

FEMINISMO Y CÁNCER DE MAMA, UNA ESTRECHA RELACIÓN

Tumas, Natalia^{1,2}, Díaz María del Pilar², Carbonetti Adrián C.³

1. CONICET. Centro de Investigación y Estudios en Cultura y Sociedad, Córdoba, Argentina.
2. Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
3. CONICET. Centro de Investigación y Estudios en Cultura y Sociedad, Córdoba, Argentina.

Eje temático: La salud de nuestros cuerpos.

Palabras clave: cáncer de mama, feminismo, representaciones sociales.

Introducción

En estrecha relación con la etapa final de las transiciones demográfica y epidemiológica, el cáncer de mama (CM) es cada vez más frecuente en las mujeres. El número de casos aumenta en todo el mundo, con diferencias en la tasa de incidencia y mortalidad, según sea la región geográfica (Martínez-Montanez et al., 2009). Algunos factores han sido asociados a la ocurrencia de esta enfermedad, como los hábitos alimentarios, nuevas pautas de reproducción (disminución del número de hijos e hijas y de la práctica de lactancia materna) (Instituto de la Mujer 2007). Las desigualdades de género limitan la capacidad de las mujeres para proteger su salud (OMS 2009).

El género, como construcción social, es un factor de peso que exagera la vulnerabilidad y acompaña a la biología en la determinación de las desigualdades en materia de salud. Desde la última década del siglo XX, el enfoque de género en problemas de salud ha sido aplicado en cáncer (Potts 1999, Leopold 1999 y Gimenez 1997).

Varios autores (Shildrick 1998, Clarke y Olesen 1999, Kickbusch 1981) señalaron que el movimiento de liberación femenina de los años 70 cambió la manera de ver la salud de las mujeres, permitió re teorizar y reconceptualizar la salud, desafiando nociones estereotipadas sobre enfermedades “femeninas”. Las mujeres lograron en este contexto adquirir conocimientos sobre el propio cuerpo, agencia sexual y autonomía (Bendelow et al, 2002), para desafiar las estructuras institucionales que influenciaban la salud (Morab y Rojasc 2009).

El feminismo exploró las discrepancias entre los roles, las expectativas impuestas a la mujer por la cultura dominante y aquellas definiciones que las mujeres adquirieron a través de la vivencia de su experiencia personal (Kasper 1994). El feminismo también influyó en la promoción de la salud, al señalar que la mirada sobre los estilos de vida saludable es una visión medicalizada de los problemas de salud, que conduce a veces a soluciones inadecuadas e ineficaces. Las estrategias de promoción de la salud pueden asignar la responsabilidad a las mujeres, sin reconocer su escaso poder para efectuar el cambio, o responsabilizándolas por el cuidado de la salud de los otros, asumiendo que el papel femenino es el cuidado de su familia y su entorno (Daykin y Naidoo, 1995).

El movimiento feminista contra el CM comenzó en EEUU en los años '70 (Altman, 1996). Las activistas feministas en su lucha contra el CM 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 CM, y han revelado los vínculos basados en el lucro entre los valores y la práctica de la “industria” del CM y los

riesgos medioambientales (Batt, 1994). En su lucha a favor de un aumento de los recursos, las feministas establecieron un paralelismo entre la epidemia del SIDA y la propagación del CM y se inspiraron también en el activismo contra esta enfermedad para buscar maneras creativas de luchar contra el CM (Schulzke, 2011).

El objetivo del presente trabajo es analizar la literatura científica existente sobre los vínculos entre feminismo y CM a fin de conocer y visibilizar los aportes del movimiento feminista en torno a la problemática del CM. Para ello se realizó una revisión bibliográfica sobre la producción científica sobre CM y feminismo.

Movimiento social del cáncer de mama

En los años 70', el CM se introdujo en el dominio público cuando mujeres conocidas en Estados Unidos compartieron públicamente sus experiencias en relación al CM (Altman 1996, Boehmer 2000, Weisman 2000). Antes de la publicación de estas historias, el CM era visto como un tema privado e incluso vergonzoso de la mujer que debía quedar dentro de la red familiar y de amistades (Leopold 1999, Taylor and Van Willigen 1996).

El movimiento del CM es parte de una estrategia contra el modelo médico tradicional (Morgen, 2002). Uno de los mayores progresos en la salud de las mujeres como una causa social provino también del activismo del CM. De hecho, los orígenes del derecho al consentimiento informado, derecho básico de los pacientes universalmente reconocidos en la práctica médica occidental, se retrotraen a las leyes reguladoras del derecho de las pacientes de CM a recibir información sobre todas las opciones terapéuticas disponibles (Lerner, 2003). El año 1973 la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera Carta de Derechos del Paciente, que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto autónomo y libre que es. El enfermo -en las sociedades democráticas desarrolladas- ha obtenido el derecho a la autonomía, y el médico se ha visto desposeído de su tradicional poder de decisión (Lázaro y Gracia 2006). El procedimiento concreto en que se plasmó el cambio es lo que se denomina "el consentimiento informado" (Simon 2000).

Las activistas del movimiento del CM, a través de varias estrategias, entre ellas el reclamo por la equidad de género, redefinieron el CM de un problema privado de una mujer individual a un problema público. En un nivel simbólico, el movimiento social creó activamente significado sobre las condiciones sociales, frecuentemente en oposición a las dominantes concepciones. Mientras la mujer individual está implícitamente culpada por su CM, el discurso de las activistas definen al CM como un problema de negligencia gubernamental, aunque sea sólo simbólicamente (Kolker, 2004). Las activistas sostuvieron que debido a que el CM afecta a las mujeres, no ha recibido la atención pública ni el financiamiento merecido y denunciaron que la negligencia institucional sistemática respecto la salud de las mujeres, en la forma de sesgos de género, contribuyó al crecimiento de la problemática del CM (Best 1987).

Cáncer de mama, entre la visibilidad e invisibilidad

Hasta hace poco, el cuerpo de las mujeres y las enfermedades que las afectan recibieron escasa atención pública. Los médicos trataron al cuerpo femenino como una variante inferior del cuerpo masculino, o lo ignoraron enteramente (Olson, 2002). A lo largo de la historia se ha pensado que el enfermo está incapacitado porque la enfermedad le pone en situación de sufrimiento e invalidez, de dependencia y, en definitiva, de

infantilización (Lain 1986). Así, es difícil que pueda tomar decisiones complejas, siendo el médico quién debe decidir por él (Lázaro y Gracia 2006).

Aunque el CM tiene una larga historia, la enfermedad y la mujer que lo padece fueron ocultadas por el modelo médico tradicional hasta el último medio siglo. Al ser tratadas, a las mujeres se les denegó información sobre su salud y se les dio escaso control alrededor de su tratamiento (Olson, 2002). Las activistas, trabajando para corregir esta inequidad, hicieron mucho para mejorar el tratamiento haciendo al cuerpo visible y afirmando el derecho de las mujeres a determinar su propio tratamiento. Ellas, en un marco de “rebelión de los pacientes”, contribuyeron a cambiar el tradicional modelo médico, el cual tiene un enfoque paternalista del tratamiento y el cual ha marginalizado a las mujeres de los asuntos de su salud (Sherwin, 1992; Lázaro y Gracia 2006).

Las mujeres con CM y el activismo del CM en general están atrapados en una lucha entre visibilidad e invisibilidad. En el pasado, la invisibilidad fue básicamente el resultado de cómo la enfermedad fue tratada por los médicos y la sociedad. No se hablaba abiertamente de la salud de las mujeres, el CM era una enfermedad ocultada debido a la ignorancia respecto los problemas de salud de las mujeres y los temores alrededor del cáncer (Schulzke 2011). Si bien se reconoce actualmente gran visibilidad de la enfermedad como una causa social, los valores sociales que fomentan la invisibilidad continúan, aún cuando los productos rosa dominan los negocios, las mujeres que sufren la enfermedad están aún bajo una intensa presión social para esconder sus cuerpos (Schulzke M 2011).

El CM es ocultado por los signos de femineidad estereotipados. Esta asociación lo hace vulnerable a su cooptación, imaginar la enfermedad como la enfermedad de la mujer hace que sea más fácilmente vinculada a todos los símbolos de la femineidad, aun cuando aquellos, como el color rosado, parecen ser contrarios al espíritu de activismo característico del movimiento social del CM. El uso del color rosado, del lazo rosado como herramienta de marketing ha profundizado esta asociación y ha disociado los signos del CM del cuerpo, manteniendo así la invisibilidad de la enfermedad. Solo cambiando el enfoque del activismo hacia la lucha contra las presiones sociales que ocultan la enfermedad puede ser superada la lucha entre visibilidad e invisibilidad (Schulzke, 2011).

Cuerpo, mujeres y cáncer de mama

Tanto la investigación médica como la docencia y la asistencia sanitaria miraron a las mujeres “como si fuesen hombres” y no vieron sus problemas y enfermedades específicas, ni entendieron su queja, malestar y dolor. La salud de las mujeres se estudió y valoró sólo como salud reproductiva y esto impidió un abordaje integral. También la especialización a que se ha visto sometida la medicina en los últimos años, en aras de la eficacia, ha troceado el cuerpo de los pacientes, y en especial los femeninos, porque son los que demandan más atención de los servicios sanitarios (Valls Llobet et al., 2008).

El CM se singulariza por afectar de lleno a la imagen corporal femenina. En efecto, por su asociación con la sexualidad, la intimidad y la maternidad, el pecho ha sido calificado como el «signo más obvio de femineidad» (Lerner, 2003).

Varios escritores y activistas describieron al CM como una amenaza externa, al vincular en cáncer con causas ambientales (Batt, 1994; McCormick, 2009; Mitchell, 2006; Sherman, 2000). Esto implica una mirada empoderada del cuerpo y romper con la conexión entre ser mujer y la susceptibilidad al CM (al eliminarse las causas ambientales el cuerpo no contraería la enfermedad). Los relatos populares sobre el CM lo describen en cambio como una enfermedad interna (Henderson y Kitzinger, 1999; Williams y Bendelow, 1998; Brown y Zavestoski, 2001). La investigación contemporánea usualmente caracteriza al CM desde

una mirada interna (en términos de mutación de células que transforman el cuerpo en una amenaza para su existencia). Esta mirada interna de la enfermedad, que dominó el tratamiento y la investigación en torno al CM, pone de manifiesto que el cuerpo es, además de un campo de batalla, un atacante. El cuerpo debe entonces tener asistencia externa que intervenga y ayude a combatir el cáncer, lo cual encaja perfectamente con la aún popular ideología sobre el cuerpo femenino como incontrolable e irracional. Este conjunto de representaciones legitima los intentos por regular el cuerpo femenino sin el consentimiento de la mujer (Schulzke 2011).

La actividad feminista fue dirigida a un desafío epistemológico, tanto a las construcciones patológicas de las variantes del cuerpo femenino como a la noción de que las mujeres estaban intrínsecamente enfermas (Shildrick 1998; Morab y Rojasc, 2009). La representación de la experiencia personal fue un tema clave de la acción feminista contra el CM (Wilkinson, 2001). Con ello se buscaba cuestionar la invisibilidad de las mujeres con CM y transmitir información realista a quienes se enfrentan a este diagnóstico (Datan, 1989; Lorde, 1980). Así, y por mencionar solo algunos, desde Jo Spence (1986) en una serie de fotografías que representan su cuerpo de mujer “corriente” con las inconfundibles cicatrices, flaccidez y estrías, hasta la postura más “espiritual” de Deena Metzger (1981), que “...con los brazos alzados hacia el cielo y un árbol de la vida tatuado en su cicatriz de la mastectomía, rompe de distintas maneras el tabú que durante mucho tiempo ha rodeado la representación del cuerpo tras la mastectomía” (Wilkinson 2008, p. 34).

Las mujeres enfrentan una fuerte presión para mantener sus senos de acuerdo a ciertos ideales culturalmente dominantes (Buchwald, 1993; Dworkin, 1994). La paradoja del tratamiento del CM es que los senos son considerados removibles mientras que las mujeres enfrentan aún presiones para mantenerlos, aún después de la cirugía, si no lo hacen pierden las marcas de feminidad socialmente valoradas (Schulzke 2011).

Barron Lerner (2003), en su trabajo sobre la lucha del CM presenta una doble rebelión de las pacientes frente al sexismo propio de la sociedad patriarcal y frente al paternalismo médico como principio básico de la relación médico-paciente. Presenta esta rebelión como resultado de la confluencia entre el movimiento feminista y la respuesta social frente al modelo tradicional de relación clínica, dentro de la cual las mujeres afectadas por el CM aparecen como un ejemplo particularmente temprano y sobresaliente de desafío al paternalismo médico (Lerner, 2003).

Sue Wilkinson, en su trabajo “Mujeres feministas en lucha contra el CM: lo personal y lo político” (2008) presenta un análisis empírico de las experiencias del CM vividas por las mujeres. Expone así 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. Al margen de algunas autobiografías (p. ej., Butler y Rosenblum, 1991; Lorde, 1980; Durán, 2003) es escasa la investigación social científica al respecto. Pocas investigaciones optaron por un enfoque feminista que parte de la propia vivencia de las mujeres. 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 (Brems y Griffith, 1993) tratando de visibilizar su diversidad. 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 ricos relatos personales de las vidas y experiencias individuales (Swann, 1997; Stevens, 1998).

La política del cáncer de mama

El trabajo crítico feminista en torno al CM situó en el centro las vivencias de las propias mujeres, y trató además de comprenderlas dentro de su contexto social y político más amplio (Kasper y Ferguson, 2000; Wilkinson y Kitzinger, 1993).

La socióloga feminista Barbara Ehrenreich (2001), en un poderoso análisis basado en su propia vivencia del tratamiento contra el CM, se refiere a la “despiadada euforia” de la cultura dominante del CM, llena de un “optimismo implacable” que, según ella, contribuye sobre todo a “amansar y normalizar” la enfermedad. La autora plantea que en la comercialización del CM hay una ausencia de rabia (notar los efectos infantilizantes de una gran cantidad de productos relacionados con el CM) y que no se presta en absoluto la atención a los factores de riesgo medioambientales, incluida la implicación de las empresas farmacéuticas en estos riesgos.

La investigación con perspectiva feminista apunta a una metodología para capturar las realidades de la vida de las mujeres, desde el punto de vista de las mismas mujeres que las viven, y en el contexto social en el cual esas vidas son construidas. Es sabido que las experiencias de las mujeres son frecuentemente compartidas con otras mujeres en circunstancias similares. Cuando se considera el punto de vista de la mujer, se comienzan a comprender las vidas cotidianas de las mujeres así como las conexiones entre mujeres individuales, comunidad de mujeres y el orden social (Kasper 1994). 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 (Valls Llobet et al., 2008).

El CM continúa aumentando. Todas las mujeres lo temen, 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. El CM 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 (Valls Llobet et al., 2008).

Conclusiones

El CM es una enfermedad ocultada por los signos estereotipados de feminidad.

El feminismo contribuyó a visibilizar la problemática del CM, redefiniendo la enfermedad de un nivel individual (que tiende a culpar a la mujer por su enfermedad) a un plano de responsabilidad gubernamental. Además, a través de diversas estrategias, aportó a la prevención y tratamiento de la enfermedad (reclamando por investigación, advirtiendo sobre los riesgos medioambientales, generando centros de asistencia y apoyo para las mujeres con la enfermedad, y defendiendo y reafirmando el derecho de las mujeres a elegir su tratamiento).

Se considera que existe una escasez de investigaciones sobre CM, desde una perspectiva feminista. Resulta necesario avanzar en este sentido, fundamentalmente en investigaciones que con enfoque feminista partan de la propia vivencia de las mujeres con CM. La documentación e interpretación de la vivencia, y de la diversidad de vivencias, constituye un primer paso esencial hacia la transformación social y política.

Agradecimientos

A la Profa. Teresa Ortiz Gómez, por la gran colaboración y contribución al presente trabajo.

La Plata, FAHCE-UNLP, 25 al 27 de septiembre de 2013

sitio web: <http://jornadascinig.fahce.unlp.edu.ar/iii-2013> - ISSN: 2250-5695

Bibliografía

- Altman, R. (1996). *Waking Up, Fighting Back: The Politics of Breast Cancer*. Boston: Little, Brown.
- Batt, S. (1994). *Patient No More: The Politics of Breast Cancer*. Charlottetown: Gynergy Books.
- Bendelow G, Carpenter M, Vautier C, Williams S. (2002). Gender, health, and healing: the public private divide. New York: Routledge. p.79.
- Best, J. (1987). Rhetoric in claims-making: constructing the missing children problem, *Social Problems*, 34, 2, 101–21.
- Boehmer, U. (2000). *The Personal and the Political: Women's Activism in Response to the Breast Cancer and AIDS Epidemics*. New York: State University of New York Press.
- Brems S, Griffiths M. (1993). Health women's way: Learning to listen. En Marge Koblinsky, Judith Timan and Jill Gay (Eds.). *The health of women: a global perspective* (pp. 176-198). London: Routeledge.
- Brown P, Zavestoski S, McCormick S, Mandelbaum J, & Luebke T. (2001). Print Media Coverage of Environmental Causation of Breast Cancer. *Sociology of Health & Illness*, 23(6), 747-775.
- Buchwald, E. (1993). Raising Girls for the 21st Century. In E. Buchwald, P. Fletcher & M. Roth (Ed.). *Transforming A Rape Culture* (Pp. 179-200). Minneapolis
- Butler S, & Rosenblum B. (2001). *Cancer in two voices*.
- Clarke A, Olesen V. (1999). *Revisioning women, health and healing*. New York: Routledge. 3-4,14-17.
- Datan N. (1989). Illness and imagery: Feminist cognition, socialization and gender identity. En Mary Crawford and Margater Gwentry (Eds.), *gender and thought: Psychological perspectives*. New York : Springer-Verlag.
- Daykin N, Naidoo J. (1995). Feminist critiques of health promotion. En: Bunton R, Nettleton S, Bur R. *The sociology of health promotion analyses of consumption, lifestyle, and risk*. New York: Routledge.
- Durán MA. (2003). *Diario de batalla: mi lucha contra el cáncer*. Aguilar.
- Dworkin, A. (1994). *Gynocide: Chinese Footbinding*. In A. M. Jaggar (Ed.). *Living With Contradictions: Controversies in Feminist Ethics* (Pp. 213-219). Boulder: Westview Press.
- Ehrenreich B. (2001). Welcome to cancerland. *Harper's Magazine*, 303, 45-53.
- Epstein S. (1996). *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley: University of California Press.
- Gimenez M. (1997). *La mujer y el cáncer*, Campinas, Psy.
- Henderson L, Kitlinger (1999). The Human Drama of Genetics: 'Hard' and 'Soft' Media Representations of Inherited Breast Cancer. *Sociology of Health & Illness*, 21(5), 560-578.
- Instituto de la Mujer (2007) Borrador del Plan Estratégico de Igualdad de oportunidades 2008- 2011. Disponible en: http://www.mtas.es/mujer/novedades/docs/Plan_estragico_final.pdf.
- Kasper A, Ferguson S (2000). *Breast cancer: Society shapes an epidemic*. New York: St Martin's Press.
- Kasper, A. (1994). A feminist, qualitative methodology: A study of women with breast cancer. *Qualitative Sociology*, 17(3), 263-281.
- Kickbusch I. (1981). A feminist view on self care in health. *World Health Forum*. (2):196-7.
- Kitlinger C, Wilkinson S (1997). Validating women's experience? Dilemmas in feminist research. *Feminism and Psychology*, 7, 566-574.
- Kolker E. (2004). Framing as a cultural resource in health social movements: funding

activism and the breast cancer movement in the US 1990–1993. *Sociology of Health & Illness*, 26: 820–844. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0141-9889.2004.00420.x/full> [Consulta: 18/03/2011].

Laín P. (1986). *Qué es ser un buen enfermo. Ciencia, técnica y medicina*. Madrid: Alianza, 1986: 248-264.

Lázaro J & Gracia D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia* The doctor-patient relationship in history. *An. Sist. Sanit. Navar*,(3) 29.

Leopold E. (1999). *A darker ribbon: Breast cancer, women and their doctors in the twentieth century*, Boston, Beacon Press.

Lerner B. (2003). *A Cure in Twentieth-Century America*, Oxford, Oxford University Press, 391 pp. ISBN 0-19-516106-8.

Lorde A (1980). *The Cancer Journals*. London: Sheba Feminist Publishers.

Martínez-Montanez O, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Ávila M. (2009). Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. *Salud pública de México*. 51 (2).

McCormick S, Brown P, Zavestoski S. (2003). The personal is scientific, the scientific is political: the public paradigm of the environmental breast cancer movement. *Sociological Forum: Springer*. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1023/B%3ASOFO.0000003003.00251.2f#page-1> [Consulta: 19/03/2011].

McCormick S. (2009). *No Family History: The Environmental Links to Breast Cancer*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Metzger D (1981). *Tree*. Culver City, CA: Peace Press.

Meyer, D.S. and Whittier, N. (1994) Social movement spillover, *Social Problems*, 41, 277–98.

Meyerowitz BE. (1981). Postmastectomy concerns of breast cancer patients. Ponencia presentada en el Congreso Annual de la American Psychological Association, Los Angeles.

Mitchell P. (2006). Pink to Green. *Pink to Green*, 20(2), 5.

Morab, C, & Rojasc, ME. (2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 27(2), 191-200.

Morgen S. (2002). *Into Our Own Hands: The Women's Health Movement in the United States, 1969-1990*. Piscataway: Rutgers University Press.

Olson JS. (2002). *Bathseba's Breast: Women, Cancer & History*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

OMS (2009). *Las mujeres y la salud: los datos de hoy la agenda de mañana*. Disponible en: http://www.who.int/gender/women_health_report/es/index.html. [Consulta: junio) 2012].

Potts L. (1999). *Idelogies of breast cáncer: feminist perspectives*, Basing stoke, Macmillan.

Prior A (1987). Personal view. *British Medical Journal*, 295, 920.

Schulzke M. (2011). *Hidden Bodies & the Representation of Breast Cancer*

Sherman J. (2000). *Life's Delicate Balance: Causes & Prevention of Breast Cancer*. New York: Taylor & Francis.

Sherwin, S. (1992). *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.

Shildrick M. (1998). *Vital signs: feminist reconfigurations of the bio- logical body*. Edinburgh: Edinburgh University Press. p. 4-6.

Simon P. (2000). *El consentimiento informado*. Madrid: Triacastela, 2000.

Spence J. (1986). *Putting myself in the picture: A political, personal and photographic autobiography*. London: Sheba Feminist Publishers.

Stevens P. (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 MW. (1998). *Silicone spills: breast implants on trial*. Westports. CT: prager.

- Swan C. (1997). Reading the breeding body: discourses of premenstrual syndrome. En Jane M. Ossner (Ed.). *Body talk: the material and discursive regulation of sexuality, madness and reproduction* (pp. 176-198). London: Routledge.
- Taylor V, Van Willigen M. (1996). Women's self-help and the reconstruction of gender: the postpartum support and breast cancer movements, *Mobilization*, 1, 2, 123-42.
- Valls Llobet C, Banqué M, Fuentes M, Ojuel J. (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. Universidad de Barcelona, España. *Anuario de Psicología*. Vol 3, Nº1, 9-22.
- Weisman C. (2000). Breast cancer policymaking. In Kasper, A.S. and Ferguson, S.J. (eds) *Breast Cancer: Society Shapes an Epidemic*. New York: St. Martin's Press.
- Wilkinson S. (2001). Breast cancer: Feminism representations and resistance. *Health*, 5, 269-277.
- Wilkinson S. (2008). Mujeres feministas en lucha contra el cáncer de mama: lo personal y lo político. *Anuario de psicología*, 39(1), 23-40.
- Williams S & Bendelow, G. (1998). Malignant Bodies: Children Beliefs About Health, Cancer & Risk. In S. Nettleston, Jonathan Watson (Ed.).