda, vivimos en una sociedad donde se realiza un culto al cuerpo. El cuerpo, en la mayoría de las culturas occidentales, moldeado por el contexto social y cultural manifiesta esa representación por medio del cual se construye la evidencia de la relación con el mundo. Es a través del cuerpo que nos relacionamos con las personas y con el mundo. Finalmente, la existencia misma es corporalidad (Brenton, 1992).

A finales de los años 60 y bajo la influencia de los feminismos que siguieron a la década, surge un nuevo interés sobre el cuerpo esta vez trascendiendo lo biológico y concentrándose en el cuerpo como discurso y como producto cultural. Se posiciona el cuerpo de la mujer en su trance con la opresión de lo masculino, se problematiza el color en la lucha de los cuerpos de negritud frente al dominio del blanco anglosajón y se manifiesta el cuerpo sexual como producto del apoderamiento del placer y el deseo.

El cuerpo hoy es más visible que nunca. No sólo en las representaciones del mercado mediante la imagen corporal que vende productos sino además como manifestación individual del contexto social. El cuerpo se torna objeto de manifestación de modas particulares, de expresiones culturales, de reconocimiento y validación de la raza, de la sobrevalorización de lo masculino y la exaltación del cuerpo joven.

La corporalización se asume entonces como objeto de reflexión y de estudio sobre los significados del cuerpo en el género, las diversas razas y culturas, la utilización del cuerpo como mercado y las posibilidades de construir el cuerpo que se quiere mediante las tecnologías. Lo corpóreo se convierte en el referente ante el cual se mide la inclusión en lo social y en las interacciones personales.

Surge entonces todo un campo de estudio sobre el cuerpo y sus significados. El cuerpo social viene a ser un centro de atracción por la diversidad de las manifestaciones y la amplitud de los contextos en los cuales el cuerpo se desenvuelve. El cuerpo saludable, incólume, indestructible se convierte en el referente social principal en las sociedades modernas.

Dado que el cuerpo es producto y discurso social, está atravesado por los referentes saludables de género, clase social, orientación sexual y otros. Desde esa mirada es posible leer en los cuerpos sociales los significados históricos y geográficos de la normativa social sobre lo que se espera de los cuerpos. La corporalización como proceso social no está exenta de la norma cultural.

Entonces el cuerpo puede ser también resistencia y enfrentamiento de las instancias de poder que le conforman. Los tatuajes, aretes y particulares manifestaciones instauradas en el cuerpo muestran los espacios de transgresión de una corporalidad controlada. Después de todo el poder necesita la resistencia para ser funcional (Hoy, 1999).

Es desde esa resistencia que estos trabajos que se presentan en esta Sección Especial ofrecen una mirada a varios asuntos de la corporalidad. Desde la psicología de la salud y el

género hasta la psicología social y la clínica, los trabajos que siguen a continuación dan cuenta de los diversos significados del cuerpo como fenómeno cultural.

En el primer artículo de esta sección las autoras Walters, Serrano-García y Echegaray hacen visible el cuerpo evidente de lo que se ha llamado uno de los problemas de salud pública de nuestra sociedad: la obesidad. El cuerpo obeso desde una perspectiva biopsicosocial con sus consecuencias y sus valorizaciones sociales. Las autoras nos presentan datos epidemiológicos y los significados para la salud que implica la obesidad.

Describen el estigma asociado a la obesidad y las instancias en donde se manifiesta con mayor brutalidad como en la infancia y en los escenarios laborales de personas adultas. Se señalan algunos factores asociados a la obesidad, destacando la genética, la sobrealimentación y la influencia de una sociedad y cultura que no fomenta un cuerpo saludable. La pobreza, dentro de una sociedad global capitalista, se señala además como uno de los ejes principales de la obesidad.

El impacto individual de la obesidad se describe en el segundo artículo de esta sección en donde Maysonet y Toro-Alfonso presentan a un cuerpo que carga el peso. Mediante la narración de un caso clínico de obesidad mórbida, la autora y el autor dan significado concreto al peso y a la imagen corporal de un hombre adulto en un proceso psicoterapéutico. El peso, la imagen y la apariencia se han convertido también en aspectos preocupantes para los hombres.

Este artículo es precisamente acerca de la relación de ese otro, el varón, con los asuntos corpóreos; de cómo el género masculino se enfrenta a un estándar de belleza inaccesible en nuestros días y de cómo la exposición al mismo puede generar la presencia de sintomatología psicológica. El interlocutor en terapia nos habla claramente del cuerpo que se tiene y del cuerpo que se quiere.

La autora y el autor plantean que en nuestra cultura, el peso, la imagen corporal y la apariencia física son vistos como medidas de éxito, tanto para hombres como para mujeres; por lo que el cuerpo se asume como proyecto de vida. Cuando ese proyecto no refleja la mirada socialmente aceptada de lo que es el cuerpo, se confronta entonces con las interrogantes que esta persona hace frente al espacio voluminoso que ocupa.

La mirada del género y el cuerpo se observa nuevamente en el trabajo de Rodríguez y Rosselló cuando apalabran los discursos de un grupo de mujeres con cáncer de mamas. Siendo el cáncer de mamas la primera causa de muerte por cáncer en mujeres puertorriqueñas, la percepción del cuerpo enfermo es evidente en el discurso de las participantes.

Nos indican las autoras que los estudios realizados con mujeres con cáncer de mamas reflejan una pobre imagen de sí mismas, baja auto-estima y cierta tendencia a percibirse como impotentes, desesperanzadas y muy ansiosas. El impacto de las tecnologías quirúrgicas añade dolor a la ignominia en el manejo del cuerpo que queda luego de la mastectomía.

El cuerpo con cáncer de mama se enfrenta a las dificultades en la imagen social, en la sexualidad y en la concepción de la salud. El cuerpo se niega a la desnudez porque hace evidente un cuerpo incompleto. El cuerpo que le falta algo se niega a la mirada del otro, como apalabra una de las participantes.

Las autoras aclaran el contexto de este trabajo, señalando que es imposible no insertarlo en la realidad del acceso a los servicios de salud en Puerto Rico. Hacen recomendaciones dirigidas a tomar en consideración el impacto y los significados que le atribuyen las mujeres al diagnóstico y tratamiento del cuerpo con cáncer.

Finalmente, el artículo cuarto de esta sección recoge la intersección del cuerpo y el género. Más allá de las miradas al género en un cuerpo obeso o en un cuerpo con cáncer, este trabajo invita a la reflexión de los significados sociales del cuerpo con género.

El artículo invita a trascender la concepción esencialista del género biológico para abrir espacios al género como cultura que se instaura en el cuerpo. Siendo el cuerpo un fenómeno producto de la cultura, el referente hombre y el referente mujer no tienen sentido en sí mismos si no en el contexto cultural. No son entonces referentes universales ni permanentes.

La existencia de las tecnologías y la posibilidad de retransformar y reconstruir el género, da cuenta de que los cuerpos sexuados son discursos socialmente construidos que pueden reinventarse transformando sus significados. Como testigo de la resistencia, los cuerpos transgresores se mueven en la fluidez de los constructos de lo masculino y lo femenino.

Si el cuerpo es construcción social y el género es discurso cultural; el deseo sexual del cuerpo es también producto social. Las multiplicidades del deseo sexual nos hablan claramente de la complejidad del deseo, pero sobre todo, nos evidencian cómo el cuerpo construye el deseo y lo articula de formas diferentes dependiendo del contexto.

Estos trabajos son un atisbo de la necesidad de conceptualizar el cuerpo y sus significados como objeto de estudio de la psicología. Puede ser que la psicología llega tarde porque los cuerpos anteceden el análisis y desde hace mucho ya reinventan discursos y transforman las relaciones sociales. Acercarnos a este análisis debe ser también tarea nuestra.

Referencias

- Brenton, D.L. (1992). *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Hoy, D.C. (1999). Critical resistance: Foucault and Bordieu. En G. Weiss & H. F. Haber (Eds.), *Perspectives on embodiment: The intersection of nature and culture* (pp. 3-22). New York, NY: Routledge

Obesidad: El reto de su invisibilidad en el Siglo XXI¹

Kattia Z. Walters Pacheco²

Irma Serrano-García

Ilsa Echegaray^ψ

Universidad de Puerto Rico

Recinto de Río Piedras

Resumen

La cantidad de personas obesas en el mundo es alarmante. En este trabajo presentamos una reflexión crítica sobre la obesidad definiendo la misma desde una perspectiva biopsicosocial. Presentamos datos epidemiológicos que nos invitan a reflexionar sobre los factores que contribuyen a la obesidad y sus consecuencias en la salud física y mental. Presentamos los modos cómo se ha estudiado la obesidad y ejemplos de dietas y recomendaciones de actividad física como dos de las alternativas más promovidas a nivel mundial. Finalmente, ofrecemos recomendaciones de intervención e investigación para prevenir y manejar la obesidad como un problema de salud pública.

Palabras clave: Obesidad, Puerto Rico, Salud

¹ Este trabajo es un resumen parcial del ensayo de candidatura doctoral de la primera autora.

² La primera autora de este artículo es Catedrática Auxiliar del Departamento de Ciencias Sociales y Justicia Criminal de la Universidad de Puerto Rico en Carolina. La segunda autora es Catedráticas del Departamento de Psicología de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Para mayor información debe comunicarse con la primera autora a la siguiente dirección electrónica: kzwalters@yahoo.com.

^ψ En memoria de la Dra. Ilsa Echegaray quien falleció luego de su contribución y redacción de este trabajo.

Abstract

The amount of obese people in the world is alarming. In this paper we present a critical view about obesity defining it from a biopsychosocial perspective. We present epidemiological data which prompt us to examine the factors that contribute to obesity and its consequences on physical and mental health. We present ways in which obesity has been studied and examples of diets and recommendations of physical activity as two of the most promoted alternatives worldwide. Finally, we offer recommendations for intervention and research to prevent and manage obesity as a public health problem.

Key words: Obesity, Puerto Rico, Health

El saber no es suficiente; debemos ponerlo en práctica.

La voluntad no es suficiente; debemos hacer.

Goethe (en Fundación Kellogg, 1998)

Durante los últimos años, la cantidad de personas obesas en el mundo ha incrementado notablemente. Muchas personas entienden que este es un asunto de suma importancia para la salud pública ya que la presencia de obesidad resulta en enfermedades peligrosas como la diabetes tipo 2, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial y cáncer. Tanto la obesidad como algunas de las enfermedades asociadas pueden culminar en muerte prematura, lo que es alarmante para todas las personas.

Se argumenta que la obesidad continuará en aumento ya que el ritmo de vida actual dificulta una sana alimentación (WHO, 2000). Contribuyen al problema la proliferación de establecimientos de comida rápida, los avances tecnológicos, los nuevos estilos de trabajo y la disminución en el ejercicio que realizan las personas. (Álvarez, Moreno & Monereo, 2000; Mardomingo, 2000; Martínez, Ibáñez, Ortega, Sala & Carmena, 2002). Aunque existen consecuencias fisiológicas, es importante señalar que la obesidad tiene consecuencias severas también a nivel psicológico, económico y social, como: enfermedades de salud mental, acceso diferenciado a los servicios de salud disponibles y estigma social (Field, Barnoya & Colditz, 2002; Ranero, 2000)

Ante esta situación, nuestro objetivo es presentar una revisión crítica sobre el tema de la obesidad y sus implicaciones para la sociedad actual. Podremos evidenciar que la obesidad es una condición que trasciende el aspecto biológico; se trata de la interacción de diversos componentes (fisiológico, biológico, económico, social y cultural) que se entretajan y que requieren intervenciones integradas. Para sustentar esta premisa presentaremos los siguientes temas: a) la definición de obesidad, b) su epidemiología y consecuencias, c) los factores que contribuyen a ella, y d) las alternativas biológicas y bio-sociales que se han propuesto para atenderla. Posteriormente, presentaremos un análisis crítico de cómo se ha estudiado la obesidad y haremos recomendaciones sobre intervención e investigación.

¿Cómo se Define la “Obesidad”?

Muchas personas asumen que la definición de obesidad es homogénea y estática. Sin embargo, al revisar la literatura nos percatamos de que el término se ha definido tanto desde una perspectiva biológica como desde una perspectiva biopsicosocial. Desde la perspectiva biológica, la obesidad se define utilizando como indicador el por ciento de grasa en el cuerpo. Para ubicar a las personas según su peso, se utiliza la medida de Índice de Masa Corporal (IMC) que relaciona el peso de una persona con su estatura. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos (kg) entre la estatura en metros y elevando el resultado al cuadrado (Fraser, 2003). Como en Puerto Rico es más común el uso de libras y pulgadas,

para calcular el IMC se divide el peso en libras entre el cuadrado de la estatura en pulgadas y se multiplica el resultado final por 703 (Salgado, Lugo & Díaz, 2004).

Una vez se obtiene el resultado, si el IMC fluctúa entre 18.0 y 24.9 el peso de la persona es saludable, mientras que si la persona obtiene un IMC entre 25.0 y 29.9 se considera que está sobrepeso. Si la persona obtiene un IMC mayor de 30.0 se considera obesa (Cortesi, 2005; Salgado, et al, 2004). Aquí estriba la diferencia entre obesidad y sobrepeso a partir de este criterio. Cabe señalar que el sobrepeso se considera el comienzo de la obesidad; algunas personas le han llamado “pre-obesidad” (Braguinsky, 2005). Veamos en el recuadro un ejemplo concreto del cálculo del IMC.

Una persona que pesa 220 libras y mide 75 pulgadas.

$$220\text{lbs}/(75\text{pulg})^2 \times 703 = 27.5$$

Esta persona está sobrepeso

Definir el concepto obesidad sólo a base del exceso de grasa no da cuenta de las particularidades en el estilo de vida de cada persona ni en cómo éstas influyen en sus patrones de alimentación (Braguinsky, 2003). Tampoco incorpora factores genéticos y ambientales que podrían influir en el resultado final de este cálculo. A la luz de estas observaciones, nos propusimos encontrar alguna definición alterna que incluyera componentes adicionales a lo biológico; es decir, factores sociales y psicológicos.

Según concebida en los comienzos del siglo XXI,

La obesidad es una condición epidémica, metabólica, crónica, heterogénea, estigmatizada y con comorbilidad múltiple, definida por el exceso de grasa corporal, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. La obesidad resulta de factores: a) genéticos (enzimas, hormonas, etc.) y b) del medio (alimentación hipercalórica e hipergrasa prolongada, con exceso de azúcares, falta de fibra en la dieta y sedentarismo obligado). Puede haber otros factores involucrados: cesación de tabaquismo, alcohol y desbalance de neuroquímicos... (Braguinsky, 2003, sección de Concepción de la obesidad a comienzos del siglo XXI, ¶ 1).

A esta definición Braguinsky (2003) añade que las personas obesas se sienten culpables por su condición, disminuyen su autoestima y sufren de desadaptación social.

Entendemos que esta es una definición biopsicosocial de la obesidad. La misma nos invita a mirar la condición desde diversas perspectivas, y nos facilita hacer un análisis crítico de los diversos factores que convierten a la obesidad en una condición de salud que amerita atención. Para ilustrar la necesidad de atender la obesidad y sus consecuencias, a continuación presentaremos algunos datos epidemiológicos.

Epidemiología de la Obesidad

En Estados Unidos la obesidad se considera una epidemia. Aproximadamente el 27% de las personas estadounidenses cumplen con el criterio establecido en el IMC para una persona obesa (Lasley, 1998; Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2004; Rosenzweig & Leiman, 1992; Smith, Nolen, Fredrikson & Loftus, 2003; Spence-Jones, 2003). Smith, et. al. (2003) aseguran que la obesidad se presenta equitativamente en ambos sexos, pero existe evidencia de que más de un 30% de las mujeres en E.U. están obesas y un 55% está sobrepeso (Fraser, 2003). Además, son las mujeres quienes mayormente poseen una “percepción psicológica de estar sobrepeso” (Smith, Nolen, Fredrikson & Loftus, 2003). Como evidencia de lo anterior, más de un 50% de las mujeres estadounidenses se consideran sobrepeso, mientras que para los hombres la cifra es de 35%. La OPS (2004) asegura que la comunidad latina de E.U. es una de las más afectadas por la obesidad ya que sobre el 60% de sus integrantes están obesas o sobrepeso.

La OPS (2004) indica que en Argentina, Colombia, México, Paraguay y Uruguay el 15% o más de la población está obesa. Braguinsky (2005) complementa esta información con los datos que presentamos en la Tabla I.

Tabla 1
Prevalencia de la Obesidad en América Latina

Año	País	Sobrepeso	Obesidad
1989	Brasil	33%	—
1992-93	México	38%	21%
s.f.	Ecuador	—	10%
1997-98	Perú	10-57%	10-57%
s.f.	Paraguay	78%	59%
s.f.	Provincias de Argentina	72%	50%

Estas cifras, sirven para evidenciar la cantidad elevada de casos de obesidad en nuestra América. Veamos ahora las cifras de obesidad en Puerto Rico.

Puerto Rico

El *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) es un sistema de recolección de datos que monitorea las conductas de salud en varios estados de los Estados Unidos y Puerto Rico. En la Isla ha aumentado la cantidad de personas con sobrepeso y obesidad. El por ciento de personas con sobrepeso y obesidad aumentó de 52% en 1996 a 61.6% en el año 2002 (PR BRFSS, 1996-2000; 2001-2002). En 1996, un 37.2% de las personas estaba sobrepeso y en el 2002 esta cifra subió a 39.6%. Sin embargo, la obesidad en el país aumentó aproximadamente un 5% para los mismos años. En 1996 el 16.8% de la población era obesa; mientras que en el 2002 esta cifra aumentó a 22% (BRFSS, 1996-2000; 2001-2002). El riesgo de estar sobrepeso aumenta de los 18 hasta los 54 años. La obesidad aumenta entre los 18 a los 44 años de edad, disminuye entre los 45 a los 54 años y vuelve a aumentar entre los 55 y 64 años.

Por otra parte, la prevalencia de sobrepeso ha variado según el género en distintos momentos. Para los años 1996-2002, la prevalencia de sobrepeso fue mayor en hombres que en mujeres, para los años 1996, 1997 y 2000 la prevalencia de obesidad fue más común en mujeres, mientras en los años 2001 y 2002 la prevalencia de obesidad fue equitativa entre ambos.

El aumento significativo de casos de obesidad y sobrepeso en el país y en el mundo provoca una reflexión sobre las consecuencias y alternativas relacionadas a esta epidemia.

Consecuencias de la Obesidad

Consecuencias en la Salud Física

La obesidad se ha relacionado con otras condiciones de salud como: a) las enfermedades cardiovasculares, b) diabetes, c) cáncer, d) hipertensión, e) anormalidades endocrinas, f) infertilidad, g) irregularidades menstruales, h) derrames cerebrales, i) incontinencia urinaria, y j) complicaciones obstétricas y ginecológicas (Braguinsky, 2003; Grupo de Trabajo sobre Riesgo Cardiovascular, 2004; Martínez, Moreno, Marques & Martí, 2004; Pinel, Assanand & Lehman, 2000; Spence-Jones, 2003). Como consecuencia directa de la obesidad, la esperanza de vida es menor y ocurren muertes prematuras. Estas consecuencias han motivado tanto a profesionales de la salud como al público en general a estar más atentos al estudio de la obesidad.

Otros/as llaman la atención sobre aspectos sociales que marcan la vida de las personas obesas (Cortesi, 2005; Smith, Nolen, Fredrikson & Loftus, 2003) los cuales se manifiestan a través del estigma.

Estigma

El estigma social es un atributo profundamente denigrante que hace a una persona casi inhumana. Existen tres tipos de estigma: a) malformaciones físicas o abominaciones corpóreas, b) imperfecciones de carácter individual, y c) estigmas tribales que implican

pertenecer a un grupo social menospreciado (Goffman, 1963). De éstos resaltaremos el de abominaciones corpóreas porque se refiere a la forma en que las personas se desvían de “lo normal” al poseer deformaciones físicas visibles o diferencias en la forma estructural de su cuerpo.

Un ejemplo del estigma que sufren las personas obesas es la discriminación en lugares de empleo asalariado (Spence-Jones, 2003). Esto se evidencia cuando no se justifican los días que éstas personas no pueden ir a trabajar, ni su incapacidad temprana como consecuencia directa de su condición (Spence-Jones, 2003). También existe evidencia de que hay patronos que no reclutan a personas obesas para puestos de oficina ya que piensan que la clientela tiene una imagen negativa de las mismas, y que ésta será la imagen que proyecten de la empresa. Este rechazo aumenta si se trata de una mujer (Cortesi, 2005).

Este estigma se manifiesta también en la niñez. Hay evidencia de que los niños y niñas no desean aumentar de peso porque: a) se les selecciona con menor frecuencia para equipos de deportes, b) atraen menos al sexo opuesto, c) son menos populares, d) no se les invita con tanta frecuencia a participar de actividades con otros niños/as, e) son más vulnerables, y f) otras personas hieren sus sentimientos fácilmente (Geller, 2004). En las escuelas a los niños y niñas obesos se les priva de jugar con otros/as y usualmente son motivo de burla o de segregación (Cortesi, 2005).

Esta victimización de la persona obesa tiene serias implicaciones en su salud mental, como la ansiedad y la depresión que afecta su vida cotidiana. La ansiedad les motiva a comer y a aislarse, conductas que facilitan mayor aumento de peso y empeoran su situación (Cortesi, 2005).

Tomando en cuenta la seriedad de este asunto, examinemos brevemente los factores que contribuyen a su desarrollo y mantenimiento.

Factores que Contribuyen a la Obesidad

¿Por qué las personas comen tanto? En diversos estudios se ha demostrado que la obesidad puede adjudicarse a: a) factores genéticos y/o hereditarios, y b) factores sociales que incluyen influencias culturales, conductas y estilos de vida (Camarena, et. al., 2004; Grupo de Trabajo sobre Riesgo Cardiovascular, 2004; Martínez, et. al., 2004). Por otra parte, se argumenta que el estilo de vida sedentario es fundamental en el aumento de peso (Spence, 2003).

Factores Genéticos

Las personas debemos comer cierta cantidad de proteínas, carbohidratos, grasas y minerales para mantenernos saludables (Smith, Nolen, Fredrikson & Loftus, 2003). Sin embargo, en algunas familias existe una tendencia a ganar peso debido al papel de la herencia en la acumulación de grasas o a la mayor dificultad para quemarlas (Camarena, et. al., 2004). En las familias en las que el padre o la madre es obesa, aproximadamente el 40% de los niños y niñas en el hogar también lo son. A su vez, en las familias en las que

tanto las madres como los padres son obesos, aproximadamente el 70% de los niños y niñas corren igual suerte (Smith, Nolen, Fredrikson & Loftus, 2003).

De estadísticas como éstas, se infiere que existe un fuerte componente biológico en la condición de la obesidad, aunque no podemos descartar otros factores que podrían explicar estos por cientos. Los niños y niñas en familias en las que las personas adultas están obesas podrían estar imitando sus hábitos de alimentación (Smith, Nolen, Fredrikson & Loftus, 2003).

No obstante, existen hallazgos recientes que sustentan que el componente genético contribuye significativamente a la obesidad. Se han realizado varios estudios para conocer el efecto de algunos genes sobre el control de la ingesta. En estos se ha transferido el gen de leptina³ a ratones ob/ob⁴ sugiriendo la posibilidad de aplicación de la terapia genética en determinadas situaciones de obesidad (Lasley, 1998; Martínez, et. al. 2004).

Wang y sus colaboradores (2001) presentaron un estudio con dopamina⁵ en el que modificaron la ingesta de comida a través del circuito meso-límbico del cerebro, considerando que varios neurotransmisores y químicos como pesticidas y aminoácidos están involucrados en la regulación de la ingesta de alimento. A pesar de que en el estudio enfocaron la dopamina, consideraron importante señalar que la regulación del peso corporal involucra otros mecanismos fisiológicos y neurotransmisores que sería prudente explorar.

Por otra parte, Camarena y sus colaboradores (2004) realizaron otro estudio cuyo objetivo principal fue identificar los genes que participaban en los patrones de regulación de ingesta que las drogas psicotrópicas podían destruir; con el propósito de explicar si existen variaciones genéticas que guarden relación con la predisposición de algunos/as pacientes a ganar peso. De los resultados obtenidos se desprende que existe un gen en el cromosoma Xp⁶ que se relaciona directamente con el desarrollo de la obesidad.

Otra forma para evidenciar el rol de la genética en la obesidad es estudiando a gemelos o gemelas idénticos (Orera, 2000; Smith, Nolen, Fredrikson & Loftus, 2003). Debido a que estos/as tienen los mismos genes que, supuestamente, juegan un rol importante en el aumento de peso, sus patrones al ganar peso deben ser similares. Smith y sus colaboradores (2003) describieron un experimento en el que participaron 12 parejas de gemelos y gemelas idénticos que aceptaron hospedarse en una universidad por 100 días. El objetivo era hacerles engordar, por lo que se les impuso una dieta que excedía las 1,000 calorías. No se les permitía hacer ejercicios y se les motivaba a pasar muchas horas en actividades sedentarias. A los 100 días, todos/as habían ganado peso. Cada integrante de las parejas de gemelos/as ganó prácticamente la misma cantidad de peso. Sin embargo, el

³ Según Casanueva, Gualillo y Diéguez (2000) la leptina es una hormona que circula en la sangre y actúa en el hipotálamo, donde regula el apetito y el balance energético.

⁴ Ob es un gen que produce proteínas en el cuerpo. A estos ratones se les llama ob/ob porque son genéticamente obesos. Ellos tienen una versión mutada del gen ob. Esto hace pensar que las personas obesas podrían tener mutaciones en sus genes que ocasionan la ganancia desmedida de peso por la grasa acumulada en el cuerpo.

⁵ Es un neurotransmisor inhibitorio en el sistema nervioso.

⁶ El cromosoma X es un cromosoma sexual que diferencia a los varones de las hembras; la letra “p” se refiere a que es un cromosoma de origen paterno.

aumento de peso varió en cada pareja entre 9 y 30 libras. Se infiere que los factores genéticos determinaron las diferencias en ese aumento de peso (Orera, 2000).

Por otra parte, debemos reconocer la importancia de las células grasas; las que almacenan la grasa del cuerpo. Se supone que las personas tengamos entre 30 a 40 billones de estas células; sin embargo, mientras más calorías ingerimos y no quemamos tendremos una cantidad mayor. Se ha encontrado que las personas obesas tienen tres veces la cantidad de células grasas que las personas que no lo están (Smith, Nolen, Fredrikson & Loftus, 2003). No obstante, debido a que hay un fuerte enlace entre los genes y las células grasas, la cantidad de estas células se asocia también a la obesidad. En ese sentido, son varias las maneras en que la genética podría ser responsable de la obesidad: generar muchas células grasas, o un porcentaje metabólico bajo que implica no quemar la cantidad adecuada de grasas en el cuerpo.

En estos estudios se evidencia la importancia que se le otorga a la obesidad y el interés por encontrar formas alternas de ayudar a las personas obesas. Sin embargo, ya hemos mencionado que existen factores sociales que también contribuyen a la obesidad como: patrones de alimentación, enlaces culturales y estilos de vida (OPS, 2004).

Factores Sociales

Patrones de alimentación

Comúnmente escuchamos frases como: “Yo no desayuno”, “Yo como bien tarde en la noche”, “A mí me gusta picar⁷”, entre otras. Estas frases nos permiten acercarnos a eso que llamamos patrones de alimentación. Las personas desarrollamos nuestros propios patrones para alimentarnos, tomando en consideración compromisos cotidianos y olvidando su efecto en nuestro organismo. Los patrones de alimentación se aprenden, principalmente de la familia. La comida tiene una función social y su significado social impacta nuestra percepción de alimentarnos. Es decir, las personas comen para establecer estatus social, para solucionar algún conflicto interpersonal o para unirse como grupo social (Garrow, 1988). Por otra parte, los patrones de alimentación se ven influenciados por las costumbres, los hábitos, las decisiones personales y también por estímulos fisiológicos (Escobar & Espinosa, 2000).

Las emociones y tensiones influyen en nuestra ingestión de alimentos. Cuando las personas están ansiosas, tristes o tensas, usualmente ingieren más calorías que las que requiere su cuerpo (Smith, Nolen, Fredrikson & Loftus, 2003). Las personas comen en respuesta a presiones sociales o emocionales y no necesariamente por necesidad fisiológica (Garrow, 1988). El estrés y las rutinas de trabajo hacen que la alimentación se convierta en una actividad mecánica y en un producto más de consumo (Mardomingo, 2000).

Además, las personas no saben seleccionar los alimentos que deben ingerir. No tienen “cultura alimentaria” al preferir comprar una pieza de vestir antes de alimentos que beneficiarían su salud (Cortesi, 2005). Se trata, entonces, de establecer prioridades y reconocer la importancia de una buena alimentación. Considerando que los patrones de

⁷ Sinónimo de merendar en Puerto Rico.

alimentación responden, en gran medida, a nuestro ambiente (Escobar & Espinosa, 2000) pasemos a reflexionar sobre los enlaces culturales y su impacto en la obesidad.

Enlaces culturales

Muchas de las implicaciones de la obesidad responden a una sociedad de consumo en la que se nos bombardea a diario con productos que aluden a un cuerpo saludable, presentando cuerpos esbeltos o criticando cuerpos obesos (Martínez, et.al., 2002). Es evidente el impacto cultural de la comida en nuestra cotidianidad en los periódicos, la televisión y la radio donde encontramos diariamente materiales sobre: a) artículos para alimentos, b) anuncios sobre restaurantes y utensilios de cocina, c) los efectos de dietas y obesidad en la salud, y d) clínicas para tratar los problemas de peso, entre otros (Rosenzweig & Leiman, 1992). También se alude a la inversión económica necesaria para producir, procesar, preparar, empacar, transportar y distribuir alimentos.

Las consecuencias de una cultura post-industrial son importantes para entender sociológicamente los asuntos relacionados al cuerpo a la luz del consumismo, la comercialización y el hedonismo (Martínez et al., 2002; Turner, 1996). Pensar en nuestra cotidianidad nos permite evidenciar que consumimos en exceso, respondemos a las exigencias del mercado y hemos adoptado el culto al cuerpo esbelto como sinónimo de placer individual (Martínez, et.al., 2002). Los cuerpos se han convertido en la “infraestructura material” de la producción de lo que es “ser persona” y de la identidad social (Turner, 1996). Esta idea es apropiada para describir la realidad social en la que vivimos actualmente que, según Álvarez et al. (2000) es la “cultura de la imagen”. Los autores citados anteriormente proponen que este “culto al cuerpo”, principalmente al cuerpo delgado, es producto de los estilos de vida de las personas.

Estilos de vida

En las sociedades occidentales, debido al estilo de vida que impera en la actualidad, están incrementando las tendencias a la obesidad (Getchell, 1989; Hill, 2004; Manson, Skerrett, Greenland & Vanltallie, 2004). La aparición de trabajos sedentarios y el incremento de establecimientos que venden comidas menos saludables son las razones principales para recomendar una modificación en el estilo de vida (Álvarez, Moreno, & Monereo, 2000), que debe incluir, primordialmente, el ejercicio ya que la sociedad actual se caracteriza por la inmovilidad. El estilo de vida moderno no fomenta un buen estado físico. Muchos de los adelantos técnicos tienen como propósito eliminar toda fatiga física en las actividades cotidianas (Getchell, 1989). El automóvil, la televisión, la computadora, los elevadores, las ventanas automáticas de los autos, las podadoras de grama con asiento, entre otros, contribuyen a crear un estilo de vida sedentario que relega el ejercicio a un segundo plano. La televisión ha sustituido la actividad física en los niños y niñas, por mucho tiempo (Fraser, 2003). Desde esta perspectiva, algunas informaciones complementarias sobre las tendencias en el gasto energético muestran que los niveles crecientes de prevalencia de

obesidad se deben a modelos de reducción de actividad física y de aumento en conductas sedentarias en diversas poblaciones (Martínez, et. al., 2004).

Por último, la obesidad está relacionada directamente con la pobreza (Braguinsky, 2005; Cortesi, 2005; Fraser, 2003; Santana, 2004). Las personas pobres tienen mayor acceso a comidas de baja calidad con un alto contenido de grasas y azúcares, que satisfacen su apetito pero incrementan sus posibilidades de adquirir peso. Los alimentos que promueven una mejor nutrición como las frutas, las verduras y las carnes tienen precios muy elevados que los hacen inaccesibles a quienes tienen menor poder adquisitivo (Cortesi, 2005). En ese sentido, no se trata exclusivamente de la influencia de una sociedad de consumo, sino de la falta de acceso a recursos que promuevan una alimentación más saludable (Schmitz & Jeffery, 2002).

Esto ocurre también con el acceso a servicios médicos para tratar la obesidad. Muchos tratamientos poseen costos muy elevados, dificultando el acceso a los mismos y, por consiguiente, su mejoría. Esto incluye los servicios privados que ofrecen programas para adelgazar. Queda señalado que los patrones de alimentación, la cultura y los estilos de vida son factores sociales que impactan directamente la obesidad en las personas.

No todos los factores que influyen en la obesidad se pueden alterar con igual facilidad. Las características biológicas particulares de cada persona, las que le predisponen a la obesidad, no se pueden tratar tan fácilmente (Garrow, 1988). Sin embargo, los factores sociales como los patrones de alimentación y el estilo de vida podrían modificarse en miras a una mejor calidad de vida. Exploremos las alternativas.

¿Cuáles son las Alternativas?

Valdría la pena cuestionarnos ¿cuáles son las soluciones para trabajar con esta condición de salud? Algunas de las alternativas mencionadas en la literatura con mayor frecuencia son: a) la dieta, y b) el ejercicio. Cada una de estas alternativas responderá a las causas de la condición y a las necesidades particulares de cada persona.

Las Dietas

Como ya hemos indicado, la alimentación es una conducta significativa en el desempeño social de las personas (Martínez, et. al. 2004; Rolls, Ello-Martin, & Tohill, 2004). La continua oferta de alimentos altos en grasas y azúcares contribuye al aumento de la obesidad dada la necesidad de consumirlos para corresponder a los estilos de vida actual (Álvarez, et. al., 2000).

La influencia de la grasa en la dieta sobre la prevalencia de obesidad es objeto de controversia (Martínez, et. al., 2004). En estudios longitudinales y ecológicos se sugiere que la reducción en el consumo de grasa y el uso frecuente de productos bajos en calorías en algunos países se ha relacionado con un incremento en la prevalencia de la obesidad. Por otra parte, algunos investigadores/as consideraban que la causa de la alta prevalencia de obesidad era el consumo excesivo de alimentos ricos en calorías (Konner en Rosenzweig y Leiman, 1992) aunque otros/as (Thompson, et.al., en Rosenzweig y Leiman, 1992) recalcan la importancia de la regulación del gasto de energía, independientemente de la

ingesta de alimentos. Estas discrepancias sobre lo que debemos y no debemos comer hacen de la dieta una alternativa controversial. La dieta es una alternativa viable en la medida en que se ajusta a las necesidades particulares de cada persona, según sus expectativas en cuanto a la cantidad de peso que interesa tener o perder.

A pesar de que las dietas no son las únicas alternativas para controlar y manejar el peso corporal, sí son las que más se utilizan y, por tanto, es importante describir algunas. En Puerto Rico, al igual que en otros países, cada día aparece una dieta nueva. Algunas exhortan a las personas a disminuir calorías, grasas y azúcares, mientras que otras proponen la disminución de los carbohidratos. Sin embargo, ¿existe alguna perfecta? Ciertamente, no. Podemos ver en la Tabla 2 las particularidades de las dietas más populares en nuestro país al presente.

Obesidad: El reto de su invisibilidad en el Siglo XXI

Tabla 2
Descripción de las Dietas más Populares en Puerto Rico

Dieta	Objetivos	Alimentos recomendados
<i>South Beach</i> (Rodríguez, 2004)	Persigue modificar los patrones de alimentación de las personas de por vida	Primera fase: Eliminar por completo azúcares y carbohidratos. Se puede ingerir: carne, pescado, pollo, vegetales sin almidón, huevos, queso, nueces y ensaladas con aceite de oliva. Se deben suspender los panes, el arroz, las pastas, las frutas y los dulces (14 días). Segunda fase: Se comienzan a añadir carbohidratos aún evitando alimentos con azúcar. Esta fase debe continuar hasta que la persona obtenga el peso deseado. Tercera fase: los hábitos se mantienen toda la vida.
<i>Dr. Atkins</i> (Rodríguez, 2004)	Bajar de peso	Promueve la ingestión de carnes, quesos, huevos, pollo, grasas y aceites. Bajo la misma, se prohíbe el consumo de granos, frutas y vegetales.
En la Zona (Rodríguez, 2004; Sears & Lawren (1996)	Tener mayor energía y reducir el apetito para bajar de peso mediante el balance y la moderación	Se sugiere consumir una cantidad de proteína igual o menor del tamaño y espesor de la palma de su mano (3 onzas para las mujeres y 4 onzas para los hombres). Los carbohidratos y las grasas se permiten siempre que se pueda controlar la insulina (Córdova, 2004).
<i>Weight Watchers</i> (Witherspoon & Rosenzweig, 2004).	Pérdida de peso mediante un programa flexible que motiva a las personas a adaptarlo a sus propias necesidades y estilo de vida ya que no prohíbe el consumo de ningún alimento	En este programa a las comidas se les asignan puntos según las calorías, grasas y fibras. A cada persona se le permite un promedio de puntos diarios y se le provee una tabla para calcular los puntos de los alimentos que ingiere. El programa brinda literatura relacionada a la alimentación saludable y fomenta el consumo de seis a ocho vasos diarios de agua. También fomenta el ejercicio por 20 minutos diarios
<i>Jenny Craig</i> (Witherspoon & Rosenzweig, 2004).	Su propósito es enseñar cómo comer, aumentar el nivel de energía y construir más balance para lograr una óptima pérdida de peso y calidad de vida. Es un programa de orientación cognitivo-conductual. A las personas se les provee una consultora para que colabore en el proceso de pérdida de peso. La expectativa del plan es que las personas participantes pierdan peso con un programa pre-planificado, con cantidades controladas y variedad.	A las personas se les asigna una comida específica de Jenny Craig diariamente, según sus necesidades. Pueden ingerir meriendas que consiguen del mismo programa también. Con el tiempo las comidas del programa se pueden alternar con comidas hechas por las personas participantes.

Coincidimos con Rodríguez (2004) al cuestionar si es posible que en un país como Puerto Rico, las personas puedan dejar de comer su dieta tradicional, para cumplir con dietas bajas en carbohidratos, grasas y calorías. En ese sentido, ¿estamos refiriéndonos a una alternativa que es viable para la mayoría? ¿Cuán cónsonas son estas dietas con nuestra cultura? ¿Se trata sólo de cuánta disposición tenemos para hacer este “sacrificio”? Cualquier dieta puede ser efectiva para reducir peso (Córdova, 2004). Sin embargo, es necesario considerar las condiciones médicas adicionales a la obesidad que pueden influir en la efectividad de la dieta; así como la capacidad de mantener la misma a largo plazo y sentirse a gusto. Cabe señalar que las dietas son también una alternativa de mercadeo para las industrias, ya que los medios de comunicación promueven continuamente su consumo, y con esto, contribuyen a la economía de una sociedad industrializada cuyo foco es el capital y la producción en masa. Pasamos entonces a describir otra alternativa que, en términos generales, no conlleva costos económicos significativos: los ejercicios.

Los Ejercicios

Es extremadamente difícil mantener un peso corporal saludable con un nivel bajo de actividad física, ya que los niveles altos de actividad física protegen contra la ganancia excesiva de peso (Hill, 2004). Sin embargo, los avances tecnológicos han eliminado muchas de las razones para realizar actividad física, por lo cual es necesario crear un espacio para hacer ejercicio que eventualmente prevendrá el aumento de peso y otras enfermedades de cuidado. Se recomienda caminar alrededor de 2,000 pasos a diario y disminuir la cantidad de alimentos que ingerimos para prevenir la ganancia de peso.

Morabia y Costanza (2004) también recomiendan caminar. Indican que 15 minutos diarios de caminatas rápidas o 30 minutos de caminatas lentas pueden incrementar el nivel de actividad física de la población. Recomiendan la caminata rápida ya que es una actividad en la que se desecha mucha energía y es viable para todas las poblaciones. A su vez, recomiendan cambios en los ambientes urbanos con los que, por ejemplo, se podría promover: a) caminar en lugar de utilizar otros medios de transporte como los autos propios o la transportación pública, b) correr bicicleta en vez de guiar un auto, c) subir escaleras en lugar de utilizar el elevador, y d) participar de algunos deportes en lugar de permanecer sentados/as frente a los televisores y/o computadoras. Existe evidencia de que una modesta cantidad de ejercicios puede prevenir la ganancia de peso sin cambio en la dieta; así como una cantidad mayor de ejercicios puede contribuir a la pérdida de peso (Slentz, et al., 2004).

Es evidente que existe un fuerte llamado a la actividad física como remedio ante la obesidad. Desde esta perspectiva el proceso de modernización y reestructuración socioeconómica en países desarrollados y en vías de desarrollo ha modificado los modelos nutricionales y de actividad física (Martínez, et. al., 2004). El hecho de que los sistemas de alimentación hayan mejorado la disponibilidad de alimentos de alta densidad energética, mientras que los estilos de vida sedentarios están extendiéndose constantemente, es una preocupación general de muchas personas. En ese sentido, queda demostrado que el ejercicio físico puede contribuir a prevenir las situaciones de sobrepeso y obesidad.

Los Medicamentos

Algunas personas recurren a los medicamentos en vez de, o unidos a, dietas y ejercicios. Los medicamentos para adelgazar actúan inhibiendo el apetito a nivel central para que disminuya la ingestión de alimentos y así se logre perder peso (Moreno, Alvarez, Rodríguez, & Gargallo, 2000). Sin embargo, la ingestión de medicamentos para controlar el peso de las personas podría ocasionar una gama amplia de resultados alternos y adversos (Smith, Nolen, Fredrikson & Loftus, 2003). Por un lado, éstos pueden suprimir el apetito, reduciendo la sensación de hambre en el cuerpo. También podrían suprimir “el punto fijo”, que se refiere al punto en el que el cuerpo obtiene el peso deseado y la droga ayuda a mantener el cuerpo en ese peso. Es decir, una vez el peso corporal disminuye a un nivel más bajo, el apetito de la persona regresará al grado necesario para mantener el cuerpo en ese peso (Orera, 2000). Sin embargo, una vez la persona elimina la ingestión de los medicamentos, el punto fijo regresará a su nivel más alto y la persona recuperará todo el peso que había perdido (Smith, Nolen, Fredrikson & Loftus, 2003). Es este punto el que provoca que profesionales de la salud concluyan que ingerir medicamentos no es la alternativa más efectiva (Grilo, 2001). Vogt y Belluscio (en Smith, Nolen, Fredrikson & Loftus, 2003) han demostrado que hasta en las cirugías en las que se extraen depósitos de grasa, las personas vuelven a recuperar el peso luego de eliminar los medicamentos.

Es necesario continuar investigando los efectos de los medicamentos para obtener una visión más certera de su utilidad y de la posibilidad de que se conviertan en una alternativa libre de riesgos secundarios para las personas obesas. Mientras se obtienen resultados más seguros, sería prudente pensar en alternativas preventivas.

Alternativas Preventivas

En Puerto Rico, algunas de las alternativas preventivas las implanta la División de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas (DPCEC) adscrita al Departamento de Salud. Su misión es guiar a la población hacia el logro de la salud y el bienestar mediante la prevención o disminución de factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles como: el cáncer, la diabetes y la obesidad (Departamento de Salud, 2005). Su propósito principal es capacitar y orientar a las personas sobre la importancia de identificar y reducir los factores de riesgo asociados a estas enfermedades. Las personas que laboran en la DPCEC utilizan diversas estrategias de prevención como: a) educación, b) intervenciones de modificación de conducta y cambio en estilos de vida, y c) la promoción de la salud.

La DPCEC tiene varios programas que incluyen: a) Programa de Prevención de Cáncer, b) Programa para la Prevención y Control de la Diabetes, c) Programa de Geriátría, y d) Programa Medular de Enfermedades Crónicas (PROME). De estos, nos gustaría resaltar el trabajo realizado en PROMEC, en el cual trabajan para prevenir y/o reducir el

riesgo de morbilidad y mortalidad en Puerto Rico de enfermedades como las cardiovasculares, obesidad, cáncer, lesiones no intencionales, artritis y osteoporosis, por medio de estrategias educativas y de promoción de salud a proveedores/as de servicios de salud, líderes de la comunidad y a la población en general (Departamento de Salud, 2005). Un producto reciente de este trabajo ha sido la *Guía para la Identificación, Manejo y Control del Sobrepeso y la Obesidad* (Salgado, et al., 2004). Esta provee a profesionales de la salud información para identificar, manejar y controlar la obesidad y el sobrepeso. Incluye información general sobre el tema, datos de epidemiología en Puerto Rico y procedimientos recomendados para trabajar estos casos.

Pensar en prevenir la condición nos permite reflexionar sobre el alcance de estos esfuerzos. Para ello sería prudente conocer qué y cómo se ha estudiado la misma.

Método: ¿Cómo se ha Estudiado la Obesidad?

Existen múltiples estudios sobre la obesidad en distintos países del mundo. La mayoría enfoca su componente biológico y son de corte epidemiológico. Estos estudios se han realizado en América Latina (Braguinsky, 2005), Estados Unidos (Flegal, Carroll, Ogden, & Johnson, 2002; Rothacker & Blackburn, 2000), y Australia (Booth, Wake, Armstrong, & Chey, et. al., 2001). También se han utilizado métodos experimentales para estudiar los factores genéticos que influyen en la obesidad (Camarena, et. al, 2004) y se han estudiado las implicaciones económicas de la obesidad (Daviglius, et al., 2004).

Los resultados de los estudios son múltiples y variados. Generalmente, se utilizan metodologías cuantitativas con muestras grandes. Esta peculiaridad responde, parcialmente, a la abundancia de recursos disponibles para la investigación en los países concernidos. Este no es el caso de Puerto Rico que, aunque comparte el aumento significativo de personas obesas con el resto del mundo, no tiene igual acceso a recursos económicos para la investigación.

El Caso de Puerto Rico

A la luz de estos hallazgos, examinamos cómo se ha estudiado la obesidad en Puerto Rico e identificamos sólo dos esfuerzos de epidemiología y prevalencia, ambos apoyados por el Departamento de Salud de Puerto Rico: el *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) y el *Estudio Continuo de Salud para los Municipios de P.R.* (Ramos, 2005).

El primero se trata de una encuesta por teléfono auspiciada por los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedad (CDC por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos. BRFSS comenzó a operar en 1984 en los Estados Unidos, pero en Puerto Rico están recopilando datos desde el 1996.

El BRFSS tiene gran capacidad y flexibilidad de recolección de datos. Le provee información sobre los factores de riesgo que afectan la salud de la población puertorriqueña a todos los programas del Departamento de Salud y a otras entidades públicas y privadas. Entre sus mayores aportaciones se encuentra la identificación de diferencias demográficas y tendencias relacionadas con las conductas de salud entre diversos grupos poblacionales. El

BRFSS ayuda a que se diseñen y monitoreen los servicios de salud, y facilita el desarrollo de políticas para su promoción y protección. BRFSS publica los resultados de sus encuestas en revistas que incluyen informes sobre los patrones de riesgo de enfermedades crónicas registrados en la Isla⁸.

El segundo esfuerzo, el *Estudio Continuo de Salud para los Municipios de Puerto Rico* se llevó a cabo en el 2001 (Ramos, 2005) para conocer el perfil de salud de los municipios de Puerto Rico para facilitar el desarrollo y planificación de servicios dirigidos a la población puertorriqueña. También se pretendió proveer información válida y concreta sobre el estado de salud de la población para desarrollar recomendaciones de política pública enfocadas en estos resultados (Departamento de Salud, 2005). El estudio fue transversal retrospectivo. Participaron 24, 491 personas residentes en Puerto Rico, quienes contestaron un cuestionario que contenía 11 áreas, entre las cuales nos gustaría resaltar: a) estilos de vida, b) nutrición, y c) limitación de la actividad. Este esfuerzo investigativo contiene información valiosa relacionada a la obesidad.

Evidentemente, son pocas las investigaciones publicadas sobre el tema de la obesidad. Esto es significativo considerando las tasas de obesidad en el país y en el mundo. Es necesario continuar realizando investigaciones al respecto y, en nuestro caso, adecuar las mismas al contexto puertorriqueño. Entendemos que combinar las técnicas cuantitativas con técnicas cualitativas sería fundamental (Ander-Egg, 2000). Aunque las técnicas cuantitativas son útiles y más efectivas para obtener información de muchas personas, las cualitativas nos brindan la oportunidad de explorar, profundizar y compartir ideas con las personas participantes e interactuar activamente con ellas (Ander-Egg, 2000). Nos permitirían entender más a fondo por qué se sostienen los patrones de alimentación y la inactividad, que llevan a la obesidad.

Atendiendo al llamado de los/as estudiosos que hemos mencionado, y al cuadro epidemiológico alarmante sobre la obesidad, presentamos a continuación una serie de recomendaciones de intervención e investigación para manejar la condición de obesidad desde nuestra disciplina.

Recomendaciones de Intervención e Investigación desde la Psicología Social-Comunitaria

El tema de la obesidad merece la atención de todas las personas ya que alude a la realidad social que acompaña nuestro entorno. Reconocemos la importancia de la biología en la condición de la obesidad y la influencia de los factores genéticos. Sin embargo, es muy poco lo que aparece en la literatura sobre su componente social. Si se han identificado factores sociales que influyen en la obesidad, ¿por qué no se investigan?

No sólo es necesario aumentar el número de áreas o contenidos de estudio del problema. También es necesario el desarrollo de métodos alternos para llevarlas a cabo. Algunas de las áreas que entendemos se deben investigar incluyen: a) análisis de la

⁸ Para una descripción más detallada sobre este esfuerzo investigativo puede referirse a <http://www.salud.gov.pr/BRFSS.asp>

construcción social de la obesidad en diferentes momentos históricos, b) impacto de la publicidad en los hábitos alimentarios de las personas, c) percepción de las personas obesas en la sociedad, d) estigma social a las personas obesas, e) eficacia de posibles intervenciones para personas obesas, f) evaluaciones de los efectos de los diferentes programas de dietas; y g) evaluación de políticas públicas para su prevención y tratamiento. Ciertamente, son muchas las posibles temáticas de estudio; lo que resta es que aceptemos el reto. Una vez se perciba esta condición como una que merece investigarse, podrá surgir un mayor espacio para el desarrollo de intervenciones que contribuyan a su manejo y control.

Entendemos que esa intervención debe darse a cuatro niveles a) individual, b) grupo pequeño, c) sistémico, y d) institucional/comunitario (Serrano-García, López, & Rivera, 1992). Sugerimos el desarrollo de un programa estatal de salud multidisciplinario en el que profesionales de la salud trabajen y se comprometan para ayudar a las personas afectadas. Estos/as profesionales pueden incluir: médicos/as, psiquiatras, nutricionistas, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, entrenadores/as físicos y consejeros/as, publicistas, entre otros. A continuación, en la Tabla 3 presentamos algunas recomendaciones de intervención que podrían implementarse desde ese programa para cada uno de los niveles antes mencionados.

Obesidad: El reto de su invisibilidad en el Siglo XXI

Tabla 3
Intervenciones a Implantar a Diferentes Niveles desde un Centro de Salud Multidisciplinario

Niveles			
Individual	Grupal	Sistémico	Comunitario/Institucional
Crear material informativo tradicional y alternativo (ej. folletos, vídeos, canciones, fotonovelas) que puedan distribuirse en los diferentes escenarios y niveles			
Ofrecer tratamientos que incluyan sesiones terapéuticas con un/a profesional de salud	Crear grupos de apoyo para personas sobrepeso u obesas	Ofrecer charlas a las compañías y agencias del gobierno sobre cómo facilitar una mejor salud entre sus empleados/as	Crear espacios de recreación al aire libre; fomentar el mantenimiento de los parques y las playas.
Ofrecer tratamiento psicológico a aquellas personas que viven el estigma de la obesidad	Ofrecer talleres gratuitos sobre mecanismos de reducción de peso	Ofrecer orientaciones a la gerencia sobre alimentos que deben proveer a sus empleados/as en las cafeterías o máquinas)	Hacer campañas educativas en los medios masivos de comunicación a través de los espacios de difusión pública - Desarrollar programas de radio y TV en la WIPR
Ofrecer estrategias de modificación de conducta que faciliten reducir la ingesta y aumentar el ejercicio.	Facilitar sesiones de ejercicio grupal (ej. aeróbicos)	Ofrecer orientaciones sobre ejercicios que las personas pueden hacer en su lugar de empleo.	Promover legislación como: - restringir la venta de alimentos altos en calorías en las escuelas - requerir un curso de educación continua compulsorio sobre el manejo de la obesidad desde una perspectiva psicosocial para los trabajadores/as de la salud - no imponerle tributos a alimentos como frutas y vegetales creando así un incentivo económico para su adquisición
	Ofrecer charlas educativas por expertos/as en la materia		Ofrecer campañas educativas sobre cómo escoger alimentos saludables en locales de comida rápida.

Obesidad: El reto de su invisibilidad en el Siglo XXI

Como hemos señalado antes, la prevalencia de la obesidad está creciendo a pasos agigantados. Es evidente la importancia de proveer o desarrollar estrategias de salud pública dirigidas a prevenir la obesidad. Su prevención no debe enfocarse en la obesidad misma sino en sus implicaciones como parte de una política de salud pública a nivel global. Desde esta perspectiva, la meta debe ser: a) mejorar las condiciones de nutrición de todas las comunidades, b) reducir el riesgo de enfermedades peligrosas como diabetes, cáncer e hipertensión, entre otras, c) mejorar el estado de salubridad de las personas y, d) mejorar la calidad de vida de la población.

La prevención y el tratamiento de la obesidad exigen una visión integrada. Por tanto, revisar de manera combinada los múltiples factores que se asocian a la obesidad contribuirá al desarrollo de acciones preventivas cónsonas con las necesidades de las personas propensas a ser obesas y a quienes se les culpa o juzga por su condición. Esperamos haber contribuido a generar una reflexión en torno al tema. Sin embargo, nuestra mayor aspiración es motivar a otros/as profesionales de la salud a comprender la condición para que se interesen en su tratamiento y prevención. Es decir, esperamos que nuestra contribución se refleje en una forma distinta de mirar al cuerpo humano: desde una perspectiva biopsicosocial.

Referencias

- Ander-Egg, E. (2000). *Métodos y técnicas de investigación social III: Cómo organizar el trabajo de investigación*. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editorial Lumen.
- Álvarez, J., Moreno, B., & Monereo, S. (2000). Obesidad: Una visión actual. En B. Moreno, S. Monereo & J. Álvarez (Eds.), *Obesidad: La epidemia del siglo XXI*. (pp. 1-10). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Booth, M., Wake, M., Armstrong, T., Chey, T., Hesketh, K., & Mathur, S. (2001). The epidemiology of overweight and obesity among Australian children and adolescents, 1995-97. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25 (2), 162-170.
- Braguinsky, J. (2003). *La obesidad hoy: Develando ciertos enigmas, revelando otros*. Accedido el 25 de febrero de 2004 en <http://www.fac.org.ar/revista/04v33n1/tcvc/tcvc03/braguins.PDF>.
- Braguinsky, J. (2005). *Prevalencia de obesidad en América Latina*. Accedido el 22 de febrero de 2005 en <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup1/suple11a.html>
- Camarena, B., Santiago, H., Aguilar, A., Ruvinskis, E., González, J., & Nicolini, H. (2004). Family-based association study between the Monoamine Oxidase: A gene and obesity: Implications for psychopharmacogenetic studies. *Neuropsychobiology*, 49 (3), 126.
- Casanueva, F., Gualillo, O., & Diéguez, C. (2000). Leptina: Una hormona implicada en la homeostasis energética y la regulación del peso corporal. En B. Moreno, S. Monereo, & J. Álvarez (Eds.), *Obesidad: La epidemia del siglo XXI*. (pp. 11-23) Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Córdova, A. (2004). El nuevo paradigma para el manejo de la obesidad. *Revista GCity Magazine*, 4 (Año 1), 14-15.
- Cortesi, S. (2005). Obesidad: Una enfermedad de ricos y pobres. Accedido el 22 de febrero de 2005 en http://www.buenafuente.com/salud/OBESIDAD_UNA_ENFERMEDAD_DE_RICOS_Y_POBRES_7132.htm.

- Daviglus, M., Liu, K., Yan, L., Pirzada, A., [Manheim, L.](#), [Manning, W.](#), et al. (2004). Relation of body mass index in young adulthood and middle age to Medicare expenditures in older age. *The [Journal of American Medical Association](#)*, 292 (22), 2743-2750.
- Departamento de Salud (2005). *División de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas* (DPCEC). Accedido el 23 de febrero de 2005 en <http://www.salud.gov.pr/divisiones/prevencion.htm>.
- Escobar, L. & Espinosa, J. (2000). Regulación de la ingesta: Control del apetito. En B. Moreno, S. Monereo, & J. Álvarez (Eds.), *Obesidad La epidemia del siglo XXI*. (pp. 24-38) Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Field, A., Barnoya, J., & Colditz, G. (2002). Epidemiology and health and economic consequences of obesity. En T. Wadden & A. Stunkard (Eds.), *Handbook of Obesity Treatment*. (pp. 3-18) New York, NY: The Guilford Press.
- Flegal, K., Carroll, M., Ogden, C., & Johnson, C. (2002). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *The [Journal of American Medical Association](#)*, 288 (14); 1723-1728.
- Fraser, H. (2003). Obesity: Diagnosis and prescription for action in the English-speaking Caribbean. *Pan American Journal of Public Health*, 13 (15), 336-340.
- Fundación W.K. Kellogg (1998). *Manual de evaluación*. Battle Creek, MI: Autor.
- Grilo, C. (2001). Treatment of obesity: An integrative model. En K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. (pp. 389-423) Washington, DC: American Psychological Association.
- Geller, R. (2004). Busting obesity myths. *Branweek*, 45 (5), 20.
- Getchell, B. (1989). *Condición física: Cómo mantenerse en forma*. México D.F., México: Editorial Luminosa, S. A.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Touchstone.
- Grupo de Trabajo sobre Riesgo Cardiovascular de la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste (2004). *Guía clínica del manejo de la obesidad*. Accedido el 21 de abril de 2004 en <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c116/braguins.PDF>.
- Hill, J. (2004). Physical activity and obesity. *The Lancet*, 363 (9404), 182.

- Lasley, E. (1998, Julio/Agosto). Obesity and the brain. *BrainWork*, 8 (4), 1-8.
- Manson, J., Skerrett, P., Greenland, P., & Vanltallie, T. (2004). The escalating pandemics of obesity and sedentary lifestyle: A call to action for clinicians. *Archive of Internal Medicine*, 164 (3), 249.
- Mardomingo, M. (2000). La obesidad como enfermedad social. En B. Moreno, S. Monereo, & J. Álvarez (Eds.), *Obesidad: La epidemia del siglo XXI* (pp. 100-109). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Martínez, J., Ibáñez, E., Ortega, J., Sala, C., & Carmena, R. (2002). Tratamiento de la obesidad: Dieta, terapia psicológica y de comportamiento, ejercicio físico y tratamiento farmacológico. *Medicine*, 8, 4642-4650.
- Martínez, J., Moreno, M., Marques, I., & Martí, A. (2004). *Causas de obesidad*. Suplemento 1: Departamento de Fisiología y Nutrición. Universidad de Navarra. Accedido el 21 de abril de 2004 en <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup1/suple3a.html>
- Morabia, A. & Costanza, M. (2004). Does walking 15 minutes per day keep the obesity epidemic away? Simulation of the efficacy of a population wide campaign. *American Journal of Public Health*, 94 (3), 437.
- Moreno, B., Álvarez, J., Monereo, S., Rodríguez, P. & Gargallo, M. (2000). Tratamientos farmacológicos de la obesidad. En B. Moreno, S. Monereo, & J. Álvarez (Eds.), *Obesidad: La epidemia del siglo XXI* (pp. 309-328). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Organización Panamericana de la Salud (2004). La comunidad latina en EE.UU., víctima de la obesidad. Accedido el 20 de octubre de 2004 en <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps040310.htm>.
- Orera, M. (2000). Aspectos genéticos de la obesidad. En B. Moreno, S. Monereo, & J. Álvarez (Eds.), *Obesidad: La epidemia del siglo XXI* (pp. 70-99). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Pinel, J., Assanand, S. & Lehman, D. (2000). Hunger, eating and ill health. *American Psychologist*. 55 (10), 1105.

- Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System*. (1996-2000). D. Zavala, M. Román, L. Echevarría, & J. Orengo (Eds.), San Juan, P.R.: Departamento de Salud de Puerto Rico.
- Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System*. (2001-2002). J. Alonso, B. Santiago, L. Rosado, V. Collado, M. Town, E. Dunn, et al. (Eds.), San Juan, P.R.: Departamento de Salud de Puerto Rico.
- Ramos, G. (2005). *Estudio continuo de salud para los municipios de Puerto Rico*.
Accedido el 17 de febrero de 2005 en
<http://www.salud.gov.pr/divisions/detail.asp?iNews=327&iType=33>
- Ranero, P. (2000). Obesidad y trastornos psiquiátricos: Orientaciones terapéuticas. En B. Moreno, S. Monereo, & J. Álvarez (Eds.), *Obesidad: La epidemia del siglo XXI* (pp. 329-339). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Rodríguez, M. (2004) ¿Será posible vivir Lo-Carb? *Revista GCity Magazine*, 4 (Año 1), 11.
- Rolls, B., Ello-Martin, J., & Tohill, B. (2004). What can intervention studies tell us about the relationship between fruit and vegetable consumption and weight management? *Nutrition Reviews*, 62 (1), 1.
- Rosenzweig, M. & Leiman, A. (1992). *Psicología fisiológica*. Madrid, España: McGraw Hill/Interamericana.
- Rothacker, D., & Blackburn, G. (2000). Obesity prevalence by age group and 5- year changes in adults residing in rural Wisconsin. *Journal of the American Dietetic Association*, 100 (7), 784-791.
- Salgado, O., Lugo, A. & Díaz, G. (2004). *Guía para la identificación, manejo y control del sobrepeso y la obesidad*. San Juan, P.R. Secretaría Auxiliar para la Prevención y Control de Enfermedades: División de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas. Departamento de Salud.
- Santana, M. (2004, 16 de noviembre). Vinculada la pobreza con la obesidad. *El Nuevo Día*, 56.
- Schmitz, K. & Jeffery, R. (2002). Prevention of Obesity. En T. Wadden & A. Stunkard (Eds.), *Handbook of Obesity Treatment*. (pp. 556-593) New York: The Guilford Press.
- Sears, B. & Lawren, B. (1996). *DIETA para estar en la ZONA*. Barcelona, España: Ediciones Urano.

- Serrano-García, I., López, M., & Rivera-Medina, E. (1992). Hacia una Psicología Social-Comunitaria. En I. Serrano-García & W. Rosario (Eds.), *Contribuciones puertorriqueñas a la Psicología Social-Comunitaria*. (pp. 75-105). Río Piedras, Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
- Slentz, C., Duscha, B., Jonson, J., Ketchum, K., [Aiken, L.](#), [Samsa, G.](#), et al, (2004). Effects of the amount of exercise on body weight, body composition, and measures of central obesity. *Archives of Internal Medicine*, 164 (1), 31.
- Smith, E., Nolen, S., Fredrickson, B., & Loftus, G. (2003). *Atkinson and Hilgard's: Introduction to psychology*. Belmont, C.A: Thomson Learning.
- Spence-Jones, G. (2003). Overview of obesity. *Critical Care Nursing Quarterly*, 26 (2), 83.
- Turner, B. (1996). *The body and society*. Londres: Sage.
- Wang, G., Volkow, N., Logan, J., Pappas, N., [Wong, C.](#), [Zhu, W.](#), [Netusil, N.](#), & [Fowler, J.](#) (2001). Brain dopamine and obesity. *The Lancet*, 357 (9253), 354.
- WHO (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Report of a World Health Organization (WHO) Consultation. Geneva, Switzerland: Autor.
- Witherspoon, B. & Rosenzweig, M. (2004). Industry-sponsored weight loss programs: Description, cost and effectiveness. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16 (5), 198-205.

Cuando el cuerpo carga el peso: Una mirada clínica y social a la obesidad⁹

Marielisa Maysonet Guzmán^{10 11}

José Toro-Alfonso
Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras

Resumen

“De la bondad del corazón, habla la boca”. “Los ojos son el reflejo del alma”. Estos adagios populares colocan al cuerpo como representación de la vida interior del sujeto. El cuerpo en tanto fenómeno social habla de la instauración de la cultura en la corporeidad individual. El cuerpo es, además, vehículo de comunicación con el otro; a través del cuerpo expresamos nuestra historia, las emociones y establecemos vínculos. Este trabajo pretende dar cuenta del discurso en el espacio de la clínica, de los significados que un hombre atribuye a su cuerpo de frente al cuerpo social esperado. Un cuerpo obeso que substituye los afectos con comida y que remite experiencias de prejuicio, vergüenza, ridiculez y discrimin. Algunos de los temas abordados incluyeron: obesidad, nutrición, ejercicio, episodios de atracones, distorsión cognitiva, auto-estima e imagen corporal. Hablamos de un espacio de escucha y encuentro con el cuerpo que sobrepasa los límites; una narrativa que examina las implicaciones del cuerpo con obesidad mórbida en el contexto social puertorriqueño.

Palabras clave: obesidad mórbida, terapia con personas obesas, el cuerpo obeso

⁹ Este trabajo fue presentado como Ponencia en la Convención Anual de la Asociación de Psicología de Puerto Rico, *Caribe Hilton Hotel and Casino* en noviembre de 2005.

¹⁰ Toda correspondencia debe ser dirigida a Marielisa Maysonet, P. O. Box 23174 Edificio Rivera # 55, San Juan, Puerto Rico 00931-3174.

¹¹ La primera autora es candidata doctoral y terapeuta en adiestramiento bajo la supervisión del segundo autor.

Abstract

“About the kindness of the heart talks the mouth”. “The eyes are the mirror of the soul”. These traditional popular phrases place the body as representation of the subject’s inner life. The body, as a social phenomenon presents the instauration of the culture in the individual embodiment. The body is also a vehicle of communication with the other; through our body we express our history, emotions and interpersonal relations. This paper try to demonstrate a patient’s discourse through the clinic on the meanings a man attributes to his body facing the social demands on embodiment. An obese body which substitutes affects with food and that relates experiences of prejudice, shame, ridicule, and discrimination. Some of the issues addressed were: obesity, nutrition, exercise, bingeing, cognitive distortions, self-esteem, and corporal image. We present a space for listening and an encounter with a body that overpass limits, a narrative that examines the implications of a morbid obese body in the Puerto Rican social context.

Key words: morbid obesity, therapy with obese people, the obese body

Hablamos de cuerpo como adjetivo no como sustantivo

Emanuel Levinas (1996; p.20)

Introducción

A través del tiempo, el cuerpo ha sido visto como vehículo de comunicación con el otro. Es por medio del cuerpo que expresamos nuestras emociones y establecemos los vínculos que nos unen, o nos mantienen alejados, de la sociedad en la que estamos inmersos. Es precisamente la sociedad la que coloca el pie forzado para la construcción de nuestros cuerpos. Señalan Varas y Toro (2005): “Nos dicen qué hacer y qué no hacer con nuestros cuerpos para que se vean saludables.” Esta cita pone de manifiesto la influencia socio-cultural a la que estamos expuestos y que, a su vez, determina, la relación con nuestra corporeidad.

Tradicionalmente, se ha tratado de dar forma al cuerpo de la mujer. Fueron ellas las primeras en hacer frente a la presión socio-cultural de amoldar sus cuerpos a los estándares externos. Fueron también ellas las que comenzaron a preocuparse por el peso, las dietas, la imagen, y la vestimenta; en fin, por su apariencia. Las estadísticas suelen hablar de cuántas mujeres sufren de trastornos alimentarios, sin embargo, hoy en día, tanto mujeres como hombres se encuentran sujetos a la presión de esculpir sus cuerpos. Hoy en día, los hombres también han sido “objetizados”, millones de hombres sufren las mismas presiones que las mujeres. El peso, la imagen y la apariencia se han convertido también en aspectos preocupantes para el género masculino. Este artículo es precisamente acerca de la relación de ese otro, el varón, con los asuntos corpóreos; de cómo el género masculino se enfrenta a un estándar de belleza inaccesible en nuestros días y de cómo la exposición al mismo puede generar la presencia de sintomatología psicológica.

El cuerpo es después de todo un fenómeno que trasciende el ámbito de lo biológico para dar cuenta de la normativa social. En el cuerpo se instaura el sustrato biológico resignificado por las relaciones y el discurso social. “...la materia corpórea es también un fenómeno de corte cultural” (Varas & Toro, 2005). Cuando el cuerpo se aleja de las expectativas sociales y no representa el discurso socialmente aceptado, la corporalización se convierte en un enigma y manifiesta precisamente la exclusión por la imagen de lo que no posee o no demuestra. Esto es así cuando hablamos del cuerpo saludable y del cuerpo enfermo. Es el cuerpo la imagen proyectada de lo que entendemos que es salud y enfermedad.

Existe una tendencia a responsabilizar a cada individuo respecto a su estado de salud y apariencia física, de modo que la enfermedad o la presencia de deformidades es vista e interpretada como un descuido que debe ser penalizado (Cash, & Pruzinsky, 2002). Este trabajo pretende dar cuenta del discurso en el espacio de la clínica de los significados que un hombre atribuye a su cuerpo de frente al cuerpo social esperado. No pretende ser un

estudio de caso, sino una narrativa que examina las implicaciones del cuerpo con obesidad mórbida en el contexto social puertorriqueño.

El sujeto

Acude a entrevista inicial un hombre de aproximadamente 40 años, soltero, empleado, y con un nivel educativo de bachillerato. Es un hombre alto, obeso, que camina con dificultad y que impresiona como una persona educada, comunicativa y agradable. El motivo del referido indicaba lo siguiente: “Padece de obesidad mórbida y problemas de auto-estima. Quiere trabajar en psicoterapia para aliviar sus sentimientos de depresión y mejorar su auto-estima.”

Al explorar a través de la entrevista, se corrobora que este es un sujeto conversador, quien señala:

“quiero trabajar con mi baja auto-estima, fobia social, sentimientos de culpa, y pensamientos irracionales”.

Luego de conversar largamente con este hombre, y de comenzar a recopilar su historia, se establecen las metas del proceso de psicoterapia. Es este primer contacto el que marca las pautas de lo que será un reto terapéutico tanto para el que solicita la ayuda, como para quien espera poder brindarla. Este es el inicio de la comunicación y el diálogo terapéutico de un hombre que provoca la reflexión inicial de un cuerpo que lleva todo el peso de su historia buscando un espacio en su contexto social.

El cuerpo que se tiene

“Desde pequeño me llamó la atención el hecho de que yo no encajaba con lo ‘estipulado’ en cuestión a mi tamaño...ya en cuarto grado yo no era ‘husky’,

que era la ropa para niños grandes, sino que comencé a comprar tamaño del departamento de hombres.”

Es así como el sujeto en terapia inicia el relato de lo que ha sido su experiencia de vida desde niño. En el momento de su nacimiento, este hombre no fue identificado como niño, sino como “muchacho”, por su abuela materna, luego de ver al recién nacido. Este adjetivo describió, y definió, por muchos años, la imagen que de sí mismo poseía este hombre. Desde siempre se relacionó consigo mismo como un muchacho, con un cuerpo grande; nunca fue niño. Sus dimensiones infantiles demarcaron lo que sería su adultez, no sólo en relación a su cuerpo físico, sino también al modo de verse a sí mismo y proyectarse ante los/as demás. Afirma Fisher (1996): “...el cuerpo, como todos los objetos significativos, puede llegar a ser la pantalla en la cual se proyectan nuestras más intensas preocupaciones” (p. 6, Traducción del autor). Este hombre se vio privado de una relación saludable con su corporeidad, la que fue determinada por un otro, en este caso, su abuela

materna, y promovida, a través de su crecimiento, desarrollo y adultez por la sociedad en la que se encontraba inmerso.

Ya desde el inicio de su vida su corporalidad se muestra en el cuerpo que tiene. Un cuerpo que ocupa espacio y que establece los límites de su relación consigo mismo y con el entorno familiar y social en el que se inserta. Este le ofrece esperanzas y a la misma vez le anuncia que al percibir “al muchacho” puede, en un momento, no haber espacio para la percepción del adulto.

El cuerpo que se quiere

A diario, las personas, tanto hombres como mujeres, son bombardeadas con imágenes acerca del “cuerpo ideal” (Banfield & McCabe, 2002; Cafri, et al., 2005). Estas imágenes son presentadas en la televisión, la prensa, los anuncios publicitarios y aun en el discurso de las personas. El propósito de las mismas es vender una imagen por medio de la asociación de ésta con cualidades que, social y culturalmente, se han relacionado al éxito, la aceptación de otros/as, la felicidad y la salud. Entre estas imágenes, resalta claramente a la vista el énfasis en la delgadez y las habilidades corpóreas que la misma significa, como ideal de belleza. Para los hombres, la sociedad establece que éste debe ser musculoso, joven, fuerte, sexualmente atractivo y saludable; cualidades que, de acuerdo a los estándares sociales, se obtienen por medio del cuerpo.

La fortaleza física entre los varones es motivo de admiración, y su ausencia es vista como un factor de vulnerabilidad (Cash, & Pruzinsky, 2002). Son precisamente estos hombres, en su afán por “acomodar” su realidad corporal al ideal de belleza masculina que la sociedad promueve, quienes pueden llegar a tener relaciones poco saludables con la comida, la imagen corporal y el peso. Esto parece ser así ya que se enfocan en tratar de obtener el tamaño corporal que cumple con los estándares sociales. La visión cultural de qué se define como atractivo y de que todo el mundo puede ser delgado choca con la realidad biológica de la mayor parte de los seres humanos. Aquél que fracasa en la construcción de la empresa de su cuerpo de acuerdo a las expectativas sociales, es señalado, ridiculizado y, en ocasiones, hasta marginado.

Las preocupaciones en torno al cuerpo que se tiene, sobre todo si éste no cumple con las expectativas de la sociedad, pueden provocar angustia en las personas que no “encajan” en el molde propuesto.

*“La imagen corporal influye en la forma en que la gente te trata...
A los 22 años estaba en Plaza las Américas y vino un niño como de
4 años y me dio un puño y una patada en la espinilla y me gritó: tú-ta-goldo, vete”.*

Los hombres obesos son más propensos a ser llamados por nombres inapropiados y a ser excluidos de actividades físicas y sociales. El sujeto en terapia señala:

“Mis recuerdos de haberme sentido avergonzado de mi cuerpo fueron muchos, y desde niño. En cuarto grado fui en pantalón largo a un “pool party” pues no quise ir en pantalones cortos, recuerdo que jugué desde la orilla de la piscina, pero no me metí”.

El modo en que viste el hombre transmite un mensaje acerca de él, su ropa, cuerpo e higiene, todas, contribuyen a su imagen (Andersen, Cohn, & Hollbrook, 2000). Todo este proceso va dirigido a la presentación del cuerpo saludable, el cuerpo joven y ajustado a la moda masculina del momento.

Cuerpo social

La expectativa de lo que es un cuerpo bello ha cambiado a través de los años y las sociedades. Antes, se consideraba atractiva a una mujer con un cuerpo redondeado y lleno de curvas. Esta imagen puede apreciarse en las pinturas y esculturas de la época, las que enfatizaban estas cualidades porque social y culturalmente eran asociadas a femineidad, creatividad y fertilidad. La delgadez era considerada como poco saludable y no atractiva (Melcher & Bostwick, 2001). Con el paso del tiempo y la llegada de nuevas formas de pensamiento, estas imágenes fueron adelgazándose hasta llegar a convertirse en mujeres atléticas, las que luego se transformaron en cuerpos extremadamente delgados. En el caso de los hombres, el cuerpo era privado, sólo se aceptaba examinar el cuerpo en caso de la presencia de alguna enfermedad (Cash, & Pruzinsky, 2002). La apreciación de los cuerpos voluminosos se abandona para dar paso a una imagen socialmente aceptada de delgadez y pulcritud tanto en hombres como en mujeres. El cuerpo gordo, voluminoso y ajeno a la imagen del mercado se excluye del imaginario social y en ocasiones se patologiza cuando se sobrepasa el peso en ese cuerpo.

Alrededor del 1950, la obesidad se convirtió en uno de los problemas de salud más serios en Estados Unidos. El remedio para esta “enfermedad” fue la implantación de dietas con el propósito de perder peso (Bennett & Gurin, 1982). Al iniciarse la industria de la pérdida de peso, el cuerpo se convirtió en un objeto a ser moldeado y en símbolo de control (Cafri, et al., 2005). El cuerpo era la evidencia de la falta de control en la ingesta de alimento y en la representación evidente del fracaso del locus de control interno.

El cuerpo pasó de ser un instrumento a un estilo de vida sobre el que actuaban y, en muchos casos, determinaban, las incidencias de la sociedad y la cultura; los que señalaban a su vez, los afectos que se experimentaban hacia el mismo. La gordura se considera como algo malo y poco saludable, por lo que se teme intensamente al aumento de peso. Por el contrario, el tener control sobre el cuerpo se interpreta como una medida de poder, higiene y éxito tanto personal como social (Cash, & Pruzinsky, 2002). El cuerpo bajo el hambre impone el control que debemos tener y el triunfo sobre las posibilidades de la gula.

Díaz y Blanquez (2002) afirman que el cuerpo es un “mensaje dirigido a los demás y el punto de reencuentro que señala los límites”. ¿Qué hacer, entonces, cuando nuestros cuerpos no transmiten el mensaje deseado por la sociedad; cuando nuestros cuerpos se alejan de los límites establecidos? Decía Doltó (1986; 43): “...sin cuerpos no podemos entrar en comunicación con el otro.”

¿Cómo se afecta la comunicación con ese otro, con el que nos vemos obligados a interactuar cuando nuestros cuerpos no llenan las expectativas impuestas? En la próxima sección se abordarán estas y otras inquietudes, haciendo referencia al trabajo terapéutico realizado con un paciente de obesidad mórbida. Se prestará particular atención al modo en que un sujeto cuyo cuerpo es obeso hace frente y maneja, usualmente de modo inapropiado, su relación con una sociedad que exalta la delgadez extrema como ideal de vida.

Este hombre solicita el espacio terapéutico en su esfuerzo por mirar el cuerpo y las implicaciones que ha tenido durante toda su vida. Sus estados de ánimo, sus relaciones interpersonales y laborales, su mirada al futuro y sus esperanzas de vida se han visto todas a través de los ojos de una corporalidad que sobrepasa los límites. En el encuadre clínico se crea este espacio, tanto físico como psicológico; donde se ofrecen sillas que le permitan estar a este cuerpo y una escucha sin juzgar para invitar a la revisión de los esquemas de pensamiento y las ideas irracionales que, por años, carga este cuerpo.

Respetando el trabajo interdisciplinario y asumiendo la responsabilidad por un cuerpo que siente y resiente, además de que padece, se le mantiene referido al médico de cabecera y nutricionista. El paciente debe dar cuidadoso seguimiento a las implicaciones fisiológicas, metabólicas y coronarias que trae la obesidad que presenta.

El cuerpo en terapia

Algunas investigaciones (e.g. Diamond, 2001; Soth, 2005) han señalado que la tasa de psicopatología entre personas obesas no es diferente a la de la población no obesa. Incluso, se ha planteado que los síntomas psicológicos que presenta esta población son el resultado de la obesidad en una sociedad que valora la delgadez extrema. Entre estos síntomas se incluyen la presencia de cogniciones distorsionadas, relaciones inadecuadas con la comida, auto-críticas asociadas al peso y la imagen corporal, y el manejo de emociones (Melchor & Bostwick, 2001).

A lo largo del proceso terapéutico, aplicando el modelo cognitivo-conductual, se trabajaron diversos temas, que contenían la experiencia de este hombre en relación a su corporeidad. Algunos de los temas abordados incluyeron: obesidad, episodios de atracones, distorsión cognitiva, auto-estima, imagen corporal, estética social, y manejo saludable de sentimientos (ejemplos: coraje, ansiedad, estrés, frustración, vergüenza).

Se proveyó espacio para que este hombre, cuyo cuerpo es representante visual de las cargas sociales, pudiera descargar en terapia, en un ambiente seguro y protegido, lo que significaba para él la vivencia de su corporeidad y el desarrollo de conflictos asociados a las demandas de un cuerpo idealizado. El espacio terapéutico representó ese encuentro doloroso entre la imagen introyectada de lo que debe ser el cuerpo y el cuerpo real que asume el paciente.

Una de las formas en que se pueden manifestar las relaciones inadecuadas con la comida es a través de la presencia de episodios de atracones. Al hablar de los episodios de atracones, por ejemplo, señala este hombre:

*“Yo he usado la comida para anestesiar mis emociones.
Para mí la comida nunca ha sido solamente eso...”;*
*“...usaba la comida como vehículo para no experimentar
sentimientos” “...buscaba cualquier excusa para comer.”*

Solow (2001) afirma que las personas que sufren de obesidad utilizan la comida, como bien dice nuestro sujeto, para “anestesiarse” el yo interno por medio de la ingesta descontrolada de alimentos. La ingesta de alimentos se convierte en una estrategia inadecuada para el manejo de afectos que, en muchas ocasiones, provocan angustia y ansiedad. El acto físico de comer es visto como un modo de llenar el vacío que sobrecoge a estas personas (Solow, 2001). El cuerpo que se siente vacío se llena entonces de comida. El refuerzo del cuerpo lleno instaura la dinámica de que el vacío y la ausencia de afectos se substituyen con atracones.

Las experiencias de vida de este hombre contribuyeron a que desarrollara una serie de pensamientos negativos en torno a sí mismo, que se manifiestan de la siguiente forma:

*“...a través de los años he permitido que mi mente se torne
en mi contra con pensamientos de minusvalía por la realidad
de que soy mucho más grueso y pesado, desde pequeño, que la
medida que la gente juzga como normal”. “...padezco de un
problema de auto-estima bien fuerte...tengo pensamientos
derrotistas y no me gustan”; yo mismo me saboteo el proceso.”*

Son, a su vez, estos pensamientos, los que impiden que este sujeto maneje de forma saludable sus emociones y sentimientos, los que encontraban una vía de expresión a través de su cuerpo:

*“...si estaba triste comía, si me daba coraje comía y,
más raro aún, si estaba contento comía de más”.*

Conclusiones y reflexiones finales:

En nuestra cultura, el peso, la imagen corporal y la apariencia física son vistos como medidas de éxito, tanto para hombres como para mujeres; por lo que el cuerpo se asume como proyecto de vida. Es este cuerpo el que actúa como referencia de la personalidad y representante de los conflictos del ser humano (Turón-Gil, 2003).

Los hombres obesos suelen enfrentar experiencias de prejuicio, vergüenza, ridiculez y discriminación. Su sexualidad e imagen propia se encuentran atadas a su corporalidad. En una sociedad donde lo bello y aceptado para el género masculino gira en torno a la delgadez y la musculatura, los hombres obesos no encuentran cabida. Su volumen corporal actúa como referencia de su capacidad como seres humanos. Es a este volumen e imagen física al que nos enfrentamos en la calle, día a día, y el que es criticado por los medios.

El hombre construye su cuerpo en base a la relación con otros y la sociedad. Sin embargo, la imagen corporal es propia de cada ser humano, se elabora y se encuentra ligada a su historia. El cuerpo refleja, y comparte, las preocupaciones e individualidad del ser humano.

Actualmente, el trabajo terapéutico con este sujeto continúa. El paciente contribuye a su proceso terapéutico con la modalidad de redactar su proceso de pensamiento examinando sus ideas sobre su condición. Autoriza a la terapeuta para que conceptualice y escriba sobre este proceso. La terapeuta se compromete en este trabajo con el más alto sentido ético de proteger la identidad y la pesada realidad del participante. El proceso de terapia se ha movido de la identificación, el reconocimiento y la ventilación de sentimientos a un ejercicio activo en el que el sujeto ha comenzado a re-construir y re-significar su cuerpo. Hemos trabajado para reconocer la relación existente entre cuerpo e identidad, desarrollar una visión crítica hacia la concepción socio-cultural del cuerpo y el reconocimiento de los discursos culturales que se inscriben en éste. Hemos trabajado, además, para aceptar que quizás, para este hombre, la reducción excesiva de peso es una meta que posiblemente no podrá ser alcanzada; por lo que es necesario el desarrollo de un nuevo modo de pensar en relación a la comida y a sí mismo, lo que promueve una vida saludable, independientemente del tamaño corporal.

Zukerfeld (1996) afirma que los pacientes obesos “presentan una característica privilegiada, que es la presencia de un cuerpo evidentemente modificado.” ¿Cómo trabajar con lo inevitable, que inunda e impresiona nuestros sentidos, sin olvidar al sujeto que tenemos enfrente? Añade este autor que, muchas veces, “el tema de su obesidad desaparece de sus palabras y permanece en su cuerpo...” (Zukerfeld, 1996), un cuerpo que, aun mudo, expresa a gritos la problemática del sujeto, un cuerpo que engorda. La mirada del/la terapeuta queda impregnada por la visión que ante sí se tiene. Ante esta muestra visible y evidente, que ocupa por completo el espacio, fue necesario trabajar con los sentimientos diversos, y en ocasiones encontrados, de la terapeuta.

Resultó indispensable trabajar con la ausencia de información y los temores que fueron surgiendo a través del proceso; así como con los valores que, estéticamente, se conocen, y quizás, promueven. El cuerpo de la terapeuta también se hace presente en el encuadre terapéutico. La imagen femenina quizás de apariencia frágil y delgada ocupa el espacio de la sala de terapia entre dos cuerpos. Cada uno con su mirada particular y su propia responsabilidad sobre llevar el cuerpo. “Los asuntos del cuerpo son tan pesados, tan profundamente importantes, que muchas veces no pueden ser apalabrados...” (Dimen, 1998).

Referencias

- Baile Ayensa, I. (2003). Vigorexia y culto al cuerpo: Alteraciones de la imagen corporal en hombres. *Interpsiquis*. Accedido el 7 de febrero de 2003 en <http://www.psiquiatria.com>.
- Banfield, S. S., & McCabe, M. P. (2002). An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, 37, 373-393.
- Cafri, G., Thompson, J. K., Riciardelli, L. A., McCabe, M. P., Smolak, L., & Yeselis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25, 215-239.
- Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Diamond, N. (2001). Towards an interpersonal understanding of bodily experience. *Psychodynamic Counselling*, 7 (1), 41-62.
- Díaz Atienza, J., & Blanquez Rodríguez, M. P. (2002). Corporalidad y síntomas depresivos en adolescentes. *Interpsiquis*. Accedido el 26 de abril de 2002 en <http://www.psiquiatria.com>.
- Dimen, M. (1998). Polyglot bodies: Thinking through the relational. En *Relational perspectives on the body*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Doltó, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.
- Fisher, S. (1996). Body attention patterns and personality defenses. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80, 1-29.
- Levinas, E. (1996). *La infancia en escena*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Melcher, J., & Bostwick, G. J. (2001). The fat client. En E. R. Welfel & R. Elliot Ingersoll (Eds.), *The mental health desk reference* (pp. 51-60). New York: John Wiley & Sons.
- Nazario Velasco, R. (2005, Agosto). Alexis/Alexandra. *El Nuevo Día*, Revista Domingo. p. 12.

- Solow, S. (2001). The armored self: The symbolic significance of obesity. En J. Petrucelli & C. Stuart (Eds.), *Hungers and compulsions: The psychodynamic treatment of eating disorders and addictions* (pp. 171-182). Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Soth, M. (2005). Body psychotherapy today: An integral-relational approach. *Therapy Today*, 16 (9), 8-12.
- Stunkard, A., & Wadden, T. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 524 - 532.
- Turón-Gil, V. J. (2003). Factores culturales en los trastornos de la conducta alimentaria. En L. Rojo Moreno & G. Cava (Eds.), *Anorexia nerviosa* (pp. 217-233). Barcelona, España: Editorial Ariel, S. A.
- Varas Díaz, N., & Toro-Alfonso, J. (2005). *La moralidad, el riesgo, el cuerpo y la razón como supuestos teóricos de la empresa de la salud en Puerto Rico: ¿Existen las personas saludables?* Accedido el 9/14/2005 en <http://www.catarsisdequiron.org>
- Zukerfeld, R. (1996). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Reconstruyendo un cuerpo: Implicaciones psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mamas

Yomarie Rodríguez Loyola¹²
Jeannette Rosselló González
Departamento de Psicología
Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras

Resumen

En Puerto Rico son escasos los programas disponibles para trabajar con las emociones de pacientes de cáncer de mamas; particularmente, si se toma en consideración que el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer puertorriqueña. El rol social asignado a la mujer en nuestra sociedad plantea unas consideraciones que pudieran complicar el afrontamiento a esta enfermedad. Estas mujeres frecuentemente han internalizado los estándares de belleza femenina que enfatiza la sociedad. El propósito de este trabajo es realizar una mirada a la imagen corpórea de tres puertorriqueñas sobrevivientes de cáncer de mamas. Se discutirá la imagen corporal que estas mujeres tienen de sí mismas y su relación con los estándares de belleza femenina idealizados por la cultura puertorriqueña. Los resultados revelan que estas mujeres indican insatisfacción con respecto a su imagen corporal, miedo al rechazo y al abandono, necesidad de aprobación social, baja autoestima y dificultades sexuales que se relacionan a la manera en que perciben su cuerpo.

Palabras Claves: imagen corporal, feminidad, cáncer de mama, emociones.

¹² Para comunicarse con la primera autora puede escribir al Departamento de Psicología, Universidad de Puerto Rico, PO Box 23345, San Juan, Puerto Rico 00931 o al correo electrónico yomarierodriguez@yahoo.com

Abstract

There are very few programs available in Puerto Rico that deal with the emotions of breast cancer patients, particularly taking into consideration that breast cancer is the leading cause of death by cancer in Puerto Rican women. The social role assigned to women in our society presents several considerations that have to be taken into account that could complicate the way women deal with this disease. These women frequently have internalized the standards of feminine beauty that are emphasized by society. The purpose of this article is to provide a view at the body image of three Puerto Rican breast cancer survivors. The body image that these women have of themselves and their relationship with the standards of feminine beauty idealized by Puerto Rican culture will be discussed. The results reveal that these women show dissatisfaction with regards to their body image, fear of rejection and abandonment, a need for social approval, low self-esteem, and sexual difficulties that relate to the way that they perceive their body.

Key words: body image, femininity, breast cancer, emotions.

El cáncer continúa siendo uno de los problemas de salud pública más significativos en América y el Caribe. En especial el cáncer de mama es uno de los problemas principales en la salud de la mujer de hoy. El cáncer de seno es el cáncer que se diagnostica más comúnmente (30%) entre las mujeres hispanas de los Estados Unidos; se espera que aproximadamente 11,000 mujeres hispanas sean diagnosticadas con esta enfermedad anualmente (Sociedad Americana del Cáncer, 2003). Según el Departamento de Salud de Puerto Rico (2004) el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer puertorriqueña, representado con un 20%, seguido por el cáncer colorectal, con un 13%. Del mismo modo, representa un 35% de los diagnósticos de cáncer en la mujer, siendo así el diagnóstico de cáncer más común entre la población femenina en la Isla. En Puerto Rico existen una amplia cantidad de centros públicos y privados en donde se atiende la parte física de esta enfermedad. No obstante, a pesar de la alta incidencia de esta enfermedad en la población puertorriqueña, se deja de lado el aspecto emocional de la misma; razón por la cual escasean los programas disponibles para trabajar esta área en las pacientes de cáncer de mamas.

Muñoz (1999), en su trabajo con pacientes de fallo renal permanente, nos plantea que el acercamiento a pacientes con dicha enfermedad se debe comenzar ofreciendo una mirada a los elementos filosóficos-metodológicos, de manera que nos ayude a explicar por qué hay una gran tendencia hacia obviar lo psicológico en el campo de la medicina. Cabe preguntarse ¿por qué no se le da importancia a los asuntos psicológicos y a lo llamado emocional, en el trabajo realizado en los diferentes hospitales? ¿Por qué en las diferentes unidades de los hospitales hay espacio para diversos servicios, pero están ausentes los profesionales de la psiquiatría, psicología y trabajo social? O quizás la pregunta fundamental sea, ¿por qué la división entre mente-cuerpo, medicina física-psicología o psiquiatría?

Robinson (1986), señala: “*Los griegos inventaron el problema...*” y Eacker (1975) también así lo afirma. Eacker, identifica a Platón (428 ó 427–347 A.C.) como el primero en formular “... *la teoría del dualismo psicofísico con acción recíproca entre alma y cuerpo*”. Según Quijano (2003), previo a Platón la concepción dualista estaba cimentada en el animismo órfico. Los órficos eran dualistas y relacionaban la vida de ultratumba con la felicidad y la terrena con el sufrimiento (Rosental, & Iudin, 1985). El alma, encarcelada en el cuerpo, se liberaba con la muerte. Quijano, resalta que Platón lo que hizo fue purificar la concepción del alma de las reminiscencias del materialismo dualístico inherente al animismo primitivo, que aún se hallaba ligado a la doctrina órfica. Influenció además sobre Platón y su dualismo psico-físico, el filósofo Pitágoras de Samos (aprox. 580 – 500 A.C.), una figura enigmática, a la vez gran matemático y un líder religioso, quien trazó una línea divisoria radical entre el cuerpo y el alma (Leahey, 1989). Es en este planteamiento platónico que se identifica el momento histórico en que nace o surge el tradicional problema mente-cuerpo. No obstante, cuando se habla de la relación mente-cuerpo, prácticamente todas las personas lo vinculan al filósofo científico, René Descartes (1596 - 1650). Inclusive se le adjudica la responsabilidad del surgimiento del mismo. Según Halverson (1967) y Eacker (1975), Descartes lo que hizo fue dar principio, mediante sus reflexiones, a la formulación y discusión de una versión más moderna del problema originado por Platón.

Esta división entre mente-cuerpo es parte de la problemática que enfrenta un trabajo tan complejo como el que se plantea frente a un ser humano que es diagnosticado con cáncer de mama. Por lo tanto, es importante considerar el cuerpo como aquel que pertenece a una persona, la cual, además de contener la mente y la enfermedad, debe vérselo en el entorno personal y social. La relación con él, los contactos personales y los papeles sociales obligan a la persona, su cuerpo, a moverse y a estar de una manera determinada (Muñoz, 1999). El cuerpo y la mente forman un todo que es el ser humano. De este modo, estas mujeres, no solo se tienen que enfrentar a la enfermedad y los efectos secundarios de sus tratamientos, también deben afrontar los estándares de belleza que enfatiza la sociedad, en donde la cultura predominante establece que la mujer debe ser bonita, delgada y voluptuosa.

No obstante, las mujeres que reciben el diagnóstico de cáncer de mamas por lo general son sometidas a una mastectomía, y a procesos químicos con efectos secundarios que marcan el cuerpo, produciendo pérdida de cabellos, cambios en el tamaño del seno que no es amputado, pérdida o ganancia de peso, pérdida de movilidad en los brazos, linfedema¹³, menopausia prematura, entumecimiento o hormigueo en los dedos y pies, pérdida de la oportunidad de tener hijos propios, entre otras consecuencias corporales (Stanton & Reed, 2003). Estos cambios en el cuerpo pueden no solo impactar la salud física de una mujer sino, también, su salud mental. De este modo, una mujer con un diagnóstico de cáncer no solo enfrenta cambios que se pueden registrar a un nivel físico, sino también deben afrontar el impacto de dicha enfermedad en su psiquis; impacto que puede ser más arduo de enfrentar y con mayor secuelas a lo largo del tiempo en la vida de una mujer.

Imagen corporal

El término imagen corporal se refiere a cómo una persona se siente y piensa sobre su propio cuerpo, la imagen que tiene de sí en su mente y en su corazón (Stanton & Reed, 2003). La manera en que una persona se siente sobre su cuerpo puede influenciar el modo en que se siente sobre sí misma; la imagen corporal y el valor propio a menudo juegan roles importantes en la psiquis del ser humano que se influyen entre sí. Los medios de comunicación masiva promocionan mensajes que promueven personas jóvenes, delgadas y sensuales, planteando que la imagen corporal sea un aspecto difícil de manejar para las

² El linfedema consiste en la acumulación de linfa (el fluido que ayuda a combatir las infecciones y enfermedades) en el tejido adiposo que se encuentra justo debajo de la piel. La acumulación de linfa ocasiona hinchazón en algunas partes específicas del cuerpo, generalmente los brazos o las piernas, con una alta cantidad anormal de proteínas del tejido, inflamación crónica, y un aumento en el grosor y cicatrización en el tejido que se encuentra directamente debajo de la piel. Linfedema es una de las complicaciones del cáncer más común así como del tratamiento de este y puede resultar en un problema a largo plazo tanto en términos psicológicos, físicos y sociales.

mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Es de esperarse que posiblemente surjan juicios negativos sobre su propio cuerpo. Se ha encontrado que las mujeres con cáncer de mamas tienen una pobre imagen de sí mismas, baja auto-estima y cierta tendencia a percibirse como impotentes, desesperanzadas y muy ansiosas (Holly, Kennedy, Taylor, & Beedie, 2003). No obstante, en la actualidad existen varias técnicas quirúrgicas que proponen “ponerle fin” a las inseguridades y percepciones negativas que surgen con respecto al cuerpo en las pacientes de cáncer de mamas.

Impacto del tratamiento del cáncer de mama: Reconstruyendo un cuerpo

Las técnicas mutilantes quirúrgicas han sido relacionadas al desarrollo de problemas psicológicos en pacientes con cáncer de mama. La mastectomía, el tratamiento tradicional para el cáncer de mama, ha sido relacionado a una amplia gama de dificultades emocionales, incluyendo trastornos del ánimo (Maguire et al., 1978), sentimientos negativos sobre su cuerpo (Spencer, 1996), y dificultades sexuales (Andersen, 1994). Una amplia literatura apunta a que luego de practicar una mastectomía a una paciente, es común encontrar persistentes problemas relacionados a la imagen corporal y dificultades sexuales (Al-Ghazal, Fallowfield, & Blamey, 2000; Yurek, Farrar, & Andersen, 2000).

Técnicas quirúrgicas menos mutilantes, tales como la terapia de conservación del seno (lupectomía), se consideran más beneficiosas en ayudar a la mujer a lidiar y adaptarse a la enfermedad. Desde que la conservación del seno deja el cuerpo de la mujer relativamente intacto, uno debe esperar un mejor resultado psicológico en las mujeres que se les practica este procedimiento que en las que son tratadas con una mastectomía. En investigaciones en que se han estudiado las consecuencias psicológicas, los investigadores han reportado una reducción en los problemas relacionados a la imagen corporal en el grupo de mujeres a las que se les practicó la técnica de conservación del seno (Al-Ghazal, Fallowfield, & Blamey, 2000; Carlsson & Hamrin, 1994; Fallowfield, Baum, & Maguire, 1986). Dado que la imagen corporal puede afectar la autoestima y el ajuste psicológico, esto es un importante hallazgo.

Sin embargo, la conservación del seno no es siempre posible debido al tamaño o localización del tumor (Yurek, Farrar, & Andersen, 2000), razón por la cual es necesario el uso de la mastectomía, la cual puede o no puede ser seguida de una reconstrucción del seno. La reconstrucción del seno es un procedimiento seguro, el cual puede ser ejecutado utilizando una prótesis, o el mismo tejido de la paciente. No se ha encontrado que este procedimiento altere el promedio de sobrevivencia o interfiera grandemente con el tratamiento de otras enfermedades primarias o secundarias (Callaghan et al., 2002; Georgiade et al., 1985).

Existen datos empíricos que sugieren que a las mujeres que se le practica una mastectomía con una reconstrucción del seno reportan mejores estados emocionales que aquellas a quienes se le practica una mastectomía solamente. Noone, Frazier, Hayward y Skiles, (1982) encontraron que un 89% de las mujeres a quienes se les ha practicado una

reconstrucción del seno, se perciben a sí mismas como capaces de lidiar con el impacto emocional de la mastectomía. Consecuentemente, las pacientes reconstruidas a menudo describen su operación como una que le ayudó a sentirse más femeninas, completas y “normales” nuevamente (Schain, Wellisch, Pasnau, & Landsverk, 1985). Dean, Chetty y Forrest, (1983) también reportaron que una reconstrucción inmediata del seno reduce el diagnóstico de trastornos psiquiátricos; este efecto ha sido notado particularmente entre mujeres que señalan insatisfacción matrimonial.

No obstante, existe un gran debate con respecto a si la reconstrucción inmediata es más beneficiosa que el retraso de la reconstrucción. Los que piensan que es mejor la reconstrucción tardía, acentúan la necesidad de que la mujer sufra la pérdida de su seno amputado, además creen que podría resultar una mayor satisfacción y aceptación cuando la reconstrucción eventualmente haya ocurrido (Winder & Winder, 1985). Sin embargo, Schain, Wellisch, Pasnau y Landsverk (1985) reportaron que las mujeres que habían tenido la reconstrucción a la misma vez que la mastectomía, experimentan significativamente menos recuerdos de angustia sobre su mastectomía que las que lo hicieron después.

A pesar de los hallazgos anteriormente presentados, se han publicado diversos estudios que revelan que no existe una diferencia significativa entre los efectos psicológicos reportados por mujeres que han decidido practicarse una reconstrucción luego de una mastectomía que las que no se la han realizado (Fung, Lau, Fielding, Or, & Wai Chun Yip, 2001; Holly, Kennedy, Taylor, & Beedie, 2003; Noguchi *et al.*, 1993).

Los hallazgos de estos estudios podrían plantear que esta enfermedad trae consigo unas complejidades psíquicas que desbordan el referente físico; no es solo reconstruir un cuerpo, hay que reconstruir la manera en que psíquicamente cada una de estas mujeres asumen su cuerpo frente a un diagnóstico de cáncer de mama.

Impacto en las relaciones de pareja y la sexualidad

Los estudios demuestran consistentemente que tener una mastectomía puede asociarse a una pobre imagen corporal de la paciente y a la falta de interés en la actividad sexual (Avis, Crawford, & Manuel, 2004). Esta pobre imagen de sí mismas puede impactar a la paciente en términos emocionales (aislamiento, negación, rebeldía, coraje, llanto, dolor, confusión, entre otras) y afectar la comunicación con su pareja (Anllo, 2000). No obstante, se ha señalado que los problemas sexuales después del diagnóstico de cáncer son más comunes entre parejas que presentaban problemas sexuales antes del diagnóstico de la enfermedad (Schover, 1991), y entre mujeres quienes le dan mucha importancia a la apariencia y a las sensaciones que pueden experimentar en sus senos (Northouse, 1994).

Sin embargo, la literatura menciona que el pobre ajuste sexual luego del tratamiento de cáncer de mama se debe a una disminución en el funcionamiento de los ovarios. Esta disminución en el funcionamiento de los ovarios puede ocurrir en un 89% de las pacientes de cáncer de mama que han sido tratadas con quimioterapia (Theriault, & Sellin, 1994). A algunas mujeres premenopáusicas con metástasis les remueven sus ovarios quirúrgicamente, mientras que las mujeres posmenopáusicas usualmente descontinúan sus terapias hormonales luego de ser diagnosticadas. Como consecuencia, la disminución del

estrógeno puede llevar a atrofia vaginal¹⁴ y a dispareunia¹⁵. De este modo, según Theriault y Sellin, algunas mujeres experimentan pérdida del deseo sexual y disminución en la capacidad de lograr un orgasmo.

No obstante, es importante darle una mirada al impacto de los efectos no-hormonales en el tratamiento del cáncer de mama, tales como la fatiga, las náuseas y los aspectos psicológicos; como el miedo a la muerte, miedo al rechazo, las posibles dificultades económicas y las responsabilidades familiares. Estos factores por sí mismos pueden proveer una explicación suficiente a los cambios en el deseo y el orgasmo. En algunos casos, la deficiencia hormonal puede explicar solo indirectamente los cambios en el deseo y el orgasmo, tales como el dolor que se produce debido a la sequedad vaginal, la cual lleva a la evitación de una respuesta (Anllo, 2000).

Por otro lado, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que el apoyo social es un factor importante en el ajuste psicosocial después de un diagnóstico de cáncer (Meyerowitz, 1980). Los esposos pueden jugar un rol importante en el proceso de recuperación (Northouse & Swain, 1987), mientras que las pacientes sin compañeros pueden ser más vulnerables a mayores niveles de angustia (Ford, Lewis, & Fallowfield, 1995; Weisman, 1979).

Diversas investigaciones sobre la calidad de vida después del cáncer de mama apoyan la necesidad de una intervención postratamiento para lidiar con problemas sexuales (Arana, 1994; Ganz, Coscarelli, Fred, Kahn, Polinsky, & Peterson, 1996; McDaniel, Musselman, Porter, & Reeds, 1995). A su vez estos trabajos demuestran que los problemas relacionados al funcionamiento sexual persisten más allá del primer año después que ha culminado el tratamiento primario y empeoran con el pasar del tiempo, si no son tratados.

A partir de lo anteriormente expuesto, el objetivo principal de este artículo es presentar una mirada a la imagen corporal de tres puertorriqueñas sobrevivientes de cáncer de mamas. Se discutirán los siguientes aspectos: 1) la percepción que éstas tienen sobre su propio cuerpo, es decir la imagen corporal luego del diagnóstico, 2) explorar el impacto de los estándares de belleza en la cultura puertorriqueña sobre su percepción corporal, 3) examinar el miedo al abandono o rechazo por parte de su pareja, y 4) conocer el impacto del diagnóstico de cáncer de mama en la sexualidad de estas mujeres.

¹⁴ La atrofia vaginal es un síntoma frecuente de la menopausia; la reseca y el adelgazamiento de los tejidos de la vagina y la uretra. Esto puede llevar a la dispareunia, así como a la vaginitis, cistitis y a las infecciones del tracto urinario.

¹⁵ La dispareunia se refiere a la relación sexual dolorosa, tanto para hombres como para mujeres, el dolor puede ocurrir en el área pélvica durante o poco después de concluir la relación sexual. Si este dolor es persistente, la persona puede perder interés en cualquier actividad sexual.

Método

Participantes

Se seleccionaron tres mujeres puertorriqueñas sobrevivientes del cáncer de mama, lo cual implicaba que al momento de su participación no podían estar recibiendo ningún tipo de tratamiento para la enfermedad; tales como radioterapia, quimioterapia u otros. Sin embargo, la participante podía continuar asistiendo a visitas médicas de rutina y realizarse evaluaciones de seguimiento. Estas mujeres debieron de haber recibido el diagnóstico de cáncer de mamá después de cumplir los 21 años de edad. El diagnóstico de cáncer fue solo en el área de la mama, con una sola ocurrencia. Por otro lado, el tipo de muestreo que se utilizó en este estudio fue circunstancial o por disponibilidad. En un muestreo de este tipo, simplemente se toman los casos que se tienen a mano o que se seleccionan arbitrariamente. La participación en este estudio fue libre y voluntaria. Esto significa que las participantes tenían la libertad de participar o no participar en el estudio y de suspender su participación en cualquier momento.

Las participantes de este estudio eran tres mujeres sobrevivientes de cáncer de mama residentes del área norte de la Isla. Las edades de las mismas fueron 56, 55 y 37 años de edad. Las tres participantes eran mujeres casadas, dos de ellas tenían hijos. Con respecto al nivel de educación una de las participantes tenía un bachillerato en contabilidad y trabajaba como ejecutiva; mientras que las otras dos habían completado la escuela superior, ingresaron a la universidad pero no completaron la carrera universitaria. Una de ellas era ama de casa y la otra se desempeñaba como asistente administrativo en una organización de salud.

En relación a la edad en que recibieron el diagnóstico de cáncer, dos de las participantes tenían 45 años al momento del diagnóstico, mientras una de ellas lo recibió a los 32 años de edad. Se les practicó a las tres participantes una mastectomía radical, sin embargo no todas recibieron tratamientos co-adyuvantes. De este modo, una de ellas recibió radioterapia y quimioterapia, otra de las participantes solo recibió quimioterapia y una de ellas no recibió ningún tipo de tratamiento co-adyuvante. Con relación a la reconstrucción del seno amputado una de las participantes optó por no realizarse la cirugía, utilizando en su lugar una prótesis, mientras que las otras dos se practicaron la reconstrucción del mismo. No obstante, una de ellas ha tenido varias complicaciones con la reconstrucción, situación que ha provocado que se le practiquen cuatro cirugías en el proceso reconstructivo; mientras que la otra participante ha optado por no completar el proceso de reconstrucción. De este modo, le falta completar la fase final del proceso en la cual le colocan el pezón al seno reconstruido (refiérase a la Tabla 1).

Tabla 1.

Datos Demográficos de las Sobrevivientes de Cáncer de Mama Participantes de este Estudio

	Sobreviviente 1	Sobreviviente 2	Sobreviviente 3
Edad	55	56	37
Nivel de Educación	Bachillerato	Escuela Superior	Escuela Superior
Ocupación/ Profesión	Directora Asociada	Ama de casa	Asistente Administrativo
Estado Civil	Casada	Casada	Casada
Edad en la que recibió el diagnóstico de cáncer	45	45	32
Mastectomía Radical	Sí	Sí	Sí
Tratamientos co-adyuvantes	Radioterapia y Quimioterapia	Quimioterapia	No
Reconstrucción del seno	No	Sí [No se ha reconstruido el pezón]	Sí

Procedimiento

El procedimiento de este estudio fue el siguiente: primero se identificaron, a través de la guía telefónica, centros de servicios, hospitales o clínicas privadas en donde se atendían a personas sobrevivientes de cáncer de mama. Luego se estableció contacto con estos centros y se pautó una reunión con la persona encargada del mismo. En esta reunión se le explicó el propósito principal del estudio y se llevó un documento, que contenía información detallada con respecto a la participación en el estudio. Los centros de servicios que estaban interesados en cooperar con el estudio les entregaron copia de esta hoja a sus pacientes. Este documento contenía la dirección y el número de teléfono para comunicarse con el equipo de investigación. Las personas que se comunicaron fueron citadas individualmente a una reunión. En esta reunión se les presentó el estudio y se les invitó a participar en el mismo. Las participantes que accedieron a participar en el estudio

de forma voluntaria completaron la Hoja de Consentimiento Informado que incluía información sobre el propósito del estudio, garantizaba el anonimato y la confidencialidad, y solicitaba la autorización de las mismas para grabar el audio de la entrevista.

Inmediatamente después de completar la hoja de consentimiento, las participantes llenaron una Hoja de Datos Demográficos. Esta hoja recogía información personal, como: edad, estado civil, ocupación/profesión, entre otra información, con el objetivo de describir a la muestra en términos sociodemográficos. Finalmente, se llevó a cabo una entrevista semi-estructurada con cada una de las mujeres seleccionadas para participar. La duración de la misma fue de aproximadamente dos horas. Esta entrevista incluía preguntas que cubrían las siguientes áreas: vivencia ante el diagnóstico (por ejemplo, ¿Cómo te enteraste que tenías cáncer de mama?, ¿Qué pensaste?, etc.), información sobre el cáncer (por ejemplo, ¿Conocías sobre la condición al momento del diagnóstico?, ¿Cuáles son las causas de la enfermedad?, etc.), bienestar psicológico (por ejemplo, ¿Cómo esta experiencia te afectó emocionalmente?, ¿Qué sentimientos se generaron en ti a partir de esta experiencia?, etc.), bienestar físico (por ejemplo, ¿Cómo te sentías con respecto a tu cuerpo?, ¿Tu imagen corporal ha sido afectada a partir de esta experiencia?, ¿Tu sexualidad se vio afectada a partir de esta experiencia?, etc.). Al finalizar la entrevista, se elaboró un resumen verbal de los puntos más importantes y sobresalientes de la misma.

Finalizadas las entrevistas, se procedió a realizar un análisis de contenido con la información obtenida. Para llevar a cabo el análisis de contenido se grabó el audio de las entrevistas y se transcribió el contenido de las mismas. Para el establecimiento de las categorías de análisis se llevó a cabo con la información transcrita un análisis entre jueces. De este modo se establecieron las siguientes categorías: percepción de la imagen corporal, impacto de los estándares de belleza femenina de la sociedad puertorriqueña en la percepción corporal de una paciente de cáncer de mama, miedo al abandono por parte de sus parejas a partir del diagnóstico de cáncer de mama y los efectos sobre la sexualidad de la paciente. Es importante tener presente que en este tipo de análisis lo que se interesa fundamentalmente es el estudio de las ideas, significados, temas o frases, y no las palabras o estilos con que éstas se expresan.

Resultados

A continuación se presentan los resultados, por medio de la elaboración de cuatro categorías principales, las cuales son: 1) la percepción que éstas tienen sobre su propio cuerpo, imagen corporal luego del diagnóstico, 2) el impacto de los estándares de belleza en la cultura puertorriqueña sobre su percepción corporal, 3) miedo al abandono o rechazo por parte de su pareja, y 4) el impacto del diagnóstico de cáncer de mama en la sexualidad.

Percepción de la imagen corporal luego del diagnóstico de cáncer de mama

Son muchos los estudios que señalan que la percepción de la imagen corporal es una de las áreas que representa mayor dificultad para una mujer luego del diagnóstico de cáncer de mama. Esta dificultad es más evidente cuando a la mujer se le practica una mastectomía radical. Esto se evidencia en la *Sobreviviente # 2*, quien expresa lo siguiente:

“Yo lo que me pensaba era que me, que la piel ay me iban a cortar ahí, me iban a cortar ahí, que me iban a hacer como ese roto ahí feísimo y yo me lo imaginaba de cincuenta formas, y eso como que me tenía la mente “ay Dios me van ahí, ay Dios mío no voy a tener piel”...”.

No obstante, la misma participante expresa ideas que parecían contradictorias, pues en otro momento señala con respecto a la mastectomía lo siguiente:

“...fíjate el que me dijeran que me iban a sacar el seno a mí eso no me molestó, sabes porque como que yo dije “me sacan uno, tengo uno”. Viéndolo desde el punto positivo, bueno tenemos dos manos, si se nos quita una, nos defendemos con la otra, tenemos dos ojos si se nos daña uno todavía vemos con el otro”.

Otra de las participantes (*Sobreviviente # 1*) señala que el médico le dio la opción de practicarse una reconstrucción, sin embargo ella decidió no realizarse la cirugía. Del mismo modo, menciona lo bien que pudo manejar esta situación y cómo la misma nunca ha afectado su imagen corporal.

“Recuerdo que el doctor me dijo “te puedes hacer la reconstrucción” y yo le dije “no, no me interesa”. Entonces, en mi memoria estaba repitiendo aquella frase, la que le había dicho de mi esposo “tú eres algo más que una teta”. Y entonces, le dije a él “mira me voy a hacer la mastectomía”, “a pues está bien, chévere”. Y eso para mi fue, yo odiaba los brasieres, toda mi vida he odiado los brasieres y yo me decía “Dios mío esto es una solución a mi problema de brasier que no me tengo que preocupar tanto por tener brasier puesto”. Feliz, yo camino sin mi tecla, este, le hemos puesto hasta nombre la hemos bautizado, se llama Sofía y mis hijos, pues para todos ellos fue algo como normal. Y yo misma personalmente nunca me he preocupado porque me falte”.

Por otro lado, la percepción corporal en algunas de las participantes también se vio afectada por los efectos secundarios que traen consigo las terapias co-adyuvantes (radioterapia y/o quimioterapia). Por ejemplo, veamos lo que señala la *Sobreviviente # 2* con respecto a esto:

“Pero que pasó que un día cuando me voy a peinar se me olvida y cuando me metí la peinilla así según entré la peinilla así hasta acá así fue, como si me hubiese pasado una rasuradora, y eso me puso, me dio como que una cosa adentro de mí que yo me puse bien nerviosa, “Ay, Dios mío”, y entonces yo no me quería tocar la cabeza, eso fue traumático, pero poco a poco se me fue cayendo, por la mañana cuando yo me levantaba en la almohada había mucho pelo, y mucho pelo...”.

“... ay pero que mal uno se siente y eso en los primeros tratamientos, y es como el trauma de que no tienes el pelo, y tú no sabes cómo bregar con eso y el medicamento te está haciendo, trabajándote todo el cuerpo y tú te sientes tan, y tan, y tan mal que uno lo que parece es un zombi”.

“Entonces, si pasas por el lado de un espejo, entre todo ese revolú que uno tiene en la cabeza de que me siento mal, y cuando me veo en el espejo, me veo peor, eso es terrible, eso es bien traumático... Tenía peluca y a pesar de que yo tenía el trauma ese, pero yo quería aceptarme como era, o sea eso está ahí y yo no le puedo huir a eso aunque me ponga cien pelucas debajo de ahí está mi cabeza sin pelo...”.

En las citas anteriores vemos como estas mujeres tratan de lidiar con su condición aceptando lo que les está pasando, sin embargo la caída de cabellos como parte de los efectos secundarios de la quimioterapia es una situación bien difícil y traumática para ellas. De la misma manera, la pérdida excesiva de peso durante el tratamiento era otro factor que contribuía a su malestar con respecto a cómo percibían su cuerpo. Veamos en la siguiente cita lo que señala la *Sobreviviente # 2*:

“...y entonces pero rebajé mucho, el primer mes rebajé 15 libras, entonces, yo pesaba más o menos, el *size small* me quedaba grande y entonces eso me ponía peor todavía, entre el pelo y que estaba tan flaquita, ¡ay no!”.

Incluso una de las participantes (*Sobreviviente # 3*), señala que los estragos en el cuerpo de una mujer con cáncer de mama son tan intensos que pueden llevarla a pensar que pierde su feminidad, su sentido de ser mujer.

“Si, si, este, uno con un diagnóstico de cáncer pierde un poquito la perspectiva. Obviamente, pues tus sentimientos tienen que verse afectados y uno piensa pues como dije al principio uno piensa que va a dejar de ser mujer o uno se va a ver fea...”.

Como se puede apreciar, las reacciones frente al diagnóstico varían de una persona a otra, no obstante se puede notar que el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama tiene un impacto en la manera en que estas mujeres perciben su cuerpo. Es así como vemos que algunas mujeres a través de la enfermedad reafirman su estabilidad emocional y autoestima; mientras otras se angustian y se cuestionan su valor como mujeres, debido al deterioro físico que enfrentan.

Impacto de los estándares de belleza femenina de la sociedad puertorriqueña en la percepción corporal de una paciente de cáncer de mama

El impacto de los estándares de belleza femenina de la sociedad puertorriqueña en la percepción corporal de una paciente de cáncer de mama es otra de las áreas que las participantes señalan como uno de sus mayores preocupaciones. Nuestra cultura establece que la mujer debe ser bonita, delgada y voluptuosa. Como se ha señalado anteriormente, las mujeres que reciben un diagnóstico de cáncer de mama por lo general son sometidas a una mastectomía y a procesos químicos que tienen efectos secundarios que marcan su cuerpo. Razón por la cual existe una doble presión para esta población: el riesgo que representa esta enfermedad para su vida versus cumplir con lo que se espera en términos físicos con respecto a la mujer. La mayoría de las veces la mujer opta por beneficiar su

salud, sin embargo, es inevitable que se enfrente a cómo su imagen corporal está a tono con los estándares de belleza femenina idealizados por su cultura.

A continuación veamos lo que señala la *Sobreviviente # 3* con respecto al énfasis que hace la cultura puertorriqueña en relación al área de los senos y cómo esto impacta su sentido de ser mujer.

“Como todas las mujeres o como la gran mayoría de las mujeres uno piensa que uno va a dejar de ser mujer porque pierde un seno, y yo creo que más que cualquier otra cosa las mujeres al ser tan vanidosas pues tenemos eso siempre en mente, es pues por la alta competencia que hay en a nivel comercial, en la televisión, en la ropa, pues todo eso destaca a que el área más importante de la mujer sean los senos”.

Del mismo modo, esta participante señala el miedo al rechazo y a la burla de parte de las demás personas en la sociedad debido a la pérdida de su seno.

“... uno piensa que va a dejar de ser mujer o uno se va a ver fea, o la gente te va a mirar y se van a reír de ti...”.

“Eh, y al día de hoy yo puedo entender que en aquel momento yo tenía unos miedos más que por mi vida misma, sino por el exterior por como los demás me iban a ver...”.

Se puede observar en las citas anteriores como la idealización de lo que es una mujer en la cultura a la cual ésta pertenece tiene un considerable impacto en el modo en que ésta se percibe a sí misma. Por ejemplo, vemos cómo una de las participantes indica que su miedo principal ante el diagnóstico no se debía a la posibilidad de perder su vida, sino al modo en que los demás la iban a percibir. También las participantes enfatizan sentimientos de minusvalía y temor al juicio por parte de otras personas.

Miedo al abandono o rechazo por parte de sus parejas a partir del diagnóstico de cáncer de mama

Esta categoría trata de conocer otra de las áreas que es de gran impacto, según lo señalado en la literatura, para una mujer que ha recibido un diagnóstico de cáncer de mama. El miedo al abandono o rechazo por parte de su pareja es un aspecto común que suele expresarse en esta población principalmente, no por el riesgo a la amenaza la salud de esta persona, sino debido a los cambios a nivel corporal que la enfermedad despliega en el físico de una mujer. Veamos lo que señala la *Sobreviviente # 3* con respecto a lo que experimentó por miedo al abandono de su pareja:

“Eh, y en cierto momento pues eso a mí me afectó en el hecho de que pues yo, muchas señoras pierden sus esposos por x o por y, así que uno lo primero que piensa es a lo mejor mi esposo me abandona. Este, porque ya no va a ser lo mismo, ya yo no voy a verme igual”.

Otra de las participantes señaló que pensaba en dos posibles opciones con respecto a su relación de pareja; que su pareja la iba a abandonar o si decidía quedarse con ella iba a ser por pena.

“... uno piensa que... que tu esposo se va a ir del lado tuyo o si se queda se va a quedar con pena”.

No obstante, las participantes de este estudio mencionaron que aunque es cierto que pensaban que sus parejas las abandonarían, el experimentar esta situación le da una oportunidad a la mujer de confirmar si esa persona verdaderamente le ama o no.

“... hoy en día puedo decir que por ejemplo ninguna mujer debe de tener miedo por perder un seno o de sentirse triste por su físico porque el que va a estar a lado de uno, va a estar al lado de uno como quiera”.

“si surge que te quedaste sin tu pareja que sepas que no se acaba el mundo no tenemos por qué pasar por una, por un diagnóstico de cáncer ya es suficiente como para tener que también asumir la, la culpa y la responsabilidad de que tu pareja te abandono porque te dio cáncer, pues, o sea yo he aprendido a que el que se va en un momento como ese una de dos, o se fue queriendo a la persona y se fue con miedo porque no sabía asumir su rol o simplemente nunca estuvo ahí, y el que no estuvo ahí no hace falta”.

En las citas anteriormente presentadas se puede resaltar que no solo una mujer con un diagnóstico de cáncer de mama enfrenta el miedo al abandono o rechazo por parte de su pareja, sino también puede presentar ambivalencia con respecto a cuál es su verdadero motivo si se queda a su lado. Igualmente, puede experimentar culpa y asumir la responsabilidad por lo que pueda suceder si se disuelve la relación de pareja. Todas estas reacciones parecen ser comunes en la manera en que una mujer percibe su cuerpo luego del diagnóstico de cáncer de mama.

Impacto del diagnóstico de cáncer de mama en la sexualidad de la mujer

Existen varias investigaciones que señalan que la sexualidad de las pacientes de cáncer de mama es una de las áreas que más se ve afectada luego del diagnóstico, durante y después del tratamiento para la condición (Anllo, 2000; Avis, Crawford, & Manuel, 2004; Theriault, & Sellin, 1994). Veamos lo que señala la *Sobreviviente # 1* con respecto a este tema en particular:

“Eh, en el sentido de, del deseo, de estímulo y eso pues, yo podía estar sin ningún tipo de actividad sexual porque en mí no había ningún tipo de deseo, desearlo en término de, pero yo comenzaba la actividad sin ganas y lo más feliz, y nunca se afectó la relación con mi esposo ni nada de eso después del cáncer. Y hasta el día de hoy gracias a Dios, tú sabes...”.

En la cita anterior se puede ver cómo esta mujer señala que no tenía ningún tipo de deseo sexual, incluso informa que comenzaba la actividad sin ganas, sin embargo luego podía continuar la actividad sin ningún problema. No obstante, esta misma mujer señala más adelante:

“...yo vine a descubrir pues que era una consecuencia de las quimioterapias, pues por un tiempo mucho, pasaron quizás un par de años antes de yo saber que la razón por la cual yo no me sentía tan animada sexualmente era a consecuencia de este, o sea, yo me decía, pues debe ser algo que me está pasando por un tiempo en lo que me acostumbro o que sé yo, pero después fue que vine a descubrir que eso era una consecuencia de, tú sabes que en ese aspecto en particular yo no tenía información, no sabía que era una consecuencia de la quimioterapia”.

Como se puede discernir esta mujer vincula la falta de deseo sexual a una consecuencia como resultado de la quimioterapia. No obstante, indica que prefería no hablar con su pareja sobre el tema y luego de mucho tiempo es que decide preguntarle a su médico, es así como se anima a comunicarle a su esposo lo que le estaba pasando:

“Pero después de pasar un tiempo, o sea yo pensé pues que quizás, que era un “side effect” del medicamento, yo me imaginaba tantas cosas pero no le buscaba la respuesta, hasta que un día decidí preguntar y eso fue al, al oncólogo. [Silencio]. Entonces, me explicó... Entonces, se lo pude comunicar a mi esposo, porque como yo no sabía las razones pues nunca se lo decía”.

“... entonces al él ver que yo no me activaba, pues, por decirlo de alguna manera, pues este él se quedaba callado, me dejaba quieta, porque pensaba que era que me sentía incómoda o algo por el estilo y, entonces, después de casi como dos años fue que vinimos a hablar sobre el tema”.

“Teníamos [relaciones sexuales], pero, este, entonces él pues tomaba la iniciativa. Pero le extrañaba que el que yo no la tomara pero que no preguntaba, porque él entendía pues que quizás era que yo me sentía mal o lo que fuera. Pero después de un tiempo fue que entonces, no, no es que como consecuencia de las quimioterapias pues se quita ese aspecto del deseo, etc. Quizás el mismo hecho de que el seno es, quizás es una de las áreas que más es de estímulo para la mujer y eso. Y nada, muy bien”.

Es importante destacar como en las citas anteriormente presentadas se ve la falta de comunicación entre la pareja; ante la situación que esta mujer está enfrentando prefiere no dialogar con su pareja, y no es hasta varios años después que decide hablar sobre el tema. Por otro lado, no es hasta el final que trae un elemento psicológico como el posible causante de su falta de deseo, esto es cuando señala “Quizás el mismo hecho de que el seno es, quizás es una de las áreas que más es de estímulo para la mujer y eso”. A través de este señalamiento se puede observar como esta mujer señala la pérdida de su seno como una posible razón para la falta de iniciativa sexual con su pareja.

Otra de las participantes (*Sobreviviente # 3*) informa que no era su pareja quien rechazaba la intimidad, sino que era ella misma quien se negaba a tener relaciones sexuales con su pareja por miedo a que la viera desnuda.

“Se vio afectada [la sexualidad] por mí, no por, por porque recibiera algún rechazo de parte de él [esposo] sino porque yo misma rechazaba la situación porque yo por un momento dado me rehusaba a que él me viera de esa manera. Eh, obviamente es un, es un área donde para las parejas es bien importante, en donde, pues una, aunque nunca he recibido un rechazo por parte de él, ni aún con la mastectomía y mucho menos después de haberme reconstruido”.

En términos generales se puede observar con relación al impacto de la enfermedad en la sexualidad de la mujer que existen varias consecuencias tales como: falta de deseo, problemas de comunicación y rehusar a ser observada desnuda. Cada uno de estos efectos, ya sean debidos a efectos secundarios de los tratamientos o reacciones emocionales de la mujer frente a su cuerpo, tienen un impacto en la calidad de vida de estas mujeres y en su manera de desenvolverse sexualmente.

Reflexión sobre el Análisis Realizado

El propósito principal de este artículo era presentar una mirada al cuerpo de tres mujeres puertorriqueñas sobrevivientes de cáncer de mamas. Específicamente pretendíamos explorar los siguientes aspectos: 1) la percepción que éstas tienen sobre su propio cuerpo, imagen corporal luego del diagnóstico, 2) el impacto de los estándares de belleza en la cultura puertorriqueña sobre su percepción corporal, 3) examinar el miedo al abandono o rechazo por parte de su pareja, y 4) conocer el impacto del diagnóstico de cáncer de mama en la sexualidad de estas mujeres.

Los resultados merecen ser reflexionados a la luz de lo que los servicios de salud en Puerto Rico se han planteado como lo más importante en el tratamiento de mujeres pacientes de cáncer de mama. En Puerto Rico existe mucho énfasis en la prevención, diagnóstico temprano, cirugías que eliminan el tumor, cirugías reconstructivas y tratamientos co-adyuvantes en la lucha por la cura del cáncer de mama. No obstante, este fuerte auge deja de lado el hecho de que no estamos trabajando con una enfermedad sino con una persona que tiene una historia y un modo particular de asumirse frente a los avatares que la vida le plantea; en este caso en particular el cáncer. Entonces ¿de qué se trata?, ¿de qué estamos hablando? De un cuerpo con cáncer o de cómo se conforma psíquicamente para cada cual su propia corporalidad. Las entrevistas a estas tres mujeres puertorriqueñas permiten hacer un recorrido que facilita la diferenciación entre estos dos elementos cruciales en el tratamiento de una mujer con cáncer de mama.

Con relación a la percepción de la imagen corporal cada una de las participantes informó que, de un modo u otro, se vieron impactadas en esta área, una reafirmando su estabilidad emocional y autoestima, mientras otras experimentando mucha angustia e insatisfacción por su imagen corporal. Es importante resaltar la *sobreviviente #1*, la cual demuestra mucha seguridad en sí misma y satisfacción con su imagen corporal, a pesar de que no se sometió a una reconstrucción del seno. Este caso evidencia que el trabajo con

pacientes de cáncer no se trata meramente de trabajar con un cuerpo, sino que hay otros componentes que hay que tomar en consideración. Por otro lado, se puede observar cierta dificultad para lidiar con los cambios que experimenta el cuerpo, en aquellas que han decidido practicarse una reconstrucción del seno. Lo que más informaron estas mujeres como angustiante en el proceso son los efectos secundarios que traen consigo las terapias co-adyuvantes; entre ellos la pérdida de cabellos y la de peso. Estos resultados son consistentes con varios trabajos en la literatura que señalan el gran impacto que tienen los efectos secundarios de los tratamientos en la imagen corporal de una mujer con un diagnóstico de cáncer de mama (Ashing-Giwa, *et al.*, 2004; Avis, Crawford, & Manuel, 2004; Stanton & Reed, 2003). Por otro lado, estas mujeres informan consistentemente sentimientos de inadecuación, tales como “verse fea”, “dejar de ser mujer”. Estos sentimientos denotan un impacto en la manera en que estas mujeres asumen su feminidad, basando la construcción de su género en las características físicas distintivas de la mujer.

El impacto de los estándares de belleza femenina en la sociedad puertorriqueña sobre la imagen corporal de las pacientes de cáncer de mamas, tiene un efecto importante en la manera en cómo estas mujeres se perciben así mismas. Algunas de las participantes, mencionaron el énfasis que hacen los medios de comunicación en la imagen perfecta de la mujer, en especial destacaron cómo estos acentúan el área de los pechos femeninos. Estos ideales planteaban para estas sobrevivientes la idea de sentirse menos mujeres (mujeres incompletas), por no cumplir con los estándares de belleza femenina. Además, las participantes mencionaron el miedo a ser observadas por otros [“que los demás se den cuenta de mi falta”] y el temor a que otras personas se burlen de ellas. Estos resultados son consonos con los presentados en la literatura en donde se señala el silencio, la vergüenza y el estigma de las sobrevivientes con relación a expresar y demostrar abiertamente a la cultura que son pacientes de cáncer de mama (Ashing-Giwa *et al.*, 2004; Polinsky, 1994). También, se observa cierta tendencia de las sobrevivientes a darle mayor importancia a lo que otras personas podían pensar de ellas con relación a su cuerpo, y de este modo restarle importancia a su salud física. Es así como se puede apreciar el gran peso que ejerce la sociedad sobre la manera en que una mujer con cáncer de mama se percibe a sí misma, acepta y maneja la enfermedad.

Otro de los temas examinados en este artículo es el miedo de la paciente de cáncer de mama al abandono o rechazo por parte de su pareja. La mayoría de los investigadores están de acuerdo que el apoyo social es un factor importante en el ajuste psicosocial después de un diagnóstico de cáncer (Meyerowitz, 1980). Es así como los esposos pueden jugar un rol importante en el proceso de recuperación de una paciente de cáncer de seno (Ashing-Giwa *et al.*, 2004; Northouse & Swain, 1987). De igual manera, se ha reportado que las pacientes sin compañeros sentimentales pueden ser más vulnerables a mayores niveles de angustia durante el proceso de cáncer de mama (Ford, Lewis, & Fallowfield, 1995; Weisman, 1979). Incluso un estudio realizado por Hannum, Giese-Davis, Harding y Hatfield (1991), demostró a través de un análisis de correlación, que la angustia psicológica de las pacientes de cáncer de mama se relacionaba más al ajuste marital que a aspectos inherente a la paciente misma.

En las entrevistas realizadas a las participantes de este estudio se puede observar consistentemente el miedo a ser abandonadas o rechazadas por sus parejas, debido a los

cambios físicos que experimentaron en sus cuerpos. Estos resultados son frecuentes en la literatura, en donde se señala que el desfiguramiento del cuerpo de la mujer lleva a problemas en el ajuste marital después del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama (Anllo, 2000; Henson, 2002; Mak Wai Ming, 2002).

Otro aspecto importante que se destacó en las entrevistas a estas mujeres puertorriqueñas fue el sentimiento de ambivalencia que experimentaban con respecto al verdadero motivo de su pareja para permanecer a su lado, después de un diagnóstico de cáncer de mama. Observamos que había cierta tendencia a pensar que la pareja permanecía a su lado por pena o lástima. Algunas sobrevivientes informaban que el experimentar el diagnóstico de cáncer de mama era una buena oportunidad para poner a prueba la fortaleza de la relación. Este aspecto en particular ya se ha observado en otros estudios, en los cuales las parejas indican que su relación se ha fortalecido después de sobrevivir juntos a la experiencia de cáncer de mama (Carter, Carter, & Siliunas, 1993; Lichtman & Taylor, 1986). Finalmente, estas tres mujeres entrevistadas informaron sentimientos de culpa y responsabilidad debido a las dificultades que podrían surgir en la relación de pareja debido al diagnóstico de cáncer. Todos estos aspectos surgen como secuelas de las implicaciones que tiene el cáncer de mama en la manera en que una mujer percibe su cuerpo luego del diagnóstico.

La última categoría que trabajamos en este artículo trataba sobre el impacto del diagnóstico de cáncer de mama en la sexualidad de estas mujeres. A través de las entrevistas encontramos lo que es ampliamente reseñado en la literatura, que señala que la vida sexual de las sobrevivientes de cáncer de mama se ve enormemente afectada después del diagnóstico de cáncer (Ashing-Giwa *et al.*, 2004; Berger & Bostwick, 1994; Mak Wai Ming, 2002). Entre los aspectos más importantes, las participantes concurren con la literatura (Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz, & Wyatt, 1998; Schover, 1994; Theriault, & Sellin, 1994) cuando mencionan la falta de deseo e interés en las relaciones sexuales como un efecto secundario producido por la exposición a las terapias coadyuvantes. La mayoría de las investigaciones señalan que uno de los efectos de la exposición a la quimioterapia y radioterapia es la disminución en el funcionamiento sexual. No obstante, las mujeres entrevistadas señalan factores psicológicos que afectan su interés en la actividad sexual, entre ellos el miedo a ser observadas desnudas, miedo a ser rechazadas en el acto sexual, ambas debido a los cambios en la apariencia física. La literatura señala que la mutilación del seno puede hacer a una mujer dudar de su atractivo, a su vez representa una amenaza a su identidad sexual. Esta noción negativa sobre su imagen tiene efectos en la intimidad de la sobreviviente con su pareja (Berger & Bostwick, 1994).

Finalmente, se recogió a través de las entrevistas a estas sobrevivientes un aspecto importante en la relación de pareja, el cual se refiere a la comunicación. Se destaca cierta dificultad de las sobrevivientes a entablar una conversación con su pareja con respecto a lo que estaban experimentando en relación a su sexualidad, en algunos casos transcurrieron dos años entre el diagnóstico de cáncer y la primera conversación de la pareja sobre el tema. Es importante señalar que, a pesar de que estos hallazgos se han confirmado con la literatura actual, son muy escasos o ninguno los estudios que tratan de reflexionar sobre el ¿por qué una persona no se atreve a hablar con su pareja de lo que le pasa?, ¿por qué

prefiere permanecer en silencio?, ¿por qué es más fácil recurrir a explicaciones químicas?, ¿por qué evitan hablar de lo les perturba?, ¿qué tiene que ver esto con la manera en cómo cada una de estas mujeres asumen psíquicamente su sexualidad, su corporalidad? Reflexionar sobre cada una de estas preguntas es un trabajo que a través de los años se ha dejado de lado en el trabajo con sobrevivientes de cáncer de mama, sin embargo, plantean interrogantes que son válidas y muy complejas de contestar.

A la luz de los hallazgos podemos ofrecer unas recomendaciones. Estas recomendaciones se mueven principalmente en el ámbito de la reflexión, es una invitación a pensar el trabajo de las últimas décadas con pacientes de cáncer de mama. El énfasis en la parte física, como el tumor, su remoción, la reconstrucción, entre otros aspectos, han marcado las alternativas de cura del cáncer de mama. No obstante, este énfasis desmedido no hace conciencia de que cuando se trabaja con una condición, en este caso el cáncer, no estamos hablando de una enfermedad sino de una persona que en un momento dado se las tiene que ver con una enfermedad. Sin embargo, esta persona tiene su propia historia, su propio modo de asumirse frente a las situaciones que atraviesa. Igualmente, para una persona su cuerpo, aquello que se puede palpar, no necesariamente corresponde al modo en que este es conceptualizado psíquicamente. Es por ello que diversos estudios han encontrado que no hay una diferencia significativa en la calidad de vida de aquellas mujeres a quienes se le ha practicado una lupectomía versus una mastectomía, entre aquellas que se han reconstruido el seno y las que utilizan una prótesis, etc. (Dorsal, Maunsell, & Deschenes, 1998; Holly, Kennedy, Taylor, & Beedie, 2003; Holmberg, Omne-Ponten, Burns, Adami, & Bergstrom, 1989; Lasry, 1991).

Estos hallazgos merecen ser reflexionados; el trabajo con cáncer no debe asumir que la solución está únicamente en el nivel físico, químico u orgánico. Es necesario tomar en consideración el aspecto psíquico de una persona con cáncer, de lo contrario la cura con respecto a la enfermedad sería parcial, ya que se dejaría de lado una dimensión que es indivisible de la constitución humana, aquella que hace referencia a la complejidad cuerpo-mente. Incluso en el trabajo con pacientes de cáncer no es solo tomar en cuenta la dimensión psíquica, sino también hay que mirar las particularidades de cada cual. Con esto nos referimos a que el cáncer puede asumir un significado particular para cada persona, y no conocer que como esto se juega en la subjetividad de la persona, puede traer escollos en la manera en que se asume la cura hacia la enfermedad. Es decir, mastectomizada o no, reconstruida o no, el impacto de la enfermedad en la manera en que cada una piensa su cuerpo a partir de este diagnóstico es indescifrable. Este impacto más bien tiene que ver con cada cual, con quiénes son ellas y cuál es su historia, en vez de con la enfermedad misma. Es por ello que el trabajo con pacientes de cáncer de mama se debe dirigir a la realización de más estudios que traten de explorar estos planteamientos. A su vez, los centros de tratamiento oncológico deben rescatar una mirada más compleja y holística a la enfermedad del cáncer de mama.

Sin embargo, antes de concluir es necesario tomar en consideración ciertos aspectos que no se han trabajado en este artículo, por ejemplo el de incluir una muestra más amplia para confirmar estos hallazgos preliminares. También, podría estudiarse la población masculina que le es diagnosticado cáncer de mama, en particular porque esto permitiría

observar similitudes y diferencias en el modo en que se vivencia el diagnóstico de esta condición según el género del paciente. De la misma manera, este artículo denuncia la necesidad de que en Puerto Rico se estudien más a fondo las problemáticas que aquí se han planteado.

Finalmente, sería importante explorar las siguientes preguntas, ya que a través de este estudio no se pueden contestar las mismas: ¿qué se entiende por belleza?, ¿cuán importante era para esa mujer su imagen corporal antes del diagnóstico?, ¿cómo era su vida sexual antes del diagnóstico?, ¿cómo era su relación de pareja?, ¿cómo era la comunicación entre la pareja antes del diagnóstico? Es necesario hacer una mirada más profunda a la relación entre cuerpo y cáncer de mama, y a partir de allí establecer que el cuerpo para una persona no es solo aquello que hace referencia a una dimensión física; de manera que esta conceptualización debe incorporar la dimensión psíquica de la corporalidad femenina y el impacto de la sociedad en ella.

Referencias

- Al-Ghazal, S. K., Fallowfield, L., & Blamey, R. W. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36, 1938 - 1943.
- Andersen, B. (1994). Surviving cancer. *Cancer*, 74(4, S1), 1484 - 1497.
- Anllo, L. M. (2000). Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 241-248.
- Ashing-Giwa, K. T., Padilla, G., Tejero, J., Kraemer, J., Wright, K., Coscarelli, A., Clayton, S., Williams, I., & Hills, D. (2004). Understanding the breast cancer experience of women: A qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 408 - 428.
- Arana, F. (1994). *Efectos de un programa educativo sobre aspectos relacionados con el cáncer en una muestra de pacientes de oncología*. Disertación doctoral inédita, Centro Caribeño de Estudios Postgraduados Instituto de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.
- Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 295-308.
- Berger, K., & Bostwick, J. III (1994). *A woman's decision*. Los Angeles, CA: Quality Medical Publishing.
- Callaghan, C. J., Couto, E., Kerin, M. J., Rainsbury, R. M., George, W. D., & Purushotham, A. D. (2002). Breast reconstruction in the United Kingdom and Ireland. *British Journal of Surgery*, 89, 335-340.
- Carlsson, M., & Hamrin, E. (1994). Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. *Cancer Nursing*, 15(5), 418-428.
- Carter, R. E., Carter, C. A., & Siliunas, M. (1993). Marital adaptation and interaction of couples after a mastectomy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11(2), 69-82.
- Dean, C., Chetty, V., & Forrest, A. (1983). Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. *Lancet*, i, 459-462.
- Departamento de Salud de Puerto Rico (2004). *Cáncer de mama*. Accedido el 15 de octubre de 2005 en <http://www.salud.gov.pr/>

- Dorsal, M., Maunsell, E., & Deschenes, L. (1998). Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *Cancer*, 83, 2130-2138.
- Eacker, J. N. (1975). *Problems of philosophy and psychology*. Chicago: Nelson-Hall.
- Fallowfield, L., Baum, M., & Maguire, G. (1986). Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *British Medical Journal*, 293, 1331-1334.
- Ford, S., Lewis, S., & Fallowfield, L. (1995). Psychological morbidity in newly referred patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(2), 193-202.
- Fung, K. W., Lau, Y., Fielding, R., Or, A., & Wai Chun Yip, A. (2001). The impact of mastectomy, breast conserving treatment and immediate breast reconstruction on the quality of life of Chinese women. *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 71(4), 202-206.
- Ganz, P. A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M. L., & Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, 38, 183-199.
- Ganz, P. A., Rowland, J. H., Desmond, K., Meyerowitz, B. E., & Wyatt, G. E. (1998). Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 501-514.
- Georgiade, G., Riefkohl, R., Cox, E., McCarthy, K., Siegler, H., Georgiade, N., & Snowwhite, J. (1985). Long term clinical outcome of immediate reconstruction after mastectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 76(3), 415-420.
- Halverson, W. H. (1967). *A concise introduction to philosophy*. New York: Random House.
- Henson, H. K. (2002). Breast cancer and sexuality. *Sexuality and Disability*, 20, 261-275.
- Holly, P., Kennedy, P., Taylor, A., & Beedie, A. (2003). Immediate breast reconstruction and psychological adjustment in women who have undergone surgery for breast cancer: A preliminary study. *Psychology, Health & Medicine*, 8(4), 441-452.
- Holmberg, L., Omne-Ponten, M., Burns, T., Adami, H. O., & Bergstrom, R. (1989). Psychosocial adjustment after mastectomy and breast conserving treatment. *Cancer*, 64, 969-974.
- Lasry, J. C. M. (1991). Women's sexuality following breast cancer. En D. Osoba (Ed.), *Effect of Cancer on Quality of Life*. (pp. 215-228). Boca Raton, FL: CRC Press, Inc.

- Leahey, T. (1989). *Historia de la psicología* (7ma ed.). Madrid: Editorial Debate.
- Lichtman, R. R., & Taylor, S. E. (1986). Close relationships and the female cancer patient. En B. L. Anderson (Ed.), *Women with cancer: Psychological perspectives* (pp. 233-256). New York: Springer-Verlag.
- Maguire, P., Lee, E., Bevington, D., Kuchemann, C., Crabtree, R., & Cornell, C. (1978). Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *British Medical Journal*, 279, 963-965.
- Mak Wai Ming, V. (2002). Psychological predictors of marital adjustment in breast cancer patients. *Psychology, Health & Medicine*, 7, 37-51.
- Mc Daniel, J. S., Musselman, D. L., Porter, M. R. & Reeds, D. A. (1995). Depression in patients with cancer: Diagnosis, biology, and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 52, 88-99.
- Meyerowitz, B. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin*, 87, 108-131.
- Muñoz, A. (1999). Aspectos psicosociales en el paciente con enfermedad renal permanente. En E. A. Santiago & J. O. Ruiz (Eds.), *Trasplante de órganos* (pp. 186-197). México, DF: JGH Editores.
- Noguchi, M., Kitagawa, H., Kinoshita, K., Earashi, M., Miyazaki, I., Tatsukuchi, S., Saito, Y., Nonomura, A., Nakamura, S., & Michigishi, T. (1993). Psychological and cosmetic self-assessments of breast conserving therapy compared with mastectomy and immediate breast reconstruction. *Journal of Surgical Oncology*, 54, 260-266.
- Noone, R., Frazier, T., Hayward, C., & Skiles, M. (1982). Patient acceptance of immediate reconstruction following mastectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 69(4), 632- 638.
- Northouse, L. L. (1994). Breast cancer in younger women: Effects on interpersonal and family relations. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 16, 183-190.
- Northouse, L. L., & Swain, M. A. (1987). Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nursing Research*, 36(4), 221-225.
- Polinsky, M. L. (1994). Functional status of long-term breast cancer survivors: Demonstrating chronicity. *Health Social Work*, 19, 165-173.

- Quijano Cabrera, A. E. (2003). *La Psicología Oncológica: Aspectos y acercamientos psicológicos de y hacia la persona enferma con cáncer*. Disertación doctoral inédita, Universidad de Puerto Rico Recinto de Río Piedras, Puerto Rico.
- Robinson, D. N. (1986). *An intellectual history of psychology*. Madison: The University of Wisconsin Press.
- Rosental, M. M., & Iudin, P. F. (1985). *Diccionario filosófico*. Bogotá: Ediciones Nacionales.
- Schain, W., Wellisch, D., Pasnau, R., & Landsverk, J. (1985). The 'sooner the better': A study of psychological factors in women undergoing immediate versus delayed reconstruction. *American Journal of Psychiatry*, *142*(1), 40-46.
- Schover, L. R. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships. *Cancer Journal for Clinicians*, *41*, 112-120.
- Schover, L. R. (1994). Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, *16*, 177-182.
- Sociedad Americana del Cáncer (2003). *Datos y estadísticas del cáncer en los Hispanos/Latinos 2003-2005*. Accedido el 15 de febrero de 2006 en <http://www.cancer.gov>.
- Spencer, K. W. (1996). Significance of the breast to the individual and society (Review). *Plastic Surgical Nursing*, *16*(3), 131-132.
- Stanton, A. L., & Reed, G. M. (2003). *The breast cancer notebook: The healing power of reflection*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Theriault, R. L., & Sellin, R. V. (1994). Estrogen-replacement therapy in younger women with breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, *16*, 149-152.
- Weisman, A. (1979). *Coping with Cancer*. New York: McGraw-Hill.
- Winder, A. E., & Winder, B. D. (1985). Patient counseling: Clarifying a woman's choice for breast reconstruction. *Patient Education and Counseling*, *7*, 65-75.
- Yurek, D., Farrar, W., & Andersen, B. L. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in post-operative sexuality and body change stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(4), 679-709.

Juntos pero no revueltos: Cuerpo y género¹⁶

José Toro-Alfonso¹⁷
Universidad de Puerto Rico
Río Piedras

Resumen

El cuerpo es el referente principal que tenemos de las demás personas. Es el cuerpo el medio de transmisión de los significados sociales en las interrelaciones. Este cuerpo debe verse más allá del modelo cartesiano que separa mente-cuerpo. Ver el cuerpo solo como ente biológico implica que se percibe al cuerpo como un fenómeno prediscursivo ajeno al género, que dirige las percepciones, cogniciones y acciones fuera de lo que realmente es un cuerpo de la cultura. Este trabajo intenta reflexionar sobre el cuerpo sexuado y las transgresiones del género y del deseo. Con una mirada al cuerpo y al género y las tecnologías que permiten transformar el cuerpo que se tiene en el cuerpo deseado. Examinó la inserción del género en la corporalidad normativa y la presencia del deseo sexual no-normativo instituido en los cuerpos representados por las homosexualidades. Se invita a una mirada crítica a los supuestos tradicionales del género y el deseo instaurados en la corporalidad contemporánea.

Palabras clave: Cuerpo, Género, transgresión del género, homosexualidades

¹⁶ Este trabajo fue presentado como Ponencia en la Convención Anual de la Asociación de Psicología de Puerto Rico, *Caribe Hilton Hotel and Casino* del 3 al 5 de noviembre de 2005.

¹⁷ Para comunicarse con el autor puede escribir a Departamento de Psicología, Universidad de Puerto Rico, PO Box 23345, San Juan, Puerto Rico 00931 o al correo electrónico jtoro@uprrp.edu.

Abstract

The body is the principal referent that we have from others. It is the body the means of transmission of social meanings through interpersonal relations. This body must be seen beyond the Cartesian model which separates mind and body. Perceiving the body only as a biological entity implies that the body is perceived as a pre cursive phenomenon separate from gender, which directs the perceptions, cognitions, and actions out of what is really a cultural body. This work tries to examine the sexual body, the transgression of gender, and of desire. I present a view of the body and gender, and the technologies that allows the transformation of the body that we have and the body which is desired. I examine the intersection of gender and normative embodiment in the bodies represented by homosexualities. Finally there is an invitation for a critical view to the traditional perception of gender and desire as they are inserted in contemporary bodies.

Key words: Body, Gender, gender transgression, homosexualities

“El cuerpo es la primera evidencia incontrovertible de la diferencia humana” (Lamas, 2002 p.56).

Históricamente el modelo cartesiano nos planteó la separación entre mente y cuerpo, dejando el cuerpo a la ciencias biológicas y la mente ante a la merced de magos, clarividentes y filósofos. Según este paradigma el cuerpo responde a las fuerzas de lo natural siguiendo pautas fijas y pre-establecidas, guiado por el complicado mundo de la fisiología y la anatomía.

Pareciera que todos los cuerpos eran iguales y se comportaban de la misma forma. Todavía hoy día muchos modelos de desarrollo humano se cimientan sobre los procesos homogéneos que atraviesan las personas en su proceso para convertirse en sujeto. Este modelo deja fuera toda posibilidad de la función de los actores en el proceso de corporalización y en el delicado interdicto entre los procesos sociales y cómo se asume el cuerpo.

Ver el cuerpo solo como ente biológico implica que se percibe al cuerpo como un fenómeno prediscursivo ajeno al género, que dirige las percepciones, cogniciones y acciones fuera de lo que realmente es un cuerpo de la cultura (Weiss & Haber, 1999). La corporalización es un fenómeno cultural y es en el contexto de la cultura que asumimos el cuerpo, de esa misma forma y por la entramada relación con la cultura es que hacemos nuestro cuerpo (Butler, 2002).

La visión de un cuerpo natural que da origen a sensaciones y emociones da paso a una mirada novedosa sobre la influencia de la cultura y sociedad en eso que llamamos cuerpo natural. El sujeto no se incorpora hasta que procesa los modelos sociales de lo que se espera incorporar. En las culturas occidentales, el cuerpo entonces viene a ser la representación social de los dictámenes aprendidos y procesados, que trascienden lo biológico y encarnan procesos culturales que varían de acuerdo a la experiencia del sujeto.

Por lo tanto el cuerpo no es dado y no solo representa el potencial biológico que le provee el sustrato genético si no que se transforma mediante las relaciones sociales en el cuerpo que se tiene y en el cuerpo que se quiere tener. En este proceso el sujeto es mucho más que recipiente pasivo de la corporalidad, es mediante su acción y participación social que forma y transforma la corporalidad recibida en el cuerpo que le piden. El cuerpo tiene entonces significado social y personal y no es solo un objeto de examen de lo biológico (Varas Díaz & Toro-Alfonso, 2004).

El referente del género

Uno de los referentes principales para la corporalización cultural es el género. El género es el fenómeno social que dicta norma y que utiliza la sociedad como el referente principal para la formación del cuerpo. Desde el nacimiento, la sociedad establece los parámetros de la construcción del cuerpo sexuado.

Sexo y género vienen a ser sinónimos que forman la base de la aculturación del cuerpo. A partir de aquí las personas construyen su identidad de género de acuerdo a los discursos sociales de lo que es apropiado para cada género (Wallach-Scott, 1999). Esta dicotomía del género se construye en la diferencia de los cuerpos capitulados en la superioridad de uno sobre el otro bajo el discurso hegemónico del poder de lo masculino. Esta dicotomía del género se construye en la diferencia de los cuerpos capitulados en la superioridad de uno sobre el otro bajo el discurso hegemónico del poder de lo masculino (Lamas, 2002; Vallejos, s.f.).

La noción del binomio privilegia lo masculino y le atribuye poder sobre otros cuerpos. De esta forma las relaciones de poder se instauran en la categoría género para dar pie a la supremacía masculina frente a otros cuerpos que “no cumplen” con la expectativa social dictada por el modelo hegemónico (Connel, 1999, Ramírez, 1995).

El mito de la universalidad del cuerpo

Desde la perspectiva del cuerpo como objeto de reproducción de la normativa social no es posible aceptar que todos los cuerpos son iguales. No son iguales los cuerpos entre los hombres y entre las mujeres; mucho menos son iguales los cuerpos masculinos a los cuerpos femeninos. Esta diferencia trasciende lo obvio sujetado a los genitales, la fisonomía y fisiología de los cuerpos.

Si el cuerpo es cultura, es desde luego una representación de lo diverso y diferente. El cuerpo negro de herencia esclava transmuta y reta el mito de la universalidad de los cuerpos. No todos los cuerpos son iguales, traen consigo la misma historia ni tienen el mismo valor. Nada hace más evidente esto que la percepción social que tenemos de los cuerpos enfermos (Varas Díaz & Toro-Alfonso, 2004).

Entonces si los cuerpos no son todos iguales y las culturas son diferentes, cada cultura moldea, construye, forma y deforma los cuerpos que tiene a su cargo. Esa interacción entre cuerpo y cultura se traduce como resultado en los cuerpos sociales que vemos en el interior de cada proceso social. Mediante este proceso los cuerpos se alejan del ámbito de lo físico para trascender a lo simbólico (Guimon, 1999; Lamas, 2002).

Los cuerpos no son universales porque no tienen el mismo contexto social que precisamente da significado a lo corpóreo (Pastor, 2004). En el quehacer dinámico entre la experiencia personal e histórica es lo que da paso al cuerpo social. En ese cuerpo se instauran las normas sociales que hacen referencia al género y la sexualidad (Marecek, Crawford, & Popp, 2004). Todo parece estar junto pero evidentemente, no revuelto.

Cuerpo, sexualidad, género y las tecnologías

El cuerpo social, que recoge las dimensiones del género y la sexualidad son también productos de significados culturales. Cada cuerpo representa lo social de cada contexto cultural y es construido y reconstruido en la acción subjetiva de las personas en trance continuo con los dictámenes sociales.

Sin embargo, al margen de lo social y hegemónico se recrean imágenes que transforman el cuerpo de diversas formas, no todas ellas de acuerdo al modelo binario impuesto por la sociedad.

En la India los *hijras* constituyen un tercer sexo. Algunos son hermafroditas, otros tienen genitales masculinos. No es la genitalia lo que les determina si no su representación social. No desean pasar por mujeres pero son femeninas, adoptan nombre de mujer y visten de mujer. Sin embargo sobre actúan su feminidad socialmente y se les clasifica como otro sexo.

La forma en que despliegan su insignia femenina – un maquillaje exagerado, pelo largo y sedoso, gestos hipersexuales – les separa de las mujeres y de los hombres, construyéndose como un otro. Su mera existencia revela la enormidad de las posibilidades del cuerpo. Un cuerpo sexuado pero ambiguo, una imagen mixta, mezcla de lo masculino y lo femenino pero en una forma muy particular y subjetiva de representar lo sexuado.

Igual podría decirse de la presencia común del transexual que inscribe en su cuerpo su propia y particular concepción de lo que es género. Como diría Shifter (1999) de las travestis en Costa Rica, es necesario algo más que un beso para transformarlas de ranas a princesas. Cada una de ellas convierte su cuerpo en la imagen femenina que simboliza lo social, abandonando los preceptos de género establecidos por su contexto cultural.

De igual forma la imagen actual de los ‘metrosexuales’ combina género y sexualidad con la subjetividad en la medida que construye un cuerpo de hombre transfigurado por el mercado. La imagen del metrosexual no solo implica la transformación corpórea, sino que atisba a la subjetividad masculina para abrir espacio a formas diferentes de lo masculino.

El metrosexual aun hombre, pasa de ser un agente activo a un agente pasivo, sujeto al quehacer de lo atractivo y a la imagen. Pasa de ser un ente observante y deseante – características profundamente masculinas – a ser un sujeto observado y deseado, lo que es tradicionalmente territorio femenino (Medina & Toro-Alfonso, 2005).

Sexo, género y sexualidad se confunden con la influencia cultural de las modas, las tendencias de mercado y la música. Las cejas sacadas, los cuerpos afeitados, el ejercicio del gimnasio y la vigilancia de la dieta se convierten en agentes de la nueva construcción de lo masculino (Sánchez, 2009). Ramírez (1995) señala las masculinidades transgresoras para identificar aquellos hombres que en su cuerpo y en su subjetividad trascienden lo masculino para recrear a un otro que parece ser agente de su historia y evidencia de una nueva propuesta de ser hombre.

La presencia de las tecnologías hace eco de este esfuerzo de una imagen corpórea precisamente construida bajo el cincel del bisturí. Actualmente el cuerpo es construido en la tecnología, trascendiendo el referente género biológico para la transformación (Davis, 2002; Hogle, 2005). El cuerpo entonces se esculpe, se moldea, se ajusta a las normas interiorizadas de las expectativas sociales (Negrin, 2002). El género, en tanto instaurado en ese cuerpo, se incorpora como imagen fiel del modelo hegemónico.

Es mediante la tecnología que el cuerpo entonces no es ya un objeto permanente, si no el lienzo del pincel sobre el cual se recrea la imagen que se desea. Echando al traste la imagen permanente y esencial, las nuevas tecnologías evidencian las posibilidades de la transformación al cuerpo que se desea.

Libre de la sujeción de la permanencia de lo biológico y como máxima evidencia de que el cuerpo es cultura y es transformable mediante la acción social, los cuerpos actuales se someten a múltiples intervenciones para modificar lo corpóreo. Desde las imágenes censuradas de los tatuajes, hasta el *piercing*, la liposucción, la cirugía de la cara y las esculturas del cuerpo mediante los implantes de silicón, *botox* y otros tantos, el cuerpo deja de ser lo que era para convertirse en lo que se quiere ser.

El cuerpo ya no es eje de permanencia sino de posibilidades de transmutación, que van desde la imagen hasta la transgresión de lo que tradicionalmente se instauraba como el género. Como si fuera poco, el género se transforma en aquello que podemos crear y construir a nuestra conveniencia y deseo.

La transgresión del género y la conformación de la norma

La transexualidad “nos obliga a replantearnos si el sexo – entendido como cuerpo sexuado – no deja de ser una construcción cultural” (Garaizabal, 2003, p. 242). Nuevamente este fenómeno nos presenta la complejidad de los cuerpos en su dimensión de género. Lo llamado transgresivo no es otra cosa que la manifestación de la diversidad de lo corpóreo y de cómo cada persona significa y resignifica su cuerpo.

La literatura científica y literaria está llena de narrativas que muestran los cuerpos diferenciados y formulados al margen y al interior de lo social (Boylan, 2003; Camillo, 2004; Lozada, 1996; Money, 2002; Puig, 1976; Rodríguez-Madera & Toro-Alfonso, 2002; Santos-Febres, 2000; Whittle, 1996). Estas narrativas remiten a la subjetividad de cada cuerpo que se aleja de la vigilancia que impone la normativa social. Es el cuerpo vigilado y castigado (Foucault, 1980) el que se escurre en los márgenes para proyectar la imagen deseada y buscar la aprobación social en su nueva corporalidad.

Así como el cuerpo no es género y el género no necesariamente responde al cuerpo... cada persona dibuja su cuerpo con su propia subjetividad. Siendo el cuerpo la vía social para la interrelación, ese cuerpo social también responde al modelo hegemónico aún después del bisturí. De ese modo se plantea la interrogante de que, si el género es simbólico, no tiene que haber concordancia entre identidad, biología y representación social.

De este debate dan cuenta los intersexuales que abogan por una subjetividad mixta y compleja que trascienda los cánones de lo físico para abrazar la complejidad del género según se instituye en el cuerpo. El discurso moderno de la reasignación de género todavía responde al modelo binomial. En el intento de ajustar el cuerpo al género designado se subraya la permanencia de dos géneros, excluyentes y esenciales (Cabral, 2003).

Las operaciones y las alteraciones corpóreas que se le hace al cuerpo de un sujeto intersexual aún no rompen del todo con estos sistemas binomiales. Por el contrario, el proceso aceptado de reasignación genital se enmarca en las únicas dos posibilidades: la del cuerpo masculino o el cuerpo femenino. Desde este modelo no hay espacio para que corporalice la diferencia sino que se asuma el estándar de lo establecido (Escabí & Toro-Alfonso, en prensa).

Ya no es el caso de aceptar la legitimidad de la convicción de sentirse mujer en un cuerpo de hombre o viceversa, si no de cómo ajustar ese cuerpo para que corresponda

coherentemente a las expectativas sociales de lo que precisamente se transgrede. Pareciera que lo que está ‘encerrado’ en ese cuerpo es igual a todos los demás cuerpos y que al soltar ese cuerpo en libertad replica en detalle lo que por años fue el estereotipo del género. Es por esto que la cámara fotográfica de Cameron (1996) presenta la evidencia de la alquimia de los cuerpos de mujeres convertidas en cuerpos masculinos fuertes y poderosos en memoria de la mayor masculinidad hegemónica posible. Las fotos de transexuales mujer a hombre que aparecen en este muestrario fotográfico hablan de la inmensidad de las posibilidades y de la clara construcción subjetiva de eso que llamamos género, en aparente contubernio con el cuerpo masculino tradicional.

El cuerpo y la transgresión del deseo

Es en el cuerpo en que se inserta la subjetividad del deseo aún en abierta resistencia a la heterosexualidad compulsoria. Las homosexualidades representan la contradicción entre el cuerpo y el deseo.

El cuerpo en tanto manifestación del deseo es además la base de la resistencia ante la imposición unilateral del constructo género. Cuerpo y género retan además la linealidad del deseo. Cuerpos intactos pero cuerpos idénticos. El deseo homosexual reta la uniformidad y direccionalidad del deseo sexual.

Los cuerpos del deseo no son entonces los cuerpos opuestos, no es ‘lo cóncavo y convexo’ de la lírica musical, si no que pueden entonces acercarse cuerpos iguales no ya por interés reproductivo si no por el placer de la subjetividad compartida. Los trabajos de Parker (1996; 1999; 2001a; 2001b) describen la diversidad de las relaciones entre los hombres y los diversos significados que las diferentes culturas le asignan a lo sexual. No se trata de una sexualidad que se construye únicamente por la construcción del género, sino sobre la complejidad de los significados de la sexualidad en cada contexto cultural. Plantea Parker, por ejemplo, que los hombres brasileros le asignan un alto valor erótico a la fluidez de los encuentros sexuales, mostrando una disposición para transgredir las reglas y las prohibiciones.

El deseo se inserta en el cuerpo que construimos. Las multiplicidades del deseo sexual nos hablan claramente de la complejidad del deseo, pero sobre todo nos evidencia cómo el cuerpo construye el deseo y lo articula de formas diferentes, dependiendo del contexto. Entonces el deseo no viene determinado sino que también es producto de las interacciones sociales y de los significados que le otorgamos socialmente (Weeks, 1995).

El discurso del deseo no se atiene al cuerpo si no que lo trasciende. El deseo homosexual remite al discurso de las posibilidades. Es en ese contexto que se adviene a la transgresión de la heterosexualidad normativa.

El deseo que por siglos no osa decir su nombre se muestra tal cual en los cuerpos homosexuales de la postmodernidad. El cuerpo transgresor sigue en silencio para no mostrar lo evidente de la contradicción entre cuerpo, género, sexualidad y deseo.

Por eso es que el cuerpo no es trayecto si no trayectoria; no es espacio caminado si no espacio por construir en el contexto de las relaciones sociales. Butler (2002) propone una ‘resignificación subversiva’ del género y desea lograr que esto trascienda el modelo

binario. Sólo mediante la crítica y la deconstrucción de ciertas prácticas y discursos que discriminan, oprimen o vulneran a las personas nos acercaremos al objetivo de una nueva definición de lo que es ser persona, sea en un cuerpo de mujer o de hombre... o como cada cual se signifique. Esto es así porque el cuerpo es el contexto pero no necesariamente la delimitación de las posibilidades. Desde luego que la biología no es destino ni para los cuerpos de mujer como tampoco para los cuerpos masculinos.

Referencias

- Boylan, J. F. (2003). *She's not here: A life in two genders*. New York: Broadway Books.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo."*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cabral, M. (2003). *Ciudadanía (trans)sexual*. Tesis de Licenciatura. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Cameron, L. (1996). *Alchemy of the body: Transsexual portraits*. San Francisco, CA: Cleis Press, Inc.
- Camillo, P. (2004). ¡Ay Yanet, así no se puede! En M. García, & M. De Campos (Comp.), *Antología de la literatura gay en la República Dominicana* (pp. 71-80). Santo Domingo, R.D.: Editora Manatí.
- Connell, R. W. (1999). Making gendered people: Bodies, identities, sexualities. En M.M. Ferree, J. Lorber, & B.B. Hess (Eds.), *Revisioning gender* (pp. 449-472). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Davis, K. (2002). 'A dubious equality': Men, women and cosmetic surgery. *Body & Society*, 8, 49-65.
- Escabí-Montalvo, A. & Toro-Alfonso, J. (2006). Cuando los cuerpos engañan: Un acercamiento crítico a la categoría de la intersexualidad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 6 (3).
- Foucault, M. (1980). *The history of sexuality: An introduction*. Vol. 1. New York: Vintage Books.
- Garaizabal, C. (1998). La transgresión del género: Transexualidades, un reto apasionante. En J.A. Nieto (Comp.) *Transexualidades, transgenerismo y cultura* (pp. 39-62). Madrid, España: Talasa.
- Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo: Neurobiología y psicología de la corporalidad*. Barcelona, España: Paidós.
- Halberstam, J. (2003). The Brandon Teena Archive. En R. Corber & S. Valocchi (Eds.), *Queer studies: An interdisciplinary reader* (pp. 159-169). Malden, MA: Blackwell Publishing.

- Hogle, L. (2005). Enhancement technologies and the body. *Annual Review of Anthropology*, 34, 695-716.
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: Diferencia sexual y género*. México, DF: Taurus.
- Lozada, A. (1996). *La patografía*. México, D.F., México: Editorial Planeta Mexicana.
- Marecek, J., Crawford, M., & Popp, D. (2004). On the construction of gender, sex, and sexualities. En A.H. Eagly, A.E. Beall, & R.J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (pp. 192-216). New York: Guilford Press.
- Medina, J.C. & Toro-Alfonso, J. (2005, noviembre). *Metrosexualidad: Una propuesta heterosexista*. San Juan, Puerto Rico Presentado en la Quincuagésima Segunda Convención Anual de la Asociación de Psicología de Puerto Rico del 3 al 5 de noviembre.
- Money, J. (2002). *Errores sexuales del cuerpo y síndromes relacionados*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.
- Negrin, Ll. (2002). Cosmetic surgery and the eclipse of identity. *Body & Society*, 8, 21-42.
- Parker, R. (2001a). Evolution in HIV/AIDS prevention, intervention and strategies. *Revista Interamericana de Psicología*, 35, 155-166.
- Parker, R. (2001b). Sexuality, Culture, and Power in HIV/AIDS Research. *AIDS and Sexuality*, 30, 163-179.
- Parker, R. (1999). *Beneath the Equator: Cultures of desire, male homosexuality, and emerging gay communities in Brazil*. New York: Routledge.
- Parker, R. (1996). Bisexuality and HIV/AIDS in Brazil. En P. Eggleton (Ed.), *Bisexualities and AIDS: International perspectives* (pp. 148-150). Bristol, PA: Taylor & Francis.
- Pastor, R. (2004). Cuerpo y género: Representación e imagen corporal. En E. Barberá & I.M. Benlloch (Coord.), *Psicología y género* (pp. 218-237). Madrid: España: Pearson.
- Puig, M. (1976). *El beso de la mujer araña*. Barcelona, España: Editorial Seix Barral.
- Rodríguez-Madera, S., & Toro-Alfonso, J. (2002). Ser o no ser: La transgresión del género como objeto de estudio de la psicología. *Avances en Psicología Clínica*, 20, 63-78.

- Sánchez, L.R. (2000, 25 de junio). Cejas sacadas, piernas afeitadas y tips. Revista Dominical, *El Nuevo Día*. San Juan, Puerto Rico.
- Santos-Febres, M. (2000). *Sirena Selena vestida de pena*. Barcelona, España: Mondadori.
- Schifter, J. (1999). *De ranas a princesas: Travestismo en Latino América*. Ediciones San José, Costa Rica: ILPES.
- Vallejos, I. (s.f.). *El otro anormal. La diferencia y el otro*. Cuadernillo No. 27. Publicación de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional Entre Ríos, Argentina. Accedido el 4 de enero de 2005 en <http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/fondo/num27/arturofirpo27.htm>
- Varas Díaz, N., & Toro-Alfonso, J. (2004). N. Varas Díaz, & J. Toro-Alfonso (Eds.), *La moralidad, el riesgo, el cuerpo y la razón como supuestos teóricos de la empresa de la salud en Puerto Rico: ¿Existen las personas saludables?* Accedido el 25 de marzo de 2005 en <http://www.catarsisdequiron.org>
- Weeks, J. (1995). History, desire and identities. En R. G. Parker, & J. H. Gagnon (Eds.), *Conceiving sexuality: Approaches to sex research in a postmodern world* (pp. 33-50). New York: Routledge.
- Weiss, G., & Haber, H.F. (1999). *Perspectives on embodiment: The intersections of nature and culture*. New York: Routledge.
- Whittle, S. (1996). Gender fucking of fucking gender? Current cultural contributions to theories of gender blending, En R. Ekins & D. King (Eds.), *Blending genders: Social aspects of cross-dressing and sex-changing* (pp. 196-214). New York: Routledge.