

Mujeres feministas en lucha contra el cáncer de mama: lo personal y lo político*

Sue Wilkinson
Loughborough University, UK

El artículo indaga en las principales estrategias feministas para luchar por un cambio social en relación con el cáncer de mama. Arranca con un breve repaso de los factores de riesgo de cáncer de mama en el contexto de las estadísticas europeas sobre su incidencia y mortalidad. La parte central, que se apoya principalmente en mi propia investigación mediante grupos de discusión, demuestra lo común y lo diverso de la experiencia vital del cáncer de mama, dentro de su contexto social y político. El artículo termina con un debate sobre otras formas de activismo feminista que incluyen la lucha por mejores servicios y recursos, la oposición a la invisibilidad de las mujeres con cáncer de mama, así como una crítica política de la “industria” del cáncer de mama.

Palabras clave: activismo, cáncer de mama, feminismo, grupos de discusión, lesbianas, experiencia vital, políticas, riesgo, cambio social, mujeres.

Feminists fighting breast cancer: the personal and the political

This article examines key feminist strategies for pursuing social change in relation to breast cancer. It begins with a brief overview of breast cancer risk factors in the context of European statistics on breast cancer incidence and mortality. The central section, based primarily on my own focus group research, documents the commonality and diversity of women’s lived experience of breast cancer, considered within its social and political context. The article ends with a discussion of other forms of feminist activism, including campaigning for improved services and resources, challenging the invisibility of women with breast cancer, and a political critique of the breast cancer ‘industry’.

Keywords: activism, breast cancer, feminism, focus groups, lesbians, lived experience, politics, risk, social change, women.

* Traducción de Heide Braun.

Correspondencia: Sue Wilkinson. Department of Social Sciences. Loughborough University. Loughborough. Leicestershire LE11 3TU, UK. Correo electrónico: s.wilkinson@lboro.ac.uk
Original recibido: diciembre 2007. *Aceptado:* febrero 2008.

El artículo¹ se ocupa de uno de los principales problemas de la salud de las mujeres —el cáncer de mama—, desde una perspectiva crítica feminista (véase Wilkinson 2000a, 2004). La primera parte del artículo ofrece un breve repaso demográfico del cáncer de mama en Europa. Aporta algunas estadísticas sobre la incidencia y la mortalidad y plantea el modo en que la incidencia, la mortalidad y el riesgo de cáncer de mama se ven afectados por ciertas variables sociales fundamentales como el sexo, la edad, la clase social, la actividad laboral, el lugar, la raza/etnia y la identidad sexual.

La parte central del artículo presenta un análisis empírico de las experiencias del cáncer de mama vividas por las mujeres. Se inspira en mi propia investigación con un grupo de discusión en el Reino Unido y trata de identificar algunas características clave de la experiencia de las mujeres a la hora de recibir y enfrentarse a un diagnóstico de cáncer de mama. Examina asimismo algunas de las consecuencias de este diagnóstico para la vida de las mujeres y de las personas cercanas a ellas. Esta parte central expone una importante estrategia feminista para luchar por el cambio social: mostrar los aspectos comunes y diversos de la experiencia de las mujeres e interpretarlos dentro de un contexto social y político más amplio; dicho de otro modo, demostrar que lo personal es político.

La parte final del artículo indaga en esta estrategia junto con un abanico de otras formas de activismo feminista que incluyen: la creación de servicios de apoyo; la lucha por mejores recursos; la oposición a la invisibilidad de las mujeres con cáncer de mama a través de la expresión artística, y la denuncia de la relación que existe entre los beneficios económicos de la “industria” del cáncer de mama y los factores de riesgo medioambientales.

Cáncer de mama: incidencia, mortalidad y riesgo

El cáncer de mama es, a escala mundial, el cáncer invasivo más común entre las mujeres.² Los mayores índices de incidencia se producen en Norteamérica, los menores en Asia y África (Parkin, Bray y Devesa, 2001). En Europa, el cáncer de mama representa el 30,9% de todas las formas de cáncer de las mujeres (Ferlay *et al.*, 2007) y el riesgo de que a una mujer le diagnostiquen un cáncer de mama a lo largo de su vida es aproximadamente de uno contra nueve. Los índices son significativamente más altos en Europa Occidental y del Norte que en el Este y el Sur (Tyczynski, Bray y Parkin, 2002).³ En 2006 se diagnosticaron en 38 países europeos un total de 429.900 casos de cáncer de mama, y hubo 131.900 muertes como resultado de la enfermedad (Ferlay *et al.*, 2007). Estas cifras de incidencia y mortalidad, junto con las que se refieren

¹ Una versión anterior de este artículo, con especial atención al cáncer de mama en Canadá, ha sido publicada como Wilkinson (2007).

² A pesar de que el cáncer de pulmón es la primera causa de muerte.

³ Las cifras más recientes para España hablan de 15.855 casos nuevos y 5.914 muertes anuales (European Parliamentary Group on Breast Cancer, 2007).

a los factores de riesgo de cáncer de mama, se ven fuertemente influidas por el sexo, la edad, la clase y la raza/etnia.

El factor de riesgo más importante para el cáncer de mama es el hecho de ser mujer (solamente el 1-2% de los casos diagnosticados se produce en varones); y para el 85% de las mujeres, el mayor factor de riesgo es la edad avanzada (Altman, 1996). Cuanto mayor sea la mujer, mayor es el riesgo al que se enfrenta. Otros factores de riesgo están relacionados con la historia reproductiva (no tener criaturas, un primer embarazo “tardío”, un número de ciclos menstruales superior a la media); con factores unidos al “estilo de vida” (p. ej., una dieta alta en grasas, sobrepeso, el consumo excesivo de alcohol); así como la presencia de agentes cancerígenos en el ambiente, incluido el lugar de trabajo. Existe una sola causa medioambiental probada de cáncer de mama: la radiación ionizante (véase Brady, 1991); no obstante, las investigaciones demuestran asimismo una fuerte correlación entre el cáncer de mama y la exposición a otras sustancias químicas. Los indicios más concluyentes apuntan hacia ciertos estrógenos, tanto naturales como sintéticos (incluido el pesticida Simazine); el cloruro de vinilo (que se libera durante la producción de PVC); así como ciertos disolventes orgánicos como el cloruro de metileno, que se encuentra en las pinturas y los decapantes⁴ (véase Evans, 2002). Pese a que se sabe relativamente poco sobre la exposición en el lugar de trabajo, los estudios de los factores de riesgo profesionales sugieren un mayor riesgo de cáncer de mama para dos amplias categorías de trabajadoras: aquellas que habitualmente manejan sustancias químicas tóxicas (p. ej. las técnicas de laboratorio, las higienistas dentales, las trabajadoras de las papeleras, las cortadoras de carne y las operarias de la industria microelectrónica), entre las que hay un número desproporcionado de mujeres pobres y/o de minorías étnicas⁵; así como ciertas profesionales (p. ej. maestras, trabajadoras sociales y médicas), mujeres por lo general pertenecientes a grupos socioeconómicos más altos (cf. Goldberg y Labreche, 1996; Morton, 1995).⁶ La elevada incidencia de cáncer de mama entre las profesionales se explica por lo general alegando una maternidad tardía o la ausencia de criaturas. También los factores genéticos contribuyen al riesgo de cáncer de mama⁷; ahora bien: a pesar de la publicidad en torno a los “genes del cáncer de mama” (BRCA1 y BRCA2), solamente el 5-10% de los casos tiene un componente genético identificable. Y, en contra de las recientes informaciones alarmistas de los medios, tampoco está claro si las lesbianas tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama que las mujeres heterosexuales (véase Yadlon, 1997). Para un debate más amplio sobre el riesgo de cáncer de mama, véase Love (2000), capítulos 14 y 15.

⁴ Otras sustancias químicas que pueden estar relacionadas con el cáncer de mama incluyen la dioxina, que se genera al quemar plásticos y otros materiales que contienen cloro; los bifenilos policlorados, tradicionalmente utilizados en la fabricación de equipos eléctricos; y los ftalatos, que se utilizan para suavizar y ablandar el plástico (véase Evans, 2000).

⁵ Por descontado, estas mujeres no solamente sufren explotación en el mercado de trabajo, sino que además llevan una carga desproporcionada de labores domésticas y cuidados de las criaturas que suponen factores de estrés adicionales.

⁶ A pesar de que el papel de la clase social superior ha sido puesto en entredicho (véase Petralia *et al.*, 1998).

⁷ Las mujeres con una pariente de primer grado con cáncer de mama tienen un riesgo de 1 a 7 o de 1 a 6 de desarrollar un cáncer de mama a lo largo de la vida.

El cáncer de mama continúa en aumento: un estudio reciente demuestra que entre 2004 y 2006 el índice entre las mujeres europeas aumentó un 16% (Ferlay *et al.*, 2007). Aunque el origen de este aumento resulta confuso, tal vez sea debido a los cambiantes patrones reproductivos (menor número de criaturas, maternidad más tardía) y/o al uso más extenso de mamografías que redundan en un mayor número de casos de cáncer detectados (Botha *et al.*, 2003).

Por otra parte, hay una amplia evidencia de que los índices de mortalidad han disminuido a lo largo de las últimas dos décadas (p. ej., Cancer Research UK, 2007); el descenso se atribuye generalmente a una conjunción entre un mayor número de revisiones –que permite descubrir la enfermedad en una etapa más precoz y de más fácil tratamiento– y los avances en el tratamiento del cáncer (Botha *et al.*, 2003); sin embargo, una población europea envejecida obviamente ralentiza e incluso invierte esta tendencia (Ferlay *et al.*, 2007).

Observamos este patrón tanto en Europa Occidental y del Norte, como en Estados Unidos y Canadá: en todas estas zonas los índices de incidencia de cáncer de mama son más altos y la mortalidad más baja que en los países menos industrializados. Ahora bien, estas cifras globales encubren algunas diferencias importantes. De las investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos sabemos, por ejemplo, que existen diferencias en los niveles de incidencia y mortalidad de cáncer de mama que se deben tanto a la raza/etnia como al nivel socioeconómico. Por lo general, las mujeres de color tienen menor riesgo de enfrentarse a un diagnóstico de cáncer de mama que las mujeres blancas (caucásicas no hispanas); sin embargo, su índice de mortalidad es más elevado, sobre todo entre las afroamericanas (véase Love, 2000, pp. 217-218). Por regla general, las mujeres pobres tienen menor riesgo de cáncer de mama que las de un nivel socioeconómico más alto, aunque su índice de mortalidad es más elevado (Love, 2000, p. 222). La explicación más plausible para estas diferencias es una desigual asistencia médica: la ausencia de un seguro médico impide el acceso a los servicios médicos o asegura retrasos considerables. Esto, a su vez, significa un diagnóstico más tardío, peor tratamiento y una menor probabilidad de sobrevivir (Kasper, 2000).

La experiencia de las mujeres acerca del cáncer de mama

¿Qué implica para una mujer recibir un diagnóstico de cáncer de mama, tener que lidiar con su realidad cotidiana e incorporar a su vida sus consecuencias más amplias? Al margen de algunas autobiografías conmovedoras (p. ej., Butler y Rosenblum, 1991; Lorde, 1980) ha habido una investigación social científica muy escasa en torno a la cuestión. Un número aún menor de investigaciones ha optado por una perspectiva basada en la experiencia/fenomenológica o por un enfoque feminista que parte de la propia vivencia de las mujeres y no de un marco teórico preconcebido y sitúa esta vivencia dentro de un contexto social y político más amplio.

Los enfoques feministas basados en la experiencia ofrecen la oportunidad de colocar la vivencia de las mujeres en el centro de la interpretación del

mundo. La investigación (y la cultura) dominante se ha dedicado sistemáticamente a ignorar, trivializar o tergiversar las vivencias de las mujeres asimilándolas a los modelos patriarcales de la realidad (Kitzinger y Wilkinson, 1997). Los enfoques feministas basados en la experiencia, en cambio, “reivindican” las vivencias de las mujeres por derecho propio (véase Brems y Griffith, 1993) tratando de visibilizar la diversidad de estas vivencias en relación con las diferencias de raza/etnia, clase e identidad sexual. A diferencia de la investigación positivista empirista, que delimita y constriñe las respuestas mediante preguntas estandarizadas, escalas e indicadores y pierde al individuo entre resúmenes estadísticos, los enfoques basados en la experiencia generan unos ricos relatos personales de las vidas y experiencias individuales (véase Swann, 1997; Stevens, 1998). Pueden, además, conducir a hallazgos novedosos e inesperados: los análisis que la segunda ola del feminismo realizó de las relaciones de poder entre los géneros se apoyaron en parte sobre el intercambio de relatos de experiencias y sobre una reinterpretación de éstos mediante una serie de conceptos nuevos, tales como “acoso sexual”, “violencia doméstica” o “violación conyugal”.⁸ La documentación e interpretación de la vivencia, y de la diversidad de vivencias, constituye un primer paso esencial hacia la transformación social y política.

En este artículo informaré acerca de algunos hallazgos clave de mi propia investigación sobre la experiencia de algunas mujeres acerca del cáncer de mama. Aunque el trabajo se llevó a cabo en el Reino Unido, los hallazgos parecen poder aplicarse de un modo más amplio (para una comparación con Canadá, por ejemplo, véase Wilkinson, 2007).

Ochenta y una mujeres con cáncer de mama hablaron conmigo y entre ellas en una serie de grupos de discusión. Las mujeres fueron reclutadas para el estudio a través de la clínica de un cirujano especialista en cáncer de mama y se encontraban en diferentes etapas de sus “trayectorias” oncológicas. Se trataba de una representación típica de la población que en general sufre de cáncer de mama, al ser en su mayoría de mediana edad o mayores, y de una determinada zona geográfica, al tratarse mayoritariamente de mujeres de clase obrera y blancas procedentes de una mezcla de lugares urbanos y rurales. Ninguna de las mujeres de estos grupos se autoidentificaba como no heterosexual. Los grupos de discusión sobre la experiencia de vivir con cáncer de mama consistían en una serie de conversaciones de amplio espectro y relativamente faltas de estructura que a menudo duraban tres o cuatro horas. Estas conversaciones se grabaron, se transcribieron y se analizaron de diversas maneras (véase Wilkinson, 1998, 2000a, Wilkinson y Kitzinger, 2000 para más detalles sobre el proyecto).

⁸ El posterior “giro postmoderno” dentro del feminismo (y también, dentro de la academia en general) ha generado un debate epistemológico importante sobre el concepto de la “experiencia” (p. ej., Grant, 1993; Scott, 1993; Stanley, 1994). Existe una clara escisión entre las partidarias de una epistemología “realista” y quienes critican esta epistemología alegando que el “mundo real” es siempre una construcción social (véase Ramazanoglu, 2002, capítulos 4 y 7, para un valioso resumen de estos debates). Ahora bien, algunas veces estos debates parecen obviar el hecho de que tildar algo de construcción social no necesariamente desmiente su realidad, en tanto que las construcciones sociales pueden tener –y, de hecho, tienen– repercusiones materiales en el mundo.

Me remitiré aquí a un análisis temático preliminar de los datos (Wilkinson, 2000b) que realza cuatro aspectos clave de cuanto estas mujeres me contaron: sus reacciones iniciales ante un diagnóstico de cáncer de mama; el impacto del cáncer de mama sobre sus relaciones personales; sus preocupaciones en cuanto al tratamiento, sobre todo la cirugía; así como los cambios más amplios que el cáncer de mama había producido en sus vidas. Me remitiré asimismo a los datos obtenidos de los grupos de discusión que conduje con las parejas varones de algunas de estas mujeres, así como con una serie de mujeres que se definen como lesbianas y que hablan también de sus experiencias con el cáncer de mama.

a) El diagnóstico inicial

Una de las participantes denominó el diagnóstico de cáncer de mama como “la pesadilla de toda mujer”. Por regla general, las mujeres relataron reacciones emocionales extremas: dijeron que se sentían “deshechas”, “vacías por dentro” o “noqueadas” por la noticia. Muchas nombraron sentimientos de temor (“aterrada”, “atemorizada”, “asustada”, “mentalmente paralizada por el miedo”), que en ciertas ocasiones iban acompañados de reacciones físicas tales como llanto, temblores incontrolables o desmayos. Algunas de las mujeres recordaron sus sentimientos de shock y de incredulidad (“no me lo creía”, “no podía creer que esto me podía ocurrir”, “nunca piensas que esto te vaya a ocurrir, y cuando ocurre, simplemente no puedes creerlo”). Otras describieron su incapacidad de asumir la información o de reaccionar ante ella (“no acababa de calar en mí”, “me sentí como aturdida, sin poder hablar”, “no sentí nada en absoluto”). Los sentimientos de distanciamiento eran frecuentes; una mujer explicó: “Cuando me lo dijeron, pensé que se trataba de otra persona; tardé un buen rato en darme cuenta de que era yo”; otras contaron que se sentían “en otro planeta” o “en otro mundo”.

b) Las relaciones personales

A las mujeres de mi estudio les solían preocupar las reacciones de las demás personas ante su diagnóstico de cáncer de mama y en ocasiones pasaron un tiempo considerable sin compartir la noticia con las personas cercanas, llegando a ocultarla por completo a quienes consideraban incapaces de hacerle frente (p. ej., padres mayores, criaturas pequeñas, incluso la pareja). La transmisión de la noticia se planificaba al detalle: las mujeres esperaban hasta que las criaturas hubieran terminado con los exámenes o que los compañeros de trabajo enfermos hubieran vuelto a incorporarse.

A menudo las participantes de los grupos de discusión restaban importancia a la gravedad de su condición: “Minimicé la gravedad de la situación apostá”, contó una de las mujeres con respecto a su hijo, “pensé que estaba lejos y que se preocuparía demasiado”. A fin de proteger a aquellas personas –sobre todo, familiares– consideradas como vulnerables, las mujeres minimizaban u ocultaban su propio dolor, su angustia y su preocupación: “No me atrevo a contarle mucho a mi marido o mi familia, por miedo a disgustarlos”; “una no quiere preocupar-

les todo el tiempo, ¿verdad?"; "terminas haciéndote la fuerte ante tus amigos y tu familia porque no saben cómo manejar la situación". Una de las participantes comentó: "Nos convertimos en expertas en portarnos bien, sobre todo como mujeres: somos buenísimas ocultando nuestros sentimientos y poniendo a mal tiempo buena cara ante los demás".

Las participantes de mi investigación percibieron a menudo los silencios que rodean el cáncer: las personas de su entorno "sienten apuro", "no saben qué decir" o "simplemente no quieren saberlo"; los compañeros de trabajo "no lo mencionan para nada". Al igual que ocurre con el cáncer en general (Sontag, 1979), las mujeres con cáncer de mama descubren que los demás parecen temerlas y evitarlas (cerca de tres cuartas partes de las encuestadas por Peters-Golden (1982) relatan esta experiencia). "Mis vecinos parecen creer que tengo la lepra", explicó una de las participantes de mi investigación, "sobre todo una de las señoras siempre se cambia de acera... como si fuera a darle algo malo si me tocara". Otra contó que su hermana –a quien también habían diagnosticado cáncer de mama–, al regresar de improvisa a la casa de una amiga, la encontró "limpiando el cojín del sofá donde había estado sentada... como si pensara que pudiera contagiarse del cáncer".

A menudo relataban las dificultades de amigos íntimos, familiares y, de modo especial, de sus parejas para hacer frente al diagnóstico de cáncer. Las mujeres describían la reacción de sus parejas varones en los siguientes términos: "Mi marido se disgustó muchísimo"; "no quería comer, no dormía, se volvió totalmente huraño... en realidad, no sabía cómo manejar la situación"; "estuvimos más preocupados por mi marido que por todo lo demás". La valoración de una de las participantes: "Es una época traumática para los maridos, ¿verdad?" arrancó una ola de aprobación entre las otras mujeres presentes. Las parejas varones, por su parte, se hicieron eco de esta valoración en sus propios grupos de discusión: describieron la situación como "dura", "aterradora", "difícil", "muy complicada" y "muy estresante". Mi experiencia con la facilitación de grupos de discusión para las parejas me enseñó que éstos estaban especialmente cargados de emociones.

Las parejas lesbianas pueden encontrar una dificultad adicional: la presunción de que la compañera mostrará su apoyo y su empatía porque comparte la experiencia de ser mujer y porque así es como se comportan las mujeres. Sin embargo, muchas de las participantes de mi investigación desmentían rotundamente esta suposición; algunas opinaron que en realidad tal vez fuera *más* difícil para una mujer enfrentarse al cáncer de mama de su pareja femenina porque evoca la posibilidad de que a ella le ocurra lo mismo. Dos participantes hablaron largo y tendido sobre sus parejas que sencillamente no pudieron hacer frente a la situación describiendo sus relaciones como "muy tensas" y expuestas a un "enorme *sturm und drang*": de hecho, esta última relación se rompió poco después de diagnosticarse el cáncer de mama. Y para aquellas lesbianas que no han "salido del armario" ante su familia de origen (una importante fuente alternativa de apoyo para muchas mujeres con cáncer de mama), ni forman parte de una comunidad lésbica, el subsiguiente aislamiento emocional puede resultar especialmente grave.

c) *Tratamiento y preocupación por el aspecto físico*

La gran mayoría de las participantes de mi investigación había sufrido una intervención quirúrgica a raíz de su cáncer de mama (el 35%, la extirpación de un bulto; el 63%, una mastectomía), habitualmente seguida de una terapia coadyuvante (en la mayoría de los casos, radioterapia, junto con el antiestrógeno tamoxifeno (64%)). Un 21% sólo había tomado tamoxifeno. Un número relativamente pequeño había recibido quimioterapia o había optado por tratamientos “alternativos”.

Las mujeres intercambiaban sus experiencias en cuanto a los distintos tratamientos y sus síntomas: el horror de no poder lavarse en varias semanas después de “ser tatuadas” para la radioterapia (“el olor era espantoso”, “tenía la sensación de apestar a gran distancia”); las quemaduras e irritación de la piel a causa de la radioterapia (“estaba roja como un tomate”; “al rojo vivo... como si estuviera ardiendo”); el aumento de peso, los sudores nocturnos y los picores vaginales producidos por el tamoxifeno (“me estaba volviendo loca”; “me sentía en carne viva por dentro”).

Al hablar del tratamiento, las participantes de mi investigación se centraron sobre todo en sus sentimientos acerca de la cirugía y las consecuencias para su aspecto físico. Tanto la bibliografía oncológica psicosocial como la autobiográfica (p. ej. Maguire, 1982; Kahane, 1995; Kasper, 1995) insinúan que una mujer que ha perdido un pecho es “menos mujer”, y las participantes (heterosexuales) de mi investigación a menudo hablaban como si esto fuera cierto: “En cierto modo, ya no eres normal... sólo media mujer”; “sentía como si toda mi feminidad me hubiera sido arrancada y ya nunca más fuera a ser una mujer, sino más bien una cosa”.

Las participantes (heterosexuales) solían expresar su temor de que sin pechos, o con pechos imperfectos, resultarían poco atractivas a los ojos de los hombres, o que éstos las rechazarían: “Me doy perfecta cuenta de que algunos matrimonios se rompen bajo la tensión... y debido al aspecto de tu cuerpo”; “en parte tenía que ver con mi marido, no sabía si me iba a rechazar”; “estaba soltera y pensé: ‘Bueno, ya no le interesaré a nadie’”; “nadie querrá a alguien a quien le han quitado un pecho”. Algunas de las mujeres buscaron entre los hombres de su entorno muestras de que seguían siendo atractivas y deseables; una de ellas se embarcó en una nueva relación amorosa a los pocos días de la intervención quirúrgica.

En cuanto a las lesbianas (y las mujeres heterosexuales mayores), se presupone a menudo que *no* les importa su aspecto físico. Según parece, algunos cirujanos incluso les dicen que ya no “necesitan” sus pechos: por lo visto, los pechos sirven principalmente para atraer a los hombres y satisfacerles sexualmente y, en cualquier caso, para amamantar a los bebés (véase Wilkinson y Kitzinger, 1993 para una discusión sobre las presunciones heterosexistas en el asesoramiento y tratamiento del cáncer de mama).⁹ En palabras de una de las

⁹ Para algunos ejemplos gráficos del heterosexismo en el cuidado oncológico, véase Lesbians and Breast Cancer Project Team (2004); para un análisis más general del heterosexismo en la asistencia sanitaria, véase p. ej. Stevens (1992, 1996).

participantes de mi grupo de discusión lésbico, “para ellos es facilísimo rebárnosla en un periquete y pensar que aquí no ha pasado nada”.

Pero claro está, los pechos de las lesbianas también tienen una función sexual (y algunas veces también, maternal) y el aspecto, el tacto y la sensación de los pechos son a menudo importantísimos en la vida sexual de las lesbianas. Muchas de las participantes de mi investigación resaltaron este hecho: “Me gustan mucho mis pechos y tengo con ellos una relación verdaderamente erótica”; “adoro los pechos (de mi pareja) y me excitan un montón”; “creo que mis pezones son muy sensibles en términos eróticos; es la parte más excitante del sexo y me da tanta marcha que me subo por las paredes”; “debo decir que creo que los pechos son, en fin, una de las partes más atractivas del cuerpo de una mujer”; “me encantan mis pechos”; “son eróticos”.

Por consiguiente, también muchas de mis participantes lesbianas definieron la pérdida de un pecho como algo “devastador”. Una de las mujeres dijo sobre su mastectomía: “Pensé: ‘Bueno pues, éste es el final de mi vida, tal y como la he conocido hasta ahora’ y lloré de verdad la pérdida de mi pecho... me sentí muy trastocada y desconsolada”. A otra mujer, cuya pareja había desarrollado un cáncer de mama, le resultó extremadamente difícil enfrentarse al aspecto de su amante después de la mastectomía: “Pensé que el cuerpo tenía un aspecto horroroso sin uno de los pechos... parecía como si la hubieran descuartizado... el problema no era el pecho plano, sino las cicatrices”. Ante la posibilidad de una mastectomía, las lesbianas decían: “Me sentiría totalmente mutilada”; “es un asunto sexual”; “los echaría en falta en mi vida sexual”; “no se trata sólo de tus pechos, sino de toda tu imagen corporal, de cómo percibes la totalidad de tu cuerpo después”. Nada sugiere que los pechos carezcan de importancia o de relevancia para las lesbianas o que la pérdida de un pecho (o de ambos) resulte (o pudiera resultar) no traumático. Un reciente estudio canadiense (Lesbians and Breast Cancer Project Team, 2004) confirma estos resultados.

d) Cambios de vida

Las mujeres de mis grupos de discusión habitualmente aseguraban que la experiencia del cáncer de mama había cambiado por completo su actitud ante la vida: una mayor conciencia de la mortalidad y la incertidumbre respecto del futuro les hacía “valorar la vida”, “disfrutar de la vida”, “vivir el momento”. Una de las mujeres contó lo siguiente:

Yo era una persona que siempre miraba hacia el futuro. Debíamos ahorrar para la vejez y no gastar demasiado en las vacaciones, porque tal vez necesitaríamos el dinero para arreglar el tejado. Yo era ese tipo de persona, pero ahora ya no lo soy tanto. Ahora pienso, “¡Qué diablos!, a lo mejor el año que viene no estaré aquí”.

Muchas señalaron “una urgencia de vida”, una necesidad de “vivir la vida a tope” y de “hacer las cosas hoy”. Una de las mujeres afirmó que “si quieres hacer una cosa, tienes que lanzarte” y así lo hicieron: sus nuevas experiencias (a partir del cáncer) iban desde los viajes de larga distancia y el submarinismo,

hasta pilotar un avión. Algunas de las mujeres se dedicaron a actividades de apoyo, formación o activismo relacionadas con el cáncer de mama.

Otras de las participantes de mi investigación señalaron que “las prioridades de mi vida han cambiado” o “tengo que reevaluar lo que quiero hacer ahora”. Decidieron gastar el dinero en lugar de ahorrarlo, buscar un trabajo e independizarse económicamente por primera vez, o explotar su capacidad recién descubierta de dejar el trabajo de casa sin hacer. Varias de las mujeres se definieron como “más egoísta”, explicando que “tienes que pensar en ti”; “ahora soy el número uno”; “siento como si tuviera una mayor responsabilidad conmigo misma”; “tengo derecho a hacer algo para mí misma” y “ahora quiero hacer incluso más cosas de las que me gusta hacer”.

La política del cáncer de mama: rabia, arte y activismo

El trabajo crítico feminista en torno al cáncer de mama no solamente ha situado en el centro las vivencias de las propias mujeres (a diferencia de la perspectiva médica o psiquiátrica), sino que ha tratado de comprenderlas dentro de su contexto social y político más amplio (Kasper y Ferguson, 2000; Wilkinson y Kitzinger, 1993). Así, los análisis feministas han apuntado que la preocupación por el aspecto físico –y no tanto por la supervivencia¹⁰– resulta comprensible en el contexto de una cultura obsesionada con los pechos, donde el valor de las mujeres se mide por el tamaño y la forma de sus pechos: “Se inunda a las mujeres de imágenes culturales de unos cuerpos perfectos y pechos hermosos, y ellas saben perfectamente si están o no a la altura” (Stewart, 1998, p. 86); véase asimismo Saywell (2000) para un análisis del papel de los medios de comunicación en la promoción de una perspectiva (hetero)sexualizada del cáncer de mama.

Las estudiosas feministas han demostrado asimismo cómo este sesgo cultural lo construye en parte la propia profesión médica, en su propio interés. Escribe un médico (en un texto sobre la detección precoz del cáncer de mama): “Para la mujer media, el pecho es la insignia de su feminidad, una parte importante de su encanto para seducir a su varón” (Strax, 1974, citado en Altman, 1996, p. 242); sobre otro médico consta que exclamó con alegría (al darle a una mujer la buena nueva de que necesitaba someterse a una mastectomía): “No es el fin del mundo... puedo hacerle una mama nueva. Si fuera mi esposa, me gustaría que se la pusiera” (en Prior, 1987, p. 20). En la época de la segunda guerra mundial, los cirujanos concibieron la enfermedad de la “hipomastia” (pechos pequeños); los psiquiatras la consideraron como un grave perjuicio para la autoestima de las mujeres y un cirujano plástico propuso el “remedio” en forma de mamoplastia de aumento (Zimmerman, 1998). La consiguiente demanda masiva de implantes mamarios de silicona –un producto

¹⁰ Otras autoras han cuestionado la suposición de que el aspecto físico es realmente la principal preocupación de las mujeres, alegando datos según los cuales algunas mujeres interrogadas tras el diagnóstico de cáncer de mama acerca de sus preocupaciones, mencionan antes su “futura salud” que su aspecto físico o su atractivo (Meyerowitz, 1981).

insuficientemente probado y que posteriormente se revelaría como tremendamente perjudicial para las mujeres— ha sido identificada como una consecuencia directa de esta “construcción médica de una necesidad” (Jacobson, 2000). En este contexto, poco sorprende descubrir que tras su mastectomía una mujer insinúe que ésta supone una amenaza para su imagen corporal, su feminidad y su identidad de género; y también que se “da por sentado que deseará someterse a un implante para ‘normalizar’ su cuerpo” (Stewart, 1998: p. 86).

De modo similar, la socióloga feminista Barbara Ehrenreich (2001), en un poderoso análisis basado en su propia vivencia del tratamiento contra el cáncer de mama, se refiere a la “despiadada euforia” de la cultura dominante del cáncer de mama, llena de un “optimismo implacable” que, según ella, contribuye sobre todo a “amansar y normalizar” la enfermedad (véase también Wilkinson y Kitzinger, 2000, sobre el “pensamiento positivo” como mandamiento moral para las pacientes de cáncer de mama). Ehrenreich plantea que en la comercialización del cáncer de mama hay una ausencia de rabia —obsérvense los efectos infantilizantes de una gran cantidad de productos relacionados con el cáncer de mama, ultrafemeninos, con lacito rosa— y que no se presta en absoluto la atención suficiente a los factores de riesgo medioambientales, incluida la implicación de las mayores empresas farmacéuticas en estos riesgos (volveré sobre este punto).

El análisis político de la experiencia personal constituye, empero, tan sólo una de las estrategias feministas para trabajar por un cambio social. El final de esta última parte analiza otras formas feministas de acción en relación con los temas principales de un análisis crítico feminista del cáncer de mama.

El movimiento feminista contra el cáncer de mama comenzó en EEUU en los años 1970 (véase Altman, 1996, para su historia). Las activistas feministas han montado centros de recursos y servicios de apoyo; han luchado por un aumento de los fondos destinados a la investigación y una mejora de los servicios de atención médica; han utilizado las artes visuales y la palabra para cuestionar la invisibilidad generalizada de las mujeres con cáncer de mama; y han revelado los vínculos basados en el lucro entre los valores y la práctica de la “industria” del cáncer de mama y una serie de riesgos —en gran medida no reconocidos—, en concreto, los riesgos medioambientales (Batt, 1994).

Prestar apoyo: Prestar el apoyo adecuado a las mujeres con cáncer de mama ha sido siempre un objetivo central. En el movimiento estadounidense de los años setenta del siglo pasado, grupos de activistas feministas y lesbianas crearon un gran número de proyectos comunitarios en torno al cáncer de mama. Éstos suelen estar ubicados en los grandes centros urbanos y uno de los problemas es hasta qué punto las organizaciones y grupos de apoyo genéricos (que abarcan todo tipo de cáncer, o se dirigen a todas las mujeres) llegan a cubrir la diversidad de necesidades de las mujeres o si hay necesidad de más organizaciones/grupos dirigidos al apoyo de colectivos específicos de mujeres (p. ej., mujeres indígenas, inmigrantes, mujeres judías, lesbianas y mujeres bisexuales). El tema del apoyo para la pareja —en especial si es mujer— y para las otras personas que conviven con las mujeres con cáncer de mama o cerca de ellas, apenas ha sido planteado.

Una forma de apoyo peculiar, que refleja el hincapié actual en el papel del ejercicio físico en la recuperación del cáncer de mama y los ideales feministas de la sororidad, es el movimiento de los barcos-dragón (véase las colaboraciones en Tocher (2002), para la importancia de este movimiento). A pesar de que los orígenes de los barcos-dragón se remontan a Asia, su papel en relación con el cáncer de mama se apoya en unas investigaciones pioneras realizadas en Canadá, en las que se demostró que el vigoroso ejercicio de la parte superior del cuerpo necesario para propulsar los barcos-dragón resultaba beneficioso para los procesos de recuperación y de radioterapia (McKenzie, 1988). Los barcos-dragón tripulados por supervivientes de cáncer de mama se han convertido en todo un movimiento internacional; sirva como ejemplo la South Pacific Breast Cancer Regatta que se celebró en Nueva Zelanda en 2003.

La lucha por los recursos: Otra de las principales preocupaciones feministas ha sido la falta de recursos económicos destinados a la investigación del cáncer de mama y a los centros de asistencia médica. En su lucha a favor de un aumento de los recursos, las feministas estadounidenses y canadienses han considerado oportuno establecer un paralelismo explícito entre la epidemia del sida y la propagación del cáncer de mama. Sharon Batt, por ejemplo, invita a la lectora a comparar el índice de mortalidad por cáncer de mama (más de 4.000 mujeres) con “las 417 muertes a consecuencia del sida en Canadá, durante ese mismo año” (Batt, 1991, p. 60). Las feministas se han inspirado asimismo en el activismo contra el sida para buscar maneras creativas de luchar contra el cáncer de mama y honrar la memoria de las mujeres que han muerto. Uno de estos ejemplos es el Quilt Salvavidas del Cáncer de Mama, que se compone de tres piezas centrales rodeadas de 136 cuadrantes individuales cada una, que fueron creados por más de 20.000 colaboradoras para reflejar sus historias personales o las de sus seres queridos.¹¹

Cuestionar la invisibilidad: La representación de la experiencia personal –tanto por medio de la palabra como visualmente– ha sido durante mucho tiempo un tema clave de la acción feminista contra el cáncer de mama (Wilkinson, 2001). Con ello se pretendía sobre todo cuestionar la invisibilidad generalizada de las mujeres con cáncer de mama (véase, p. ej. Datan, 1989; Lorde, 1980) y transmitir información realista y un mensaje de esperanza a quienes se enfrentan a este diagnóstico. Así, tanto el descarnado realismo de Jo Spence (1986) en una serie de fotografías que representan su cuerpo de mujer “corriente” con las inconfundibles cicatrices, flaccidez y estrías, como la postura más “espiritual” de Deena Metzger (1981), con los brazos alzados hacia el cielo y un “árbol de la vida” tatuado en su cicatriz de la mastectomía, rompen de distintas maneras el tabú que durante mucho tiempo ha rodeado la representación del cuerpo tras la mastectomía. Del mismo modo, las antologías *Art. Rage.Us.* (1998) y *My breasts, my choice: Journeys through surgery* (Brown, Aslin y Carey, 2003) –las cuales reúnen pinturas, dibujos y fotografías de mujeres

¹¹ El Quilt Salvavidas del Cáncer de Mama fue conceptualizado e iniciado en Canadá por la difunta Judy Reimer y diseñado por Gay Mitchell. Más información en <http://www.starrynight.ca/lifequilt/index.html>.

con cáncer de mama (y de otras), junto con sus textos— representan un importante contrapeso contra el silencio y la ocultación esperados.

Desvelar el vínculo entre los beneficios económicos y el riesgo: Finalmente, una corriente especialmente sugerente del activismo feminista contra el cáncer de mama consiste en desvelar los vínculos —insidiosos y a menudo no reconocidos— entre la comercialización del cáncer de mama y la minimización del riesgo, sobre todo del riesgo medioambiental. La “industria” del cáncer de mama es increíblemente lucrativa: sus partes constitutivas —los “centros de salud de las mamas”, los servicios de mamografía, los centros de radioterapia y quimioterapia, así como los extensos tratamientos farmacológicos— representan unos ingresos aproximados de 16.000 millones de dólares USA al año, solamente en Estados Unidos (Ehrenreich, 2001). Sin embargo, las cifras y las prácticas de esta empresa corporativa multinacional han sido a menudo blanco de las críticas de feministas (p. ej., Batt, 1994; Clorfene-Casten, 1996; Leopold, 1999), ecologistas y otros.

El principal patrocinador del Mes de Conciencia del Cáncer de Mama, que se celebra anualmente, es el gigante multinacional de productos químicos AstraZeneca (antes, Zeneca¹²) que fabrica el antiestrógeno tamoxifeno, de amplio uso en el tratamiento del cáncer de mama. AstraZeneca produce asimismo una gama de fungicidas y herbicidas que incluyen el cancerígeno acetocloro; y una de sus plantas es manifiestamente la tercera fuente de contaminación cancerígena volátil de Estados Unidos (Batt y Gross, 1999). Lógicamente, los informes sobre el Mes de Conciencia del Cáncer de Mama no mencionan el posible papel de estas sustancias químicas en el alza de los índices de cáncer de mama. Un grupo de activistas de San Francisco —que incluye a representantes de Breast Cancer Action, de Greenpeace y del Women’s Cancer Resource Center— ha creado una “gira tóxica” anual por la industria del cáncer del Bay Area, para agudizar la conciencia sobre estos riesgos ocultos (Klawiter, 2000). Han tratado asimismo de ampliar el enfoque de las iniciativas locales —la Carrera por la curación y la Marcha por las mujeres y el cáncer— para dar cabida a “un discurso de justicia medioambiental para la prevención del cáncer” (Klawiter, 2000, 81), amén de la tradicional atención a los servicios y la defensa de las mujeres con cáncer.

Para la industria del cáncer, la palabra “prevención” significa generalmente “quimioprevención” y también en este caso se suele quitar importancia a los riesgos. A mediados de los años noventa del siglo pasado, el Instituto Nacional del Cáncer de EEUU (NCI) formó una alianza insólita con la entonces farmacéutica Zeneca, a fin de lanzar un importante ensayo clínico que debía determinar si el tamoxifeno podía prevenir el cáncer de mama en mujeres sanas consideradas de “alto riesgo”, sobre todo por razones genéticas. Zeneca proporcionó el tamoxifeno y los placebos “de forma gratuita”. Envuelto en una gran polémica, el ensayo se interrumpió enseguida y el NCI declaró sin

¹² El propietario anterior de Zeneca fue Imperial Chemical Industries (ICI), uno de los mayores fabricantes del mundo de organoclorados. En 1991, la ICI recibió una demanda por verter DDT y PCB (ambos, sustancias químicas tóxicas prohibidas) frente a la costa de California (Batt y Gross, 1999).

ambages que el tamoxifeno podía efectivamente prevenir el cáncer en mujeres de “alto riesgo”. Un grupo de científicos británicos puso en entredicho esta conclusión y las activistas contra el cáncer de mama y por la salud de las mujeres la calificaron de “más exageración que esperanza” (Evans y Martín, 2000, 46).¹³ En medio del despliegue publicitario, apenas se mencionó que el tamoxifeno tiene una amplia gama de efectos secundarios (el más común, la simulación de síntomas de la menopausia), algunos de ellos no por poco frecuentes menos graves (p. ej., cáncer de útero, coágulos en los pulmones y en los grandes vasos sanguíneos, derrame cerebral). Únicamente en EEUU, las ventas anuales de tamoxifeno recaudan más de 265 millones de dólares para AstraZeneca; si el fármaco se recetara a los 29 millones de mujeres supuestamente “en situación de riesgo”, esta cifra se elevaría a la pasmosa suma de 7.600 millones de dólares anuales (Evans y Martín, 2000). Una vez más, la salud de las mujeres parece estar supeditada al afán de lucro de las multinacionales farmacéuticas. Ahora el NCI ha lanzado otro ensayo clínico: esta vez se trata de comparar los efectos del tamoxifeno y del raloxifeno, un fármaco para la prevención de la osteoporosis fabricado por Eli Lilly y que supuestamente tiene menos efectos secundarios que el tamoxifeno. Sin embargo, este ensayo no cuenta con un grupo de control con placebo y por tanto presupone que uno de los dos fármacos *puede* prevenir el cáncer de mama en mujeres “de alto riesgo”, sin comparar los efectos de la terapia farmacológica con la ausencia de cualquier quimioprevención (Evans y Martín, 2000).

Una perspectiva crítica y feminista exige tanto prestar atención a la experiencia de las mujeres como realizar un análisis político de esta experiencia, como componentes clave para trabajar hacia una transformación social. Sin embargo, este breve repaso no puede más que recordar la riqueza y variedad de la experiencia vivida por las mujeres en relación con el cáncer de mama, así como el amplio abanico de acciones feministas dirigidas hacia una mejor comprensión de esta experiencia y hacia una mejora de las condiciones de vida de las mujeres. Al mismo tiempo, y sobre todo cuando contrastamos estas informaciones con las estadísticas sobre el cáncer de mama con que inicié este artículo, queda demostrado cuán poco se sabe sobre las mujeres con cáncer de mama –y cuán poco saben ellas mismas–, y cuánto camino queda por andar en lo que se refiere a investigación, recursos, ayuda económica, educación y defensa legal.

El cáncer de mama continúa aumentando y para una de cada nueve mujeres europeas se convertirá en una realidad personal. Todas las mujeres lo temen, y con razón. Poco se sabe de sus causas y, sin embargo, muchas mujeres se ven sometidas a riesgos innecesarios. Otras no reciben el tratamiento adecuado o su tratamiento se retrasa durante un tiempo inaceptable. Muchas carecen de apoyo. Los recursos sufren severas limitaciones; la investigación se dota de fondos insuficientes y apenas se ha hablado de prevención. Por todo ello, el

¹³ De hecho, la feminista *National Women's Health Network* se opuso radicalmente. La médica y miembro del consejo Adriane Fugh-Berman afirmó que el ensayo era prematuro en cuanto a sus supuestos, débil en cuanto a sus hipótesis, de ética discutible y un fracaso en cuanto a las repercusiones sobre la salud pública» (citado en Batt, 1994, p. 194).

cáncer de mama es sin duda un área prioritaria para el desarrollo de una teoría, una política y una práctica críticas: para la integración de lo personal y lo político.

REFERENCIAS

- Altman, Roberta (1996). *Waking up, fighting back: The politics of breast cancer*. Boston, MA: Little, Brown.
- Art. Rage. Us. (1998). *Art.Rage.Us.: Art and writing by women with breast cancer*. San Francisco, CA: Chronicle Books.
- Batt, Sharon (1991). Smile, you've got breast cancer. En Judith Brady (Ed.), *1 in 3: Women with cancer confront an epidemic* (pp. 58-63). Pittsburgh, PA: Cleis Press.
- Batt, Sharon (1994). *Patient no more: The politics of breast cancer*. Charlottetown, PEI: gynergy books.
- Batt, Sharon & Gross, Liza (1999). Cancer, Inc. *Sierra*, 36: 38-41, 63. Recuperado el 26 de julio 2004 desde <http://www.sierraclub.org/sierra/199909/cancer.asp>
- Botha, J.L.; Bray, Freddie; Sankila, Risto & Parkin, D. Maxwell (2003). Breast cancer incidence and mortality trends in 16 European countries. *European Journal of Cancer* 39(12), 1718-1729.
- Brady, Judith (1991). *1 in 3: Women with cancer confront an epidemic*. Pittsburgh, PA: Cleis Press.
- Brems, Susan & Griffiths, Marcia (1993). Health women's way: Learning to listen. En Marge Koblinsky, Judith Timyan & Jill Gay (Eds.), *The health of women: A global perspective* (pp. 255-273). Boulder, CO: Westview Press.
- Brown, Barbara; Aslin, Maureen & Carey, Betsy (2003). *My breasts, my choice: Journeys through surgery*. Toronto, ON: Sumach Press.
- Butler, Sandra & Rosenblum, Barbara (1991). *Cancer in two voices*. San Francisco, CA: Spinsters Book Company.
- Cancer Research UK (2007). *Breast cancer mortality statistics*. Recuperado el 10 de diciembre 2007 desde <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/breast/mortality/?view=PrinterFriendly&a=5441>
- Clorfene-Casten, Liane (1996). *Breast cancer: Poisons, profits and prevention*. Monroe, ME: Common Courage Press.
- Datan, Nancy (1989). Illness and imagery: Feminist cognition, socialization and gender identity. En Mary Crawford & Margaret Gentry (Eds.), *Gender and thought: Psychological perspectives*. New York: Springer-Verlag.
- Ehrenreich, Barbara (2001). Welcome to cancerland. *Harper's Magazine*, 303, 45-53. Recuperado el 26 de julio 2004 desde http://www.findarticles.com/p/articles/mi_mllll/is_1818_303/ai_79665310/print
- European Parliamentary Group on Breast Cancer (2007). *Breast Cancer in Europe Fact Sheet*. Recuperado el 10 de diciembre de 2007 desde <http://www.epgbc.org/BreastCancerFact.asp>
- Evans, Nancy (2002). *State of the evidence? What is the connection between chemicals and breast cancer?* San Francisco, CA: The Breast Cancer Fund and Breast Cancer Action. Disponible en: info@breastcancerfund.org
- Evans, Nancy & Martin, Andrea R. (2000). *Pathways to prevention. Eight practical steps - from the personal to the political - toward reducing the risk of breast cancer*. San Francisco, CA: The Breast Cancer Fund. (2ª ed.). Disponible en: info@breastcancerfund.org
- Ferlay, J.; Autier, P.; Boniol, M.; Heanue, M.; Colombet, M. & Boyle, P. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*, 18: 581-592.
- Goldberg, Mark S. & Labreche, France (1996). Occupational risk factors for female breast cancer: A review. *Occupational and Environmental Medicine*, 53, 145-156.
- Grant, Judith (1993). *Fundamental feminism: Contesting the core concepts of feminist theory*. London: Routledge.
- Jacobson, Nora (2000). *Cleavage: Technology, controversy, and the ironies of the man-made breast*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Kahane, Deborah H. (1995). *No less a woman: Femininity, sexuality and breast cancer*. 2ª ed. Alameda, CA: Hunter House.
- Kasper, Anne S. (1995). The social construction of breast loss and reconstruction. *Women's Health: Research on Gender, Behavior and Policy*, 1, 197-219.
- Kasper, Anne S. (2000). Barriers and burdens: Poor women face breast cancer. En Anne S. Kasper & Susan J. Ferguson (Eds.), *Breast cancer: Society shapes an epidemic* (pp. 183-212). New York: St Martin's Press.
- Kasper, Anne S. & Ferguson, Susan J. (2000). *Breast cancer: Society shapes an epidemic*. New York: St Martin's Press.

- Kitzinger, Celia & Wilkinson, Sue (1997). Validating women's experience? Dilemmas in feminist research. *Feminism & Psychology*, 7, 566-574.
- Klawiter, Maren (2000). Racing for the cure, walking women and toxic touring: Mapping cultures of action within the Bay Area terrain of breast cancer. En Laura K. Potts (Ed.), *Ideologies of breast cancer: Feminist perspectives* (pp. 63-97). London: Macmillan.
- Leopold, Ellen (1999). *A darker ribbon: Breast cancer, women and their doctors in the twentieth century*. Boston, MA: Beacon Press.
- Lesbians and Breast Cancer Project Team (2004). *Coming out about lesbians and cancer*. Toronto, ON: Ontario Breast Cancer Community Research Initiative. El informe completo fue recuperado el 30 junio de 2004 desde <http://dawn.thot.net/lbcp>
- Lorde, Audre (1980). *The Cancer Journals*. London: Sheba Feminist Publishers.
- Love, Susan M. & Lindsey, Karen (2000). *Dr Susan Love's breast book*. 3ª ed. Cambridge, MA: Perseus Publishing.
- McKenzie, Don (1988). Abreast in a boat - a race against breast cancer. *Canadian Medical Association Journal*, 159(4).
- Maguire, Peter (1982). Psychiatric morbidity associated with mastectomy. *Experientia*, 41, 373-380.
- Metzger, Deena (1981). *Tree*. Culver City, CA: Peace Press.
- Meyerowitz, Beth E. (1981). *Postmastectomy concerns of breast cancer patients*. Ponencia presentada en el Congreso Anual de la American Psychological Association, Los Angeles, CA, agosto.
- Morton, William E. (1995). Major differences in breast cancer risk among occupations. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 37, 328-335.
- Parkin, D. Maxwell; Bray, Freddie & Devesa, Susan (2001). Cancer burden in the year 2000: The global picture. *European Journal of Cancer*, 37, S4-S66.
- Peters-Golden, Holly (1982). Breast cancer: Varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science & Medicine*, 15E, 257-265.
- Petralia, S.A.; Fena, J.E.; Freudenheim, J.L.; Marshall, J.R.; Michalek, A.; Brasure, J.; Swanson, M.G. & Graham (1998). Breast cancer risk and lifetime occupational history: Employment in professional and managerial occupations. *Occupational and Environmental Medicine*, 55, 43-48.
- Prior, Angela (1987). Personal view. *British Medical Journal*, 295, 920.
- Ramazanoglu, Caroline & Holland, Janet (2002). *Feminist methodology: Challenges and choices*. London: Sage.
- Saywell, Cherise; Beattie, Liza & Henderson, Lesley (2000). Sexualized illness: The newsworthy body in media representations of breast cancer. En Laura K. Potts (Ed.), *Ideologies of breast cancer: Feminist perspectives* (pp. 37-62). London: Macmillan.
- Scott, Joan W. (1993). Experience. En Judith Butler & Joan W. Scott (Eds.), *Feminists theorize the political*. London: Routledge.
- Sontag, Susan (1979). *Illness as metaphor*. London: Allen Lane. [Trad. española: *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Madrid: Taurus, 1996]
- Spence, Jo (1986). *Putting myself in the picture: A political, personal and photographic autobiography*. London: Sheba Feminist Publishers.
- Stanley, Liz (1994). The knowing because experiencing subject: Narratives, lives and autobiography. En Kathleen Lennon & Margaret Whitford (Eds.), *Knowing the difference: Feminist perspectives in epistemology*. London: Routledge.
- Stevens, Patricia E. (1992). Lesbian health care research: A review of literature from 1970 to 1990. *Health Care for Women International*, 13, 91-120.
- Stevens, Patricia E. (1996). Lesbians and doctors: Experiences of solidarity and domination in health care settings. *Gender & Society*, 10, 24-41.
- Stevens, Patricia E. (1998). The experience of lesbians of color in health care encounters: Narrative insights for improving access and quality. *Journal of Lesbian Studies*, 2, 77-94.
- Stewart, Mary White (1998). *Silicone spills: Breast implants on trial*. Westport, CT: Praeger.
- Swan, Catherine (1997). Reading the bleeding body: Discourses of premenstrual syndrome. En Jane M. Ussher (Ed.), *Body talk: The material and discursive regulation of sexuality, madness and reproduction* (pp. 176-198). London: Routledge.
- Tocher, Michelle (2002). *How to ride a dragon: Women with breast cancer tell their stories*. Toronto, ON: Key Porter Books Ltd.
- Tyczynski, Jerzy E.; Bray, Freddie & Parkin, D. Maxwell (2002). Breast cancer in Europe. *European Network of Cancer Registries Fact Sheets*, 2 (diciembre), 1-4.
- Wilkinson, Sue (1998). Focus groups in health research: Exploring the meanings of health and illness. *Journal of Health Psychology*, 3, 329-348.
- Wilkinson, Sue (2000a). Feminist research traditions in health psychology: Breast cancer research. *Journal of Health Psychology*, 5, 359-372.

- Wilkinson, Sue (2000b). Women with breast cancer talking causes: Comparing content, biographical and discursive analyses. *Feminism & Psychology*, 10, 431-460.
- Wilkinson, Sue (2001). Breast cancer: Feminism, representations and resistance. *Health*, 5, 269-277.
- Wilkinson, Sue (2004). Feminist contributions to critical health psychology. En Michael Murray (Ed.), *Critical health psychology* (pp. 83-100). New York: Palgrave Macmillan.
- Wilkinson, Sue (2007). Breast cancer: Lived experience and feminist action. En Marina Morrow, Olena Hankivsky & Colleen Varcoe (Eds.), *Women's health in Canada: Critical perspectives on theory and policy* (pp. 408-433). Toronto, ON: University of Toronto Press.
- Wilkinson, Sue & Kitzinger, Celia (1993). Whose breast is it anyway? A feminist consideration of advice and 'treatment' for breast cancer. *Women's Studies International Forum*, 16, 229-238.
- Wilkinson, Sue & Kitzinger, Celia (2000). Thinking differently about 'thinking positive': A discursive approach to cancer patients' talk. *Social Science & Medicine*, 50, 787-811.
- Yadlon, Susan (1997). Skinny women and good mothers: The rhetoric of risk, control and culpability in the production of knowledge about breast cancer. *Feminist Studies*, 23, 645-667.
- Zimmerman, Susan M. (1998). *Silicone survivors: Women's experiences with breast implants*. Philadelphia, PA: Temple University Press.