



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Sanar el útero. Cuerpo, género y salud de mujeres terapeutas y pacientes en Bogotá

Tatiana Herrera Rodríguez

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Antropología
Bogotá, Colombia
2022

Sanar el útero. Cuerpo, género y salud de mujeres terapeutas y pacientes en Bogotá

Tatiana Herrera Rodríguez

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Antropología

Directora:
Ph D., Marta Zambrano
Codirector:
Ph.D., Santiago Martínez Medina

Línea de Investigación:
Antropología Social

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Antropología
Bogotá, Colombia

2022

Para mi abuela, mi mamá y las mujeres entrevistadas

Diluí la sangre con agua y dejé la mata en la ducha por si sangraba más tarde. (...) Esa noche tuve sueños muy extraños, con sangre, un bebé que mordía a su mamá y se iba por el inodoro escapando.

Diario de campo 10.

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.



Tatiana Herrera Rodríguez

29/04/2022

Agradecimientos

Estoy profundamente agradecida con las mujeres que entrevisté, Camila, Claudia, Rocío, Mariana, Patricia y Ana por dedicarme su tiempo y brindarme su confianza al momento de compartir sus historias de vida y los acontecimientos más íntimos cuando hablamos del útero. No es sencillo ni frecuente hablar de síntomas, dolores, flujos, olores, deseos insatisfechos y emociones contradictorias. Al escucharlas me reconocí en ellas y vi más cosas de la vida de las mujeres que no se dicen porque parecen “naturales”. Compartimos muchos padecimientos y con ellas aprendí las posibilidades y capacidades del cuerpo.

Este trabajo no hubiera llegado a término sin la paciencia, generosa compañía e inspiración de Marta Zambrano y Santiago Martínez Medina, directora y codirector de la investigación. Me quedo corta en agradecerles por su inmensa sabiduría y orientación crítica frente a los múltiples vaivenes conceptuales y metodológicos de esta tesis. A la profesora Marta le estoy en deuda porque me ayudó, entre muchas cosas, a reconocer los matices, los vínculos, las contradicciones y las negociaciones en el hacer humano; su pensamiento crítico siempre me empujó a ir más allá de ideas fijas y nociones establecidas. Al profesor Santiago le agradezco los saltos cualitativos que activo en mis análisis, siempre explorando las palabras y desmenuzando mis apresurados hallazgos, convencido de que esta tesis fue hecha desde el corazón.

Este ejercicio académico no hubiera sido más placentero de no se por el acogedor grupo de estudio de Santiago cuyos miembros eran estudiantes de la Maestría en Estudios Sociales de la Ciencia y del doctorado de Ciencias Sociales del Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia. En especial, recuerdo y agradezco con mucho afecto por su ricos comentarios a Pilar Santamaría, José Joaquín Montes, Diego Vallejo, Valentina Gómez, Susan Gonzáles y Claudia Vargas.

Sin duda, mi perspectiva sobre el análisis y el trabajo de campo no se hubiera enriquecido de no ser por los cuidadosos y brillantes consejos de Margarita Durán y Diana Rosas, mis compañeras y amigas durante y después de la maestría. Aprendimos juntas que la academia y el feminismo pueden y deben ser amorosos, sensibles y, por qué no, hasta mágicos. Con ellas viví otra forma de sentir y pensar.

Y todo mi reconocimiento a dos personas que representan el amor en mi vida de muchas formas. Agradezco a Alvaro Ñañez, mi ex esposo y mejor amigo, por ser columna vertebral en una vida que ya no es pero que me trajo hasta acá. Él creyó en que podía cambiar mi destino y su apoyo afectivo, y de otras tantas maneras, me abrió el camino en esta experiencia antropológica. Agradezco a Mayra Carreño, mi mejor amiga desde tiempos inmemorables, por ayudarme a crecer y ser independiente para decidir mejor. Su compañía ha sido un espacio emocional seguro y transformador, porque a veces dos cancerianas vibran parecido y juntas pueden pensar mejor.

Resumen

Sanar el útero. Cuerpo, género y salud de mujeres terapeutas y pacientes en Bogotá.

Este trabajo explora las trayectorias corporales de enfermedad y sanación de un grupo de mujeres terapeutas y pacientes que han padecido enfermedades del útero, seguido tratamientos biomédicos y practicado terapias alternativas en Bogotá. A partir de un enfoque etnográfico con perspectiva de género basado en entrevistas, observación participante y no participante y también en un ejercicio autoetnográfico, analizo las experiencias y percepciones de estas mujeres alrededor de las enfermedades del útero y sus procesos de sanación. Problematizo, asimismo, las relaciones de poder que han experimentado en escenarios médico-terapéuticos. Sigo sus relatos y examino los acontecimientos críticos en sus vidas así como las prácticas biomédicas y alternativas que moldearon sus trayectorias corporales. Propongo entender la manera en que a partir de las enfermedades del útero y tecnologías de sanación concretas estas mujeres hablaron con y escucharon a su cuerpo porque aprendieron a hacerse de un cuerpo con útero que se puede sanar y que sana. Señalo también cómo las mujeres entrevistadas se hicieron cargo de su salud de manera activa y crítica en disonancia con los preceptos biomédicos pero a la vez en sintonía con un sistema sexo/género dualista, patriarcal y heteronormativo.

Palabras clave: cuerpo, enfermedad, género, mujeres, salud, sanación, trayectorias corporales, útero.

Abstract

Heal the womb. Body, gender and health of female therapists and patients in Bogotá.

This work explores the bodily trajectories of disease and healing of a group of women therapists and patients who have suffered from uterine diseases, followed biomedical treatments and practiced alternative therapies in Bogotá. From an ethnographic approach with a gender perspective based on interviews, participant and non-participant observation, and also on an autoethnographic exercise, I analyze the experiences and perceptions of these women regarding uterine diseases and their healing processes. I also problematize the power relations that they have experienced in medical-therapeutic scenarios. I follow their stories and examine the critical events in their lives as well as the biomedical and alternative practices that shaped their bodily trajectories. I propose to understand the way in which, based on the womb diseases and specific healing technologies, these women spoke with and listened to their bodies because they learned to make themselves a body with a womb that can and does heal. I also point out how the interviewed women took charge of their health in an active and critical way in dissonance with biomedical precepts but at the same time in tune with a dualistic, patriarchal and heteronormative sex/gender system.

Keywords: body, disease, gender, women, health, healing, body trajectories, womb.

Contenido

	Pág.
Agradecimientos	VII
Resumen	IX
Abstract	X
Contenido	XI
Introducción	1
1. Enfermar del útero	29
Situaciones dolorosas.....	30
Síntomas y diagnósticos	40
Hemorragias y miomas uterinos.....	41
Quistes y ovarios poliquísticos	50
Candidiasis.....	52
Virus del Papiloma Humano.....	53
Atravesar la enfermedad y cambiar el destino.....	55
2. Tecnologías de sanación	57
Orígenes de la enfermedad	58
“Hijos que uno no ha podido engendrar”	58
Somatización de las emociones.....	60
Karma y justicia divina.....	65
La enfermedad te está dado un mensaje	67
Prácticas para sanar el útero	70
Sacar el útero o quitarse los ovarios	70
Controlar el cuerpo.....	75
Recoger, sembrar y cuajar la sangre	80
Limpiar el útero.....	89
Revivir el útero	99
Tensiones entre la agencia y la ratificación del orden sexual y de género.....	103
3. Lo que dice el útero	106
Sanar el útero	106
“Estos pequeños quistes, ¿qué me están diciendo?”	110
Volver a los acontecimientos	113
Ser o no ser madre.....	113
Abuelas y madres.....	119
Relaciones de pareja.....	123

Trayectorias y destinos profesionales	126
El útero que sana.....	127
Lo que puede el útero	131
4. Reflexiones finales. Úteros capaces de sanar.....	133
A. Anexo: Información sociodemográfica de mujeres entrevistadas	146
B. Anexo: Matriz de organización de padecimientos y tecnologías de sanación de las mujeres de este trabajo	147
Bibliografía.....	149

Introducción

Esta es una investigación sobre las experiencias de enfermedad y sanación del útero de un grupo de seis mujeres terapeutas, una aprendiz de terapias y pacientes que han padecido enfermedades del útero, seguido tratamientos biomédicos y practicado terapias alternativas en Bogotá. Desde una perspectiva de género y a partir del enfoque etnográfico que se nutre de la antropología de la salud, en este trabajo analizo la manera en que los procesos de enfermar y sanar tienen que ver con sus historias de vida y las relaciones de poder en escenarios médico-terapéuticos. Sigo, entonces, sus relatos, con especial atención a los momentos críticos en el curso de sus vidas, resaltando la manera en que se tejen cuerpos y prácticas de sanación, tanto biomédicas como alternativas. Para ello, pongo en diálogo los relatos de las entrevistas con algunos de los escenarios terapéuticos en los que realicé observación participante e involucro mi propia experiencia como paciente en estos escenarios.

Puntos de partida

El interés en el tema inició con una experiencia personal. En mi devenir mujer delineado por la biomedicina, en un periodo de siete años emergieron células anormales en el cuello uterino por la agencia del virus del papiloma humano; luego aparecieron quistes ováricos hasta que uno estalló en una dolorosa hemorragia; surgieron infecciones vaginales; más tarde aparecieron los miomas. Este agotador proceso de enfermedades invadiendo mi cuerpo se manifestó mediante dolores en el vientre y flujos corporales extraños para mí.

El descontento por los tratamientos biomédicos y la continua aparición de estas dolencias en mi cuerpo me llevó a compartir la situación con amigas que habían tenido experiencias similares. Ahondé en la literatura relacionada con la salud y encontré información sobre terapias alternativas en blogs y textos. En esta exploración se

desplegó un universo de prácticas alternativas a la medicina alópata que se interesaban por las “enfermedades de las mujeres”. Una de las terapias que llamó mi atención fue la “bendición del útero”, propuesta por Miranda Gray, una mujer británica, artista gráfica, diseñadora, escritora, profesora de terapias alternativas y autora de libros de autoayuda. En su libro *Luna Roja* (1994), Gray señala que con el conocimiento del ciclo menstrual las mujeres pueden aplicar energías “creativas, espirituales, sexuales, emocionales, mentales y físicas” y, por ende, curar cualquier afección que comprometa su salud. La luna roja para esta autora es la menstruación, de aquí que varias de las mujeres entrevistadas le llamen “luna” a su sangre menstrual. Me interesé entonces por el papel de esta y otras terapias en el tratamiento de las enfermedades uterinas y en las experiencias de las mujeres en sus búsquedas curativas. De hecho, en 2015 acudí a una terapeuta alternativa, Consuelo, para que me hiciera la “bendición del útero” y durante una sesión con ella me propuso otras terapias como la “biodescodificación de enfermedades” y la meditación.

Para algunas personas, las terapias alternativas ofrecen marcos de sentido y respuestas diferentes sobre las causas de sus enfermedades que no encuentran en los tratamientos biomédicos. El auge de este tipo de terapias inició en los años sesenta y su oferta se consolidó a partir de los años ochenta (Pedraza 2007a). En las últimas décadas han ganado espacio en la oferta de servicios de salud en Colombia y mayor reconocimiento social (Pinto y Ruiz-Díaz 2012) principalmente, en entornos urbanos (Castro 2008; Garay y Pinzón 1999; Garzón 2018) y a pesar de las imposiciones de las reglamentaciones y restricciones institucionales médicas y estatales (Martínez Medina 2008). En algunos casos las terapias alternativas se apoyan en el conocimiento científico sobre el cuerpo, pero no se limitan a él porque otorgan importancia crucial a las emociones de las personas y a sus sensaciones corporales. Por eso se les denomina “alternativas” porque, si bien pueden dialogar con el saber experto biomédico, sus discursos y prácticas toman distancia del saber hegemónico científico de la medicina occidental. De este modo, las terapias alternativas no tratan directamente la enfermedad fisiológica sino que se interesan porque las personas identifiquen de manera reflexiva los aspectos que afectan su vida y su salud y puedan ser agentes en su propio proceso de curación (Pedraza 2007a).

Es posible entonces identificar algunas diferencias entre las terapias alternativas y la biomedicina. Si bien no pretendo catalogar exhaustivamente las diferencias y sintonías de estos saberes, resalto algunos aquí porque son los contextos terapéuticos entre los que me interesa transitar en esta investigación. Por una parte, los preceptos de la biomedicina se fundamentan en un principio considerado como “verdad” (Laqueur 1994; Martin 2001; Martínez Medina 2008) que la sociedad occidental ha producido desde el saber científico. Aquellos conocimientos que no se catalogan dentro de esta producción entonces son considerados como “creencias” (Good 1994), tales como las terapias alternativas, el conocimiento de las comunidades étnicas, los saberes populares, entre otras formas de gestión de la salud. Por otra parte, en contraste con la biomedicina que aborda los cuerpos de manera fragmentada (Foucault 1984; Tovar 2004a), las terapias alternativas se interesan por las dolencias corporales desde perspectivas holísticas que abordan el cuerpo en su conjunto (Pedraza 2007a). Aunque diferentes en sus presupuestos y en la manera en que atienden y entienden los cuerpos, tanto las terapias alternativas como la biomedicina producen cuerpos sanos y enfermos, y proponen una manera particular de entender la salud.

De manera general, los sistemas y prácticas médicas hacen parte de un conjunto social más amplio que responde a expectativas sobre lo que son los cuerpos y el modo correcto de curarlos, muchas veces, separando el cuerpo del sujeto. Sin embargo, las personas también entienden y experimentan la salud y la enfermedad de formas diferenciadas que pueden estar en sintonía o no con lo que les proponen aquellos sistemas de conocimiento hegemónico como la biomedicina o las terapias alternativas y que obedecen a los contextos personales, sus trayectos vitales y las relaciones que establecen con sus cuerpos. Incluso, y aunque lo ignoren y no lo reconozcan los sistemas médicos hegemónicos, las personas y los grupos negocian saberes y transitan entre uno y otro sistema (Menéndez 2005). Las personas pueden sentirse atrapadas en determinadas terapéuticas pero así como a veces logran escapar de la biomedicina escapan de otras terapias. Y respecto a este último punto considero la antropología como una disciplina clave para comprender lo que las personas hacen con su salud.

La antropología ha indagado sobre la manera diferenciada en que los grupos humanos experimentan la enfermedad y la sanación (Lupton 2012). Los estudios clásicos de la antropología exploraron la relevancia de mitos, ritos, símbolos y metáforas en sus

análisis de la magia, el chamanismo y el curanderismo para explicar algunas enfermedades (Frazer 2006 [1890]) y curaciones (Levi-Strauss 1995). Por ejemplo, Claude Lévi-Strauss (1995) exploró la curación de una mujer con dificultades durante el parto sirviéndose de las herramientas conceptuales de la lingüística y el psicoanálisis para explicar que los efectos de la magia y la enfermedad son reales para los individuos afectados. Propuso el concepto de “eficacia simbólica” según el cual la activación de ritos y mitos mediante el lenguaje atraviesan la dimensión consciente de la persona enferma para llevar su mensaje al inconsciente (Lévi-Strauss 1995, 223). A partir de la segunda mitad del siglo XX, se consolidó un subcampo de análisis que se ha conocido como antropología médica o antropología de la salud que se ha ocupado del análisis la construcción cultural de la enfermedad, de los sistemas de atención en salud y las prácticas médicas en distintos contextos sociales desde distintos enfoques como el crítico e interpretativo (Herrera 2021). Gracias al aporte de la corriente culturalista de la antropología norteamericana, algunos autores se aproximaron a la experiencia de sufrimiento de las personas que padecen enfermedades en la sociedad occidental y llamaron la atención sobre la importancia de la subjetividad de los pacientes (Kleinman 1988; Good 1994). Esta última corriente es útil precisamente para adentrarse en el detalle, profundidad y alcance del dolor y los síntomas de una enfermedad desde la percepción de las personas sufrientes, pero corre el riesgo de limitar el análisis a la interpretación y búsqueda de significados ocultos en las experiencias de las personas. Por su parte, la corriente crítica que se nutre de la economía política (Baer, Singer y Susser 1994; Farmer 2003; Lock y Lindenbaum 1993; Menéndez 1983, 1990, 2005; Singer y Baer 1995) propuso una antropología médica atenta la estructura de poder que define y circunscribe la salud a intereses particulares lo que es revelador en un contexto dado pero se enfrenta al desafío de restar a agencia a lo que las personas hacen en los intersticios de esas relaciones de poder.

En Colombia, buena parte de los estudios de antropología médica se ha orientado a partir de un enfoque crítico y se ha centrado en examinar las violencias del capitalismo en la atención a la salud, las crisis de instituciones de salud, la salud pública y las políticas públicas de salud, el derecho a la salud y la intervención del Estado (Abadía 2004; Abadía et al. 2006; Abadía et al. 2013; Olarte-Sierra, Suárez y Rubio 2018; Suárez, González y Viatela 2004; Suárez et al. 2004; Suárez, Beltrán y Sánchez 2006). Las reflexiones antropológicas sobre la salud en el país también han versado sobre las

dinámicas de salud-enfermedad en la cotidianidad de grupos sociales en contextos socioculturales diversos, y las estrategias y roles de actores sociales para enfrentar los problemas de salud (Botero, Polo y Sinuco 2015; Martínez 2006; Platarrueda 2008; Puerta 2004; Suárez 2001; Suárez et al. 2008; Arboleda-Sarmiento y Suárez-Montañez 2016; Sepúlveda 2008), así como las tensiones que se establecen entre las medicinas tradicionales, alternativas y biomédica (Martínez Medina 2008). Otros trabajos han marcado líneas de análisis que comprenden la subjetividad en los procesos de salud y enfermedad en contextos urbanos (Castro 2008; Garay y Pinzón 1999; Garzón 2018), las narrativas de enfermedad relacionadas con trastornos mentales (Cortés, Uribe y Vázquez 2005; Uribe 1999; Uribe y Vázquez 2007; Uribe et al. 2006) y las percepciones de terapeutas y pacientes frente a las enfermedades y los procesos de curación (Benavides 2016; Estrada, Martínez y Abadía 2008). Recientemente, la pregunta por la salud y la enfermedad ha mostrado nuevas vetas de análisis sobre la materialidad del cuerpo y el cuerpo que se produce en prácticas médicas específicas (Martínez Medina 2021; Martínez Medina 2016a, 2016b; Martínez Medina y Morales Fontanilla 2015).

Vale la pena anotar que estos estudios se han concentrado en un puñado de enfermedades como el VIH/Sida, la lepra y los trastornos psiquiátricos. En menor medida se han ocupado de una reflexión crítica con perspectiva de género (Tovar 2004a, 2004b; Viveros 1995) y siguen pendientes los estudios etnográficos sobre los procesos reproductivos de las mujeres. Entre los últimos destaco los trabajos de Mara Viveros (1995) y Patricia Tovar (2004a; 2004b) porque problematizan el impacto de las construcciones de género en la salud de las mujeres. A partir de un recuento histórico, Viveros (1995) propone que la medicalización de las mujeres resultó en su dependencia y subordinación ante los médicos y por ende, a la pérdida de control sobre sus cuerpos. En este proceso las relaciones de género han producido actitudes, conductas y actividades que conducen a riesgos específicos y diversos grados en el acceso a los servicios de salud. Así, enfermedades como el cáncer cervicouterino son el resultado de una postergación del cuidado de la propia salud de las mujeres debido a la interiorización de expectativas de lo que las mujeres deben priorizar, por ejemplo, los mundos laboral y familiar. Por su parte, Tovar (2004a) ha reflexionado sobre la salud de las mujeres en relación con sus cuerpos y ha analizado la medicalización como una estrategia de control, poder y dominación sobre los procesos reproductivos de las mujeres (2004b). Cuestionando los estudios de antropología médica realizados en Colombia, la autora

afirma que han ignorado el papel de las mujeres como conocedoras y agentes en el proceso de sanar con experiencias distintas a las de los hombres. En esta crítica, su experiencia misma ha sido objeto de análisis en un ejercicio autoetnográfico que pone en evidencia los maltratos y señalamientos hacia las mujeres que no han cumplido su destino de ser madres y cuyos úteros han sido extirpados (2004b).

A partir de aquella experiencia personal y los anteriores antecedentes, busco aportar al campo de la antropología de la salud y a los estudios de género en Colombia, específicamente, a la comprensión de las experiencias de enfermedades femeninas, un tema escasamente explorado en la antropología médica en el país. Adicionalmente, si bien existen estudios sobre la oferta terapéutica en contextos urbanos (Garay y Pinzón 1999; Garzón 2018) y, específicamente, en Bogotá (Castro 2008; Benavides 2012), que abordan la manera cómo sistemas de curación con una larga trayectoria histórica y cultural se experimentan en la ciudad, es pertinente rastrear la manera cómo algunas prácticas de sanación dirigidas específicamente a las mujeres se ofrecen y cómo estas se relacionan o no con saberes expertos como la biomedicina o saberes tradicionales como la partería. En este sentido, mi trabajo también apunta a develar las posibilidades y elecciones terapéuticas que hacen algunas mujeres urbanas en Bogotá para hacerse cargo de su salud reproductiva.

Por tanto, en esta investigación propongo comprender las experiencias y percepciones de mujeres urbanas que han padecido enfermedades del útero, siguen tratamientos biomédicos y al mismo tiempo practican terapias alternativas para sanar. Me interesa puntualmente conocer cómo narran, experimentan y viven los padecimientos que afectan el útero y lo que hacen para sanarlo. Estas mujeres residen en Bogotá, comparten características sociodemográficas –clase social, formación y edad– de un grupo social determinado y han tenido acceso a una oferta médica y terapéutica que les ha permitido explorar caminos curativos diversos teniendo en cuenta sus posibilidades económicas, entornos sociales y disponibilidad de información. La investigación también buscó entender cómo tratamientos biomédicos y terapias alternativas conciben y producen las enfermedades. Asimismo, me interesó examinar el tipo de enfermedades que las mujeres buscan sanar, las partes del cuerpo donde se aloja el dolor, la manera en que se manifiestan los síntomas y las explicaciones que tanto mujeres, terapeutas y médicos ofrecen sobre sus causas. Tal indagación me llevó, a su vez, a reflexionar sobre las

sintonías y disonancias entre terapias alternativas que buscan la sanación del cuerpo y sus dolencias a partir del útero y los tratamientos biomédicos ginecológicos cuya finalidad es atacar directamente la enfermedad mediante intervenciones puntuales en el útero. Finalmente, el análisis de las experiencias de las mujeres supuso reflexionar acerca de las relaciones de poder que han definido y normalizado sus cuerpos acogidos a formas patriarcales y heteronormativas de vivir su cuerpo, y al mismo tiempo, la manera en que las mujeres al hacerse cargo de su salud, desestabilizan ciertas formas de entender y relacionarse con sus cuerpos.

Aspectos metodológicos

Escenario etnográfico

Esta investigación se basa principalmente en los relatos de seis mujeres producto de entrevistas semiestructuradas realizadas entre 2017 y 2020, en observación participante en algunos escenarios terapéuticos alternativos centrados en el útero, un breve ejercicio de autoetnografía con la práctica de una de las terapias sobre la que las mujeres entrevistadas me contaron y la revisión de mi historial médico. Los seis relatos hacen parte de un trabajo de campo en el que realicé un total de nueve entrevistas, ocho en profundidad con pacientes y terapeutas que residen en Bogotá, Cali y Sibundoy, y una exploratoria con una terapeuta bogotana. A las mujeres que entrevisté las conocí mediante la estrategia de “bola de nieve”, esto es, el rastreo por relaciones de amistad y contactos, así como redes sociales y escenarios terapéuticos.

No fue fácil acordar entrevistas para hablar de este tema que parece tan personal como lo es enfermar del útero; aunque contacté y hablé con varias mujeres solo algunas de ellas respondieron al llamado de la entrevista. Aún así, tuve la fortuna de entrevistar a nueve mujeres cuyos testimonios fueron vitales para identificar y reconocer muchos temas de análisis, por ejemplo, la oferta de terapias alternativas en áreas urbanas, la estructura de la oferta liderada por ciertas terapeutas, los costos y servicios, las posiciones sociales de las terapeutas, etc., temas muy importantes e interesantes que pueden y deben ser motivo de otros análisis. Sin embargo, debí acotar y volver al objetivo principal así que la selección de los relatos fue intencional y respondió al criterio de mujeres de clase media que vivieran en Bogotá, y por tanto, tuvieran acceso a la

oferta de terapias en la ciudad, además de la densidad de sus historias alrededor del cuerpo y no tanto de sus itinerarios terapéuticos. Los tres relatos que no incluyo en este trabajo son de tres terapeutas: una mujer de Bogotá, una mujer de Pasto que vive en Sibundoy y una mujer nacida en Palmira que vive en Cali. Aunque ricos en información y provechosos para ver perspectivas de terapeutas que viven y ofrecen sus terapias en otras ciudad del país, estos dos últimos relatos no cumplían los criterios que acotaron el análisis. Por su parte, el relato de la mujer terapeuta bogotana fue producto de una entrevista exploratoria que ella no me permitió grabar y que brindó información sobre los antecedentes filosóficos de las terapias que ofrecía más que sobre su experiencia personal. Puesto que no logré recoger información sociodemográfica de esta última terapeuta por una negativa a la entrevista en profundidad y el poco tiempo en su agenda, su consultorio, formación, reconocimiento público, hexis corporal y manera de expresarse, me dieron información sobre la posición social que ocupa y el capital social y cultural con el que cuenta lo cual puede ser contrastado y analizado en otra investigación (Diario de campo 6).

En el momento de la investigación, las mujeres de los relatos presentados en esta tesis oscilaban entre los 36 y 43 años, con formaciones académicas de pregrado y posgrado en ciencias humanas, publicidad e ingeniería, y residían o habían residido en Bogotá en estratos socioeconómicos medios. Ellas son Camila, Claudia, Rocío, Mariana, Patricia y Ana. Valga decir que el contenido de las entrevistas toca aspectos de la vida privada de las mujeres, por lo que preservé su confidencialidad cambiando sus nombres. Como ya he mencionado y detallaré a lo largo de la tesis, algunas de ellas son terapeutas, una de ellas era aprendiz de terapias y otras han practicado las terapias para sanar. La mayoría habían tenido experiencias corporales relacionadas con padecimientos uterinos y todas habían recurrido a prácticas terapéuticas como la bendición del útero, el huevo de obsidiana o practicado la siembra de la luna –como definen la menstruación–, entre otras. La mayoría son heterosexuales y una de ellas es bisexual; algunas tienen hijos e hijas pequeñas; han tenido parejas estables y otras se han separado o son solteras. Aunque el grupo de mujeres que entrevisté no es tan diverso y comparte características sociodemográficas cercanas, principalmente de clase social y rango de edad, pero también por la formación universitaria y la residencia en Bogotá, sus experiencias corporales son distintas y cobijan diferentes ámbitos de la vida –familiar, profesional,

sexual– así como relaciones con madres, padres, parejas, colegas, etc., tienen historias de vida diferentes y sus dolores no fueron los mismos (Anexo A y Anexo B).

A lo largo del trabajo, las historias y relatos de estas mujeres se tejen entre sí pero juegan papeles diferentes y sus aportes cobran distinta relevancia en cada capítulo. Camila y Rocío son terapeutas certificadas y dedicadas a su labor de sanación de mujeres, aunque Camila compartió su propia experiencia de padecimiento; Claudia, en cambio, ha sido paciente pero también aprendiz de terapias alternativas, entonces en ocasiones habla desde sus dos roles. Por su parte, Mariana, Patricia y Ana son pacientes y varios de sus padecimientos emergieron en la niñez y adolescencia. En algunos momentos acudiré al relato de Camila como mujer que ha padecido del útero pero también que ha cambiado su trayectoria para brindar terapias del útero. En otros momentos, y con el auxilio del relato de Rocío, explicaré la perspectiva de estas terapias. Allí donde los padecimientos corporales y experiencias de sanación son más fuertes, acudiré a los detallados relatos de Mariana, Patricia y Ana.

Paralelamente a las entrevistas, realicé observación participante en escenarios terapéuticos alternativos debido a la facilidad de estar allí por su carácter colectivo, y en ocasiones público, y a las invitaciones de algunas de las mujeres que entrevisté para ingresar a esos espacios. La observación participante me permitió entender la dinámica colectiva de las terapias de manera presencial y virtual, los rituales que realizan las mujeres, los objetos con los que interactúan, los olores, los colores y demás elementos de la puesta en escena para activar procesos terapéuticos. Inicé el trabajo de campo participando en una terapia con una mujer terapeuta a quien quería entrevistar pero no fue posible, así que observé lo que hacíamos en ese espacio. Asistí a prácticas colectivas de bendición del útero con mujeres en diferentes escenarios en Bogotá como el Jardín Botánico en marzo de 2017, estudios de yoga en Teusaquillo en mayo de 2017 y el Parque de los novios en enero de 2020. También participé en un taller virtual para aprender a usar el huevo de obsidiana en septiembre de 2020 y asistí a reuniones de seguimiento con la terapeuta que me vendió el huevo en el primer semestre de 2021. No fue posible observar escenarios de atención biomédica por las restricciones de estos espacios y porque el interés de este trabajo versó sobre las experiencias de las mujeres y sus percepciones frente a las prácticas médicas y alternativas desde sus relatos, no en la observación de la práctica de atención.

Desde una perspectiva autoetnográfica (Esteban 2004b) practiqué una de las terapias que describo en el segundo capítulo: el huevo de obsidiana. Este ejercicio tuvo como objetivo acercarme como investigadora y mujer a la experiencia de las terapias de una manera mucho más participativa haciendo de mi cuerpo una herramienta de conocimiento. De otra parte, en algunos apartados del texto incluí mi relato como mujer que ha padecido del útero y experimentado terapias alternativas. Este relato se basa en la revisión y selección de información de exámenes médicos y diarios personales como un ejercicio de memoria para recordar mis propios padecimientos y ponerlos en diálogo con las experiencias de las mujeres entrevistadas.

En cuanto al procesamiento y análisis, registré la información en notas, diario de campo, grabaciones de voz y fotografías en el caso de las observaciones participantes. La información sociodemográfica fue recolectada mediante una ficha que las mujeres diligenciaron antes de las entrevistas y que preguntó por información de contacto, datos generales, residencia y grupo residencial, educación, trabajo y actividad actual. Transcribí las entrevistas en un programa de texto, hice una codificación libre e identifiqué temas recurrentes en los relatos. Para ello me apoyé en una matriz de análisis que me permitió organizar los relatos, así como priorizar las categorías que definen el hilo conductor de este trabajo tales como dolor, sanación, útero.

Respecto a los alcances y límites metodológicos vale la pena señalar que el propósito de este trabajo no es generalizar sobre los cuerpos y vidas de las mujeres a partir de seis relatos. Me interesé en la densidad de los relatos seleccionados para dar cuenta del detalle de una experiencia tan íntima, social y carnal al mismo tiempo como el padecer, y de la sutileza y profundidad de una experiencia como es sanar. De hecho, como mencioné, entrevisté a más mujeres, pero los relatos que seleccioné evidencian trayectorias corporales tan complejas y ricas en información que acaso por los límites de estas páginas alcanzan a informarnos sobre la transformación del cuerpo.

Asimismo, estos seis relatos documentan las experiencias de un grupo particular de mujeres que comparten un espacio social común que es la clase social y la dimensión generacional, lo cual también da luces sobre cómo sufren, entienden y sienten determinados padecimientos. Como lo muestran los capítulos, estas convergencias están

relacionadas con el dolor, los síntomas, los diagnósticos, las terapéuticas y las dimensiones de vida tales como la familia, la maternidad, las relaciones erótico-afectivas o los proyectos profesionales. Si bien las experiencias de las mujeres son diferentes en varios ámbitos de sus vidas, los datos dan cuenta de tres momentos importantes: cuando aparece el dolor en sus cuerpos y vidas, las terapéuticas que integran en su vida y los procesos de sanación.

Perspectiva sobre los relatos

Seguí los relatos de las mujeres con ayuda del enfoque biográfico que propone Francis Godard (1996). De acuerdo con este autor hay acontecimientos que pueden cambiar los destinos de los individuos y gracias a los cuales se pueden comprender mejor las cosas. Un *acontecimiento* es un punto en el tiempo o un evento que se desarrolla en el tiempo pero que siempre introduce una ruptura en la existencia, modificando o cambiando algo en la vida. “Se llega a un nudo cuando se abren caminos y cambia el destino” (Godard 1996, 19). La pregunta que surgió desde esta propuesta analítica fue: ¿cuáles son los acontecimientos en los que se juega el destino de las mujeres en relación con la salud y sus cuerpos?

Ahora bien, Godard (1996) señala que cuando se estudia un fenómeno en el tiempo hay que saber si se quiere tomar el proceso en su origen o en su término; en el primer caso habría que observar el proceso en un panel real que haga seguimiento a las vidas de las personas por un largo tiempo; en el segundo caso se construye la vida *a posteriori* porque lo que se quiere indagar ya sucedió y entonces el análisis es retrospectivo. Por el carácter del trabajo de campo me decanté por esta última opción trazando las trayectorias a partir de los relatos de las mujeres que vuelven hacia un pasado en el cual una serie de acontecimientos dieron forma a sus padecimientos.

Sus relatos posiblemente no reflejan un orden fidedigno de los acontecimientos o sus recuerdos pueden distar de hechos como los diagnósticos o los síntomas, pero son producidos desde experiencias encarnadas que depende mucho de cómo las mujeres se sitúan frente a sus procesos de enfermedad y salud. En relación con este último punto, es necesario aclarar que este trabajo no pretende discutir o verificar el uso adecuado de términos fisiológicos, biomédicos o científicos que las mujeres usaron en sus relatos, precisamente, porque la manera en que los dijeron y usaron dan sentido a su experiencia

afectiva durante los procesos de padecimiento y sanación. La manera de referirse a los tratamientos o medicamentos biomédicos que siguieron o rechazaron se basa en su conocimiento como pacientes y no en un saber experto.

Optar por esta perspectiva supuso una dificultad y reto al mismo tiempo. El detalle, densidad, profundidad y sutileza de los relatos que señalé en el apartado anterior, son cualidades que me dejaron entrever las experiencias de las mujeres ya que me interesé en seguir sus trayectorias corporales para comprender la dimensión material de la enfermedad y la salud. No es lo mismo decir que algo duele a explicar cómo se siente, cómo los sentidos se conjugan para ubicar ese dolor. No fue sencillo acercarse a la materialidad del cuerpo a través de los relatos desde un análisis retrospectivo como el que propone Godard (1996). En efecto, hay una brecha entre la experiencia carnal y el recuerdo de lo que pasó que es difícil saldar, no es lo mismo lo que pasa en el cuerpo y lo que las mujeres dijeron que pasa en su cuerpo, pero fue el camino elegido y uno que posibilitó recoger en un escenario de diálogo otras dimensiones de la vida de las mujeres que probablemente no hubieran sido recordadas con otras estrategias metodológicas. Justamente ello permitió entender cómo acontecimientos y cuerpo se entretajan. En cualquier caso, nunca tuve un acceso directo a sus experiencias más íntimas y carnales, pero espero haber sacado provecho metodológico y analítico de la estrategia de los relatos. Sin duda hay otras estrategias para saldar esa brecha y una que fue iluminadora es la autoetnografía.

Autoetnografía

Durante el trabajo de campo experimenté algunas de las prácticas terapéuticas de manera individual y con el uso del huevo de obsidiana amplí el trabajo etnográfico. Mary Luz Esteban (2006) propone un enfoque antropológico y feminista para el estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención en el que se incorpora la experiencia corporal reflexiva como fuente de conocimiento y obliga a la antropóloga a implicarse y pronunciarse frente a lo narrado (Esteban 2004b). Siguiendo esta propuesta, además del diario de campo, llevé un diario personal de mis sensaciones y percepciones con la técnica del huevo de obsidiana, así como los cambios que observé en mi ciclo menstrual y en mi propio cuerpo a partir de usarlo. Este ejercicio autoetnográfico me ayudó a comprender las experiencias corporales compartidas, y a situarme como una mujer que ha vivido una serie de padecimientos relacionados con mi útero y que partió de esta

experiencia para entenderla en diálogo con otras mujeres. Para ello me apoyé en mi historia clínica, mis recuerdos, diarios personales y la autoetnografía que hice en 2020 con el uso del huevo de obsidiana. Usaré varios términos técnicos biomédicos porque tengo acceso a mi historia clínica, ventaja que no tuve en las entrevistas con las mujeres por su carácter tan personal. Ante la dificultad de elaborar mi relato sobre las enfermedades del útero que padecí consideré este material bastante informativo para contar mi historia.

Conocimiento situado

El conocimiento situado al que invita Donna Haraway (1995) alude a conocimientos parciales, encarnados, localizables y críticos y es pertinente para recordar que esta investigación surgió y se desarrolló desde un lugar particular en el que me sitúo como mujer que ha padecido enfermedades del útero y como antropóloga en formación que, como varias de las mujeres entrevistadas, también es urbana, profesional, de clase media y treintañera. El conocimiento situado parte de la experiencia no como algo preformado sino como un producto y encarnación de una serie de relaciones y articulaciones que alcanza todo su potencial cuando es compartido. Esta propuesta es una crítica a la ciencia positivista cuyo paradigma busca la objetividad y se guía por modelos de conocimiento dominante que invisibilizan otras lógicas de la realidad. Propone cambiar esta objetividad patriarcal por conocimientos situados que visibilicen desde dónde hablamos, para quién hablamos y cómo elaboramos lo que hablamos. Para Haraway, los conocimientos situados son conocimientos *marcados*, es decir, “nuevas orientaciones de los grandes mapas que globalizan el cuerpo heterogéneo del mundo en la historia del capitalismo y del colonialismo masculinos” (1995, 188), por lo que esta investigación pretende reconocer esa marca en los cuerpos de las mujeres que padecen enfermedades y buscan las opciones para sanarlas.

En todo caso, la elección de un tema de investigación supone la posición de la investigadora y su inserción es una decisión política, es en últimas, un conocimiento interesado. Esta investigación se interesó entonces por informar lo que mujeres con coordenadas sociodemográficas compartidas vivimos, en algo que parece tan personal como enfermar, mandatos sociales que definen lo que es y puede un cuerpo.

Me sitúe entonces como una mujer que ha padecido del útero y practicado las terapias, lo cual permitió una relación más cercana con las mujeres a partir de intercambiar experiencias similares. Después de todo, “La única manera de encontrar una visión más amplia es estar en algún sitio en particular” (Haraway 1995, 339). Muchas veces durante las entrevistas conversé sobre emociones y sensaciones compartidas de diversas violencias de género. En otras me afecté con relatos que narraban violencia sexual o historias de terror. En varias observaciones participantes me sentí profundamente incómoda por no querer usar faldas para la meditación o tener que cantar con otras mujeres en los escenarios colectivos de sanación. No fue fácil tramitar mis propias incomodidades y malestares, pero sirvieron para hacerme preguntas íntimas sobre la relación con mi cuerpo, ideas sobre la feminidad y formas diferentes y hegemónicas de ser mujer.

Ser afectada

El potencial del trabajo etnográfico es desconfigurar lo que nos creemos como persona y dejarnos afectar por el propio campo. En términos de Jeanne Favret-Saada (2013), a veces es investigar sin tratar de investigar, entender o recordar con la latente posibilidad de que proyecto de conocimiento se desvanezca. Como indiqué al inicio de este trabajo, el interés por el tema de investigación nació de mi experiencia personal como mujer que ha padecido varias enfermedades del útero. Practiqué la terapia de bendición del útero antes de iniciar esta investigación; mi experiencia en ella y afán de saber si la sanación era posible me condujo a indagar si otras mujeres enfermaban por la mismas razones que lo hice yo. Jeanne Favret-Saada (2013) habla de “ser afectada” como dispositivo metodológico que escapa a las lógicas racionales y objetivistas de la forma usual de hacer etnografía: observando, tomando nota, con distancia de los sujetos de estudio, con una actitud objetivista.

El interés de Favret-Saada (2013) por entender la brujería en un pueblo de Francia la condujo a reflexionar críticamente sobre el trabajo de campo y el poder del afecto como base para el desarrollo de una antropología de las terapias y para repensar la antropología en general. Para la autora, dejarse afectar no es observación participante ni tampoco empatía. Es, en cambio, una posición que permite que la investigadora experimente todas las intensidades o afectos que el campo permite; en palabras de la autora: “ocupar tal lugar me afecta, es decir, moviliza o modifica mi propio bagaje de

imágenes sin instruirme sobre aquello que le ocurre a mis compañeros” (2013, 64). Se trata de permitir que aquello que la antropóloga interroga le responda de maneras inesperadas y permee sus fibras sensoriales.

En las bendiciones del útero a las que acompañé a Camila, la primera terapeuta que entrevisté, asumí mi rol de etnógrafa observadora, pero no me permití afectarme como sugiere la propuesta de Favret-Saada (2013). De acuerdo con la autora, uno de los rasgos distintivos de “ser afectada” es reconocer que la comunicación etnográfica ordinaria que apunta a aprehender las representaciones nativas es inadecuada para informar sobre los aspectos no verbales e involuntarios de la experiencia. Mi interés inicial fue recoger datos y organizarlos de tal manera que me sirvieran para el análisis. Pero creo que no hay modo de entender por completo lo que pasa en el cuerpo de las mujeres que asisten a estas terapias si no se experimentan estas prácticas. Claro, es posible describirlo, analizarlo y ponerlo en diálogo con autores y autoras que ya han hablado sobre prácticas terapéuticas y procesos de salud y enfermedad, pero hacen falta trabajos que pongan sobre la mesa la experiencia de enfermar y sanar de la propia etnógrafa.

En consecuencia, si la etnógrafa decide dejarse afectar lo hace de una manera determinada. En mi caso, me dejé afectar por el campo, por lo que relataban las mujeres con quienes trabajé, experimentar algunas de las terapias de las que me hablaron y al tiempo, observar mi cuerpo y sus cambios mientras practicaba estas terapias. Por eso decidí practicar algunas terapias sin distancia y comencé a notar cambios en mi cuerpo, comencé a ser afectada. En realidad, ya estaba siendo afectada desde el inicio del proyecto de investigación. Mi experiencia y mi historia no es igual a la de estas mujeres pero al igual que ellas, en mi trayectoria corporal sin duda el útero fue protagonista, mi cuerpo cambió y me relató una historia de vida que yo no había comprendido del todo antes de las enfermedades que padecí y las terapias que transité. Esta investigación empezó como una forma de sanar, una forma de entender a mi cuerpo, pero en el camino descubrí que no quería solamente recoger datos porque no era algo acorde con la forma como el mismo campo, las mujeres y sus historias, me afectaron. Aunque me llevó tiempo entenderlo el movimiento de este trabajo no se guía por la autoridad epistémica sino por la honestidad con mi propio útero, es decir, reconociendo en la historias que me compartieron las mujeres mi propia historia.

Dimensión conceptual

En la revisión de antecedentes y durante el trabajo de campo resonaron algunos conceptos y categorías que me ayudaron a orientar los temas de las entrevistas pero también a escuchar lo que me contaron las mujeres. Sin el ánimo de generalizar, presento algunos referentes conceptuales que orientaron el análisis y me permitieron, teorizar con los relatos de las entrevistas. Como detallaré a continuación, esta investigación se guía entonces por el concepto de cuerpo desde los afectos y como proceso; las nociones de enfermedad y salud como producto de prácticas específicas; y el género como perspectiva analítica para examinar las relaciones de poder y la manera cómo se concibe lo femenino y las mujeres en este escenario etnográfico.

Cuerpos y sus trayectorias

Reflexionar sobre las experiencias corporales de las mujeres condujo a la pregunta por lo que es un cuerpo y cómo es afectado por las enfermedades, los tratamientos y las terapias. Para la teoría social, los cuerpos han sido analizados como un instrumento para interactuar con el mundo exterior (Mauss 1979 [1934]), como un elemento del ejercicio del poder (Foucault 1984), un lugar de inscripción de lo social (Das 2008; Pedraza 2007b), el lugar vivencial en el que se despliega la subjetividad (Pedraza 2006) y el escenario en el que se entroncan las experiencias corporales con el contexto social (Esteban 2004a). Claro, los cuerpos pueden ser todo eso pero es necesario preguntarnos por las posibilidades que ofrecen más que como depositarios de lo social o realidades orgánicas naturales y predeterminadas (Martínez Medina 2021).

Al respecto, aludo a una perspectiva antropológica, psicoanalítica y psicológica, que vincula al cuerpo con las enfermedades, la curación y otros procesos sensoriales desde la psicomatización. Lo “psicosomático” alude a la influencia de la mente sobre el cuerpo reproduciendo la propuesta cartesiana dualista que abandera la racionalidad moderna (Lemos, Restrepo y Richard 2008). Es decir, lo que pasa en la mente tiene ecos en el cuerpo y, en este sentido, el cuerpo está dominado por la mente. Lo “somático” en antropología ha sido revisado como parte importante del análisis sobre el sujeto moderno que aprende a sentir las emociones para conocerse y, en el proceso, reaccionar a ejercicios del poder han gobernado el cuerpo a través de prácticas disciplinarias y

reguladores de los regímenes anátomo-políticos y biopolíticos (Pedraza 2007a). La psicomatización es el proceso que orienta a proyectos corporales modernos que buscan acercarse al cuerpo a partir de las emociones y entender que éstas son la expresión de factores sociales que se instalan en el cuerpo (Del Monaco 2014; Epele 2010). Aunque valiosa y potente, esta manera de comprender lo que pasa en el cuerpo no orienta el análisis en esta investigación por varias razones. Como señalaré y sustentaré a continuación, en este trabajo, el cuerpo es un proceso que se articula con el mundo porque es sensible a todo, no es algo fijo sino es movimiento, no es un cuerpo-objeto en el que recae lo externo o un espacio en que se configura la subjetividad. Es un proceso en el que no siempre es claro su destino como proyecto corporal que asumieron las mujeres entrevistadas y en que escaparon a veces pero no siempre de experiencias corporales tradicionales de ser mujer. Por este motivo, la psicomatización no es suficiente para analizar lo que pasa en el cuerpo de estas mujeres y cómo el cuerpo cambia. Propongo evitar el punto de vista dualista en el que cuerpo y mente están separadas y como si las emociones pasaran primero por un proceso psíquico para recaer finalmente en alguna parte del cuerpo, en este caso, en el útero.

Desde este punto de vista, la teoría de los afectos brindó luces para la concepción del cuerpo que propone este trabajo. La condición de realidad del cuerpo está relacionada con la capacidad de *afectar a*, y ser *afectado por* otras entidades, fuerzas o intensidades con diferentes gradaciones (Deleuze 2005). La noción de *afecto* se desprende de la filosofía de Baruch Spinoza quien lo definió hace mucho tiempo como “la potencia de obrar de ese mismo cuerpo” (2019 [1677], 209-210). Los afectos son potencias de los cuerpos capaces de hacerse y transformarse a sí mismos, son su capacidad para interactuar con el mundo y expandir sus potencialidades para producirse como cuerpos (Federici 2013). En su lectura de Gilles Deleuze, Bruno Latour (2004, 206) se refiere a las muchas formas en las que el cuerpo se relaciona con el mundo, y por tanto, un cuerpo no es una residencia de algo superior como el alma o el pensamiento, sino lo que deja una *trayectoria dinámica* mediante la cual aprendemos a afectarnos y a ser sensibles al mundo. De esta manera, la noción de cuerpo no es estática ni limitada a lo orgánico, tampoco asume como un contenedor de lo social, sino que dinamiza la relación del cuerpo con el mundo y resalta sus capacidades para transformarse a sí mismo mientras se deja afectar. Definir el cuerpo por los afectos implica rastrearlos por sus potencias y sus afecciones, es decir, por las relaciones que lo configuran y de las que es o no capaz.

Conceptualizar el cuerpo de esta manera implica entenderlo en una relación compleja con lo orgánico que es bastante importante en esta tesis porque útero puede ser distinto al órgano que la biomedicina llama útero, y al mismo tiempo, estar conectado. Puede incluso ser más cosas que el propio cuerpo. Vale la pena señalar que no sabía cómo referirme a esa parte del cuerpo como un tropo del dolor y de la enfermedad que solo sucede a los cuerpos femeninos. Fue difícil evitar el lenguaje biomédico así que en el inicio de la investigación me referí al “sistema reproductivo” pero interrogué esta categoría más adelante cuando escuché a las mujeres. Útero es un nombre asignado a un lugar del cuerpo que supera el mismo útero, en un sentido biomédico y anatómico, y que incluye vientre, vagina, cuello uterino, ovarios, trompas de falopio y que se conecta incluso con los senos. Esto es clave porque como desarrollará este trabajo, los cuerpos de estas mujeres devienen cuerpos que son útero. Tal como me contaba Rocío, una terapeuta:

Si tú miras a una mujer que viene con algo en el útero, que tiene algo en el ovario izquierdo necesariamente le revisamos el seno izquierdo, porque va conectado directamente. Hay formas en que diagnosticamos. Podemos diagnosticar en los pies o en la cara, podemos mirar en esta parte cómo también está nuestro útero. Todo está conectado. Entonces el aparato reproductor todo lo que representa los senos y los ovarios es como si estuviera conectado. (Entrevista 3)

Cuerpos con útero son una unidad de varios elementos y también son movimiento. Devenir es un proceso de cambio en el que movimientos transforman aquello que debía ser de algún modo. Pensándolo así, es posible decir que el cuerpo no es una cosa sino un proceso. Y esto es parte de lo que me interesa indagar en esta investigación, es decir, cómo devienen los cuerpos con útero. Aún más, me interesa mostrar cómo emerge el útero en las mujeres mientras transitan por diversas prácticas de sanación, por lo que articularé esta aproximación con las descripciones del útero de las mujeres con quienes trabajé.

Para este propósito resalto dos categorías pertinentes. Por un lado, Mari Luz Esteban (2004a) propone los *itinerarios corporales* como un concepto y un acercamiento metodológico a las experiencias corporales de las personas. Este concepto abarca el cuerpo como un escenario en el que se entroncan las experiencias individuales con el contexto social, siendo así fructífero para comprender la manera en que las acciones sociales de los sujetos son prácticas corporales que vinculan los procesos vitales

individuales con estructuras sociales concretas (Esteban 2008). Permite a su vez acercarse de otra manera a la experiencia corporal y social de las personas entrevistadas considerándolas como agentes de su vida y no como víctimas de un sistema de género o cultura corporal hegemónica, aún teniendo en cuenta el padecer diario al que son sometidas las personas por hacer parte de una sociedad que genera desigualdades – como el género– que se inscriben en el cuerpo (2004a).

Por otro lado, en las historias de vida hay diferentes ámbitos cuyos recorridos podemos seguir –laboral, familiar, académica– para comprender los destinos de las personas. Desde el enfoque biográfico de Francis Godard (1996) sobre los relatos, una *trayectoria* se refiere a los “esquemas de movilidad en que se metió un individuo, sabiendo de donde partió” (37) y en este caso “pensamos en los diferentes momentos a través de los cuales se construye una trayectoria” (37). Uniendo estos acontecimientos podemos entender las trayectorias de los distintos ámbitos de vida como el familiar, laboral, educativo y podríamos decir que también el corporal en términos de salud.

Ambas categorías, itinerario y trayectoria, aportan elementos complementarios para analizar lo que interesa a este trabajo, esto es, los cambios en el cuerpo a partir de la enfermedad y la sanación. Sin embargo, itinerario como noción demarca una ruta para llegar a un lugar, en cambio, trayectoria abarca cambios impredecibles de un cuerpo en movimiento. Por este motivo, en este trabajo me decanto por la noción de *trayectoria* para seguir en los relatos de las mujeres los cambios que experimentaron en su cuerpo a partir de la enfermedad desconociendo su destino en el proceso de sanación. Concretamente, la trayectoria que me interesa seguir es la de los cuerpos de las mujeres cuando sintieron los primeros síntomas de sus enfermedades, rastreando los momentos más representativos que dan forma a esa trayectoria como dolores, síntomas, diagnósticos médicos, tratamientos y terapéuticas.

Así que inspirada en el concepto de itinerario corporal de Esteban (2004a) para comprender la agencia de las personas sobre su cuerpo, la noción de trayectoria de Godard (1996) como un esquema de movilidad en el que se metió una persona sabiendo de donde partió –enfermedad–, pero también en la propuesta de Latour (2004) para comprender los cuerpos como lo que deja una trayectoria dinámica en tanto nos dejamos afectar, llamo *trayectorias corporales de enfermedad y sanación* a los relatos de las

mujeres a partir de sus experiencias corporales moldeadas por enfermedades del útero, acontecimientos de vida y los tratamientos que decidieron seguir. Son las historias del cuerpo contadas a partir de la enfermedad y tal vez de la sanación.

He creado esta categoría para resaltar y analizar cinco elementos importantes de los relatos de las mujeres entrevistadas. En primer lugar, que estos relatos de vida se organizan a partir de las experiencias de dolor, enfermedad, tratamiento y, en algunos casos, de sanación por lo que priorizan el ámbito de la salud reproductiva de las mujeres. Por eso, y recogiendo la propuesta de Godard (1996) las trayectorias corporales de enfermedad y sanación que sigo aquí permiten comprender el proceso de sanar tomando como punto de partida los primeros dolores y síntomas relacionados con el útero que experimentaron. En segundo lugar, esta trayectoria es corporal porque la experiencia de enfermar y sanar en este escenario etnográfico es carnal, y sangrienta en algunos casos, por lo que no basta con enunciar las enfermedades y los respectivos tratamientos, sino que es necesario comprender lo que las mujeres experimentan y sienten en sus cuerpos mientras atraviesan estos estados vitales como invita a analizarlo Esteban (2004a). En tercer lugar, estas experiencias también son dinámicas, recordando la noción de Latour (2004) porque, en la medida en que las mujeres se dejan afectar y son sensibles a las experiencias de enfermedad y sanación, establecen relaciones con personas y objetos que les permiten dar sentido a su devenir mujeres con útero, un devenir siempre cambiante. En cuarto lugar, con las trayectorias corporales de enfermedad y sanación no intento agotar las múltiples y variadas dimensiones de la vida de las mujeres, pero me permiten explorar el sentido que para las mujeres tiene haber atravesado este tipo de experiencias corporales y organizar de algún modo ese sentido en este ejercicio etnográfico. En relación con este punto, evoco a Haraway (1995) cuando resalta la importancia de producir conocimiento situado y señala que “No estamos presentes de inmediato para nosotras mismas. El conocimiento de una misma requiere una tecnología semiótica que enlace los significados con los cuerpos” (Haraway 1995, 330). En este trabajo, esa tecnología es la categoría propuesta de trayectorias corporales porque en el proceso de enfermar y sanar, no todas las mujeres lo hacen de la misma forma y sus trayectorias no obedecen a un destino biológico. Las trayectorias corporales permiten tejer una historia que enlaza sus padecimientos con sus cuerpos e historias de vida. Y en quinto lugar, la trayectoria corporal da cuenta de la manera en que se hilan las historias de vida de las mujeres con sus experiencias individuales, pero también con un contexto

social marcado por relaciones de género que las ubican en determinada posición en el sistema biomédico y en la concepción de las terapias alternativas.

Enfermedad y sanación

El enfoque interpretativo de la antropología médica define la enfermedad (*disease*) como la disfunción de los órganos o sistemas del cuerpo biológico (Kleinman 1988), y la diferencia del padecimiento (*illness*) como la experiencia, percepción e interpretación de los pacientes o personas sufrientes sobre el proceso de enfermar, abarcando los sentidos y términos alrededor de los síntomas y el dolor (Kleinman y Benson 2004, 21). Desde este enfoque, enfermedad y percepción también se diferencian del malestar (*sickness*), una categoría que informa sobre la dimensión social de la enfermedad en relación con las fuerzas macrosociales –económicas, políticas e institucionales– (Kleinman 1988; Moreno-Altamirano 2007). Si bien estos conceptos intentan dar cuenta de dimensiones “diferentes” de la enfermedad, lo que ha sido muy útil para estudios en antropología médica que privilegian la subjetividad de los pacientes, impiden observar los flujos entre esas dimensiones. Esta división es problemática puesto que mantiene la idea según la cual el cuerpo es algo natural, trascendente y antecede a la experiencia misma que las personas tienen de su propio cuerpo con todo lo que ello involucra: significados, sentidos, metáforas, percepciones, concepciones, etc. (Martínez Medina 2021m 2016). Con una mirada así solo le queda a la analista social interpretar los significados alrededor del cuerpo omitiendo su materialidad y asumiéndola como preexistente (Mol 2021 [2003]).

Por lo anterior pretendo evitar tal división analítica por lo que recojo la propuesta de Annemarie Mol (2021 [2003]) quien investiga etnográficamente cómo se hacen las enfermedades, específicamente, la aterosclerosis, en prácticas médicas diversas y variadas que articulan materialidades, eventos, objetos, personas. Desde una postura ontológica, apuesta por mostrar cómo las prácticas médicas hacen el cuerpo y sus enfermedades, y cuestiona la manera en que los estudios sociales se han centrado en la perspectiva de los sujetos y los significados que le asignan a las enfermedades, dejando de lado la materia misma de la enfermedad. Al mismo tiempo me inspiro en el trabajo de Santiago Martínez Medina (2021) para comprender el cuerpo en anatomización como el producto de prácticas específicas, en este caso, el cuerpo que se hace en el anfiteatro con el concurso de estudiantes y docentes de medicina, además de objetos como las

pinzas, los libros, las imágenes. De esta manera, el autor cuestiona la idea de un cuerpo inmanente y preexistente que se convierte en objeto de análisis de la medicina y, en cambio, evidencia su carácter situado en las prácticas de enseñanza y aprendizaje médico.

Tanto el análisis de Mol como el de Martínez Medina son pertinentes para este trabajo por varias razones. En primer lugar porque en vez de señalar la realidad corporal como algo preexistente y centrarse en los cuerpos femeninos como algo dado, intenta mostrar cómo enfermar del útero resulta de una serie de prácticas (diagnósticos, tratamientos, terapias, etc.) que configuran esa experiencia. En segundo lugar, sus análisis son necesarios para el argumento de este trabajo porque al referirse a una enfermedad los autores insisten en que las perspectivas alrededor de esa enfermedad no son suficientes para comprender las experiencias de enfermedad sino que se requiere dar un paso adelante y tomar en serio la materialidad del objeto de análisis, esto es, la manera como se hace la enfermedad en la práctica, en este caso, en las prácticas ginecológicas que se encargan del útero y de las terapias alternativas que centran en sanar el útero. Y en tercer lugar, la apuesta de la autora y autor señalados nutren uno de los argumentos de esta tesis sobre el devenir cuerpo con útero porque lo que pretendo observar es la manera cómo en las trayectorias corporales de enfermedad y sanación de las mujeres emerge útero como un elemento importante de sus experiencias corporales. En últimas, estas propuestas analíticas son inspiración y también invitación para atender y entender desde la antropología médica la enfermedad y la salud de las mujeres como el producto de prácticas y relaciones puntuales que se concretan en experiencias corporales y que, insisto, están atravesadas por relaciones de género.

Ahora, aclaro que si bien no observo directamente las prácticas cotidianas de las mujeres para tratar sus enfermedades por el alcance de mi trabajo etnográfico, aprovecho los relatos para conocer cómo experimentaron las prácticas biomédicas y alternativas. Al respecto, sigo a Mol (2021 [2003]) cuando señala que “lo que la gente dice en una entrevista no solo revela su perspectiva; también cuenta sobre los eventos que ha vivido” (17), así, en la escucha de estos eventos “se forma una enfermedad que es tanto material como activa” (21). Y son los eventos que las mujeres reportan en sus relatos de enfermedad los que me interesa resaltar en este trabajo. En este trabajo y por el carácter del material de campo basado en relatos y observación siguen siendo importantes los

significados y perspectivas en torno a la enfermedad pero también las prácticas que hacen enfermedad. A partir de sus relatos entiendo a las enfermedades del útero como un entramado simultáneo de prácticas, sentidos y relaciones con el mundo. Soy repetitiva en este asunto pero es muy importante para mi resaltar que si bien recojo las propuestas de Mol (2021 [2003]) y Martínez Medina (2021) para superar la interpretación de la dolencia y el perspectivismo en la comprensión de enfermedades y cuerpos incluyendo sus aspectos físicos, esto es, su materialidad, también abogo por tejer esa materialidad nuevamente con los sentidos que emergen de las prácticas, sobretodo, en experiencias de sanación en las que lo que se siente y percibe importa para sanar.

En íntima relación con la enfermedad, la sanación es una experiencia corporal que, en el caso de las mujeres entrevistadas, está anclada en terapéuticas concretas. En sistemas terapéuticos que atienden aspectos como la salud y la enfermedad, algunas prácticas operan como formas de entender y diagnosticar un problema de salud, revelando sus causas y ofreciendo la manera de tratarlos (Castro 2010). Estas prácticas, Castro las define como tecnologías terapéuticas pues implican “el proceso de diseño de una serie de dispositivos encaminados, en este caso, a diagnosticar la enfermedad y a intervenirla de modo directo o indirecto” (2010, 70). Con base en la definición de tecnologías terapéuticas que propone Castro (2010), me refiero a los tratamientos biomédicos y a las terapias alternativas que practican las mujeres entrevistadas como *tecnologías de sanación*. Son tecnologías porque ofrecen diagnósticos que explican el origen de las enfermedades del útero y proponen formas de intervenirlas para sanar. Estas formas de intervención envuelven una serie de prácticas que combinan el uso de objetos –libros, velas, ropa, fragancias, bebidas, copas menstruales–; la modificación de hábitos –comida, descanso, sexo–; y la realización de ciertas actividades rutinarias –escritura de diarios, seguimiento de ciclo menstrual, siembra de sangre menstrual–. El concierto de todos estos elementos posibilita una sensibilidad distinta de las mujeres frente a su cuerpo mientras sanan. Por ello, en este trabajo es importante aclarar que la sanación no corresponde con una categoría previa sino que, así como la enfermedad, es resultado de prácticas específicas. Es decir, lo que me interesa por el momento es referirme a prácticas de sanación para que más adelante pueda referirme a lo que es sanar para las mujeres.

Género, relaciones de poder y biomedicina

Como mostraré en lo que sigue, la relación de las mujeres con su cuerpo está modelada por coordenadas de poder que se desenvuelven en escenarios médicos y terapéuticos, además de representaciones e ideas hegemónicas y muy problemáticas sobre la feminidad y los roles asignados socialmente a las mujeres como la maternidad. Por eso, recurro a una perspectiva de género que interroga y examina los presupuestos en el ámbito de la salud atravesados por la idea de lo que es una mujer.

El género ha tenido un desarrollo académico y uso político que inició gracias a las feministas norteamericanas en los años sesenta. Joan Scott lo ha definido como una categoría relacional, un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y como una forma primaria de relaciones significantes de poder (1996). Como categoría relacional, el género cuestiona las ideas fijas que definen lo que es ser mujer u hombre, en cambio contextualiza histórica y etnográficamente estas nociones. La potencia de esta categoría radica en la posibilidad que ofrece para investigar y analizar cómo se producen social y culturalmente las diferencias entre los sexos; visibilizar la manera en que se ordenan jerárquicamente las prácticas sociales; y examinar la relación de este ordenamiento con otros sistemas de dominación, jerarquía y desigualdad como la clase, la etnicidad, la raza y la orientación sexual (Viveros y Zambrano 2011). Así, más allá de entender el género como intrínsecamente vinculado a las mujeres y analizar su situación histórica de desigualdad a partir de una definición estándar de lo que es ser mujer, la propuesta de Scott invita a formular preguntas sobre cómo históricamente se definen, regulan o subvierten las relaciones de género, cómo se significa lo femenino, lo masculino, las mujeres, los hombres y quienes rehúsan encasillarse en categorías binarias (Zambrano y Durán 2020).

Ahora, las relaciones de género están marcadas por relaciones de poder que, entre muchas cosas, definen lo que es o no un cuerpo. Estas relaciones de poder, entendiendo el poder como “las fuerzas que los contextos y las estructuras tienen para controlar, organizar y enfocar los resultados de aquel accionar individual o colectivo” (Abadía et al. 2013, 16). Michel Foucault (1984) examinó críticamente los ejercicios de poder que han normalizado históricamente los cuerpos de los sujetos y que se expresan en instituciones sociales. La medicina occidental es una de las instituciones que ha ejercido control sobre la población a través del gobierno y la producción de conocimiento sobre el cuerpo. Esto

es posible gracias a que las enfermedades se vuelven objeto de poder del conocimiento experto (Abadía et al. 2013). A este ejercicio se le denomina *biomedicina*, esto es, el conjunto de conocimientos biológicos sobre el cuerpo humano que se llevan a la práctica por medio de la medicina. En una de las más recientes etapas del desarrollo de la antropología médica en los años 70, cuando las investigaciones etnográficas se centraron en el estudio de la coexistencia en un mismo contexto político-cultural de diversas tradiciones terapéuticas –lo que se conoce como pluralismo médico–, el análisis sustituyó la denominación de medicina moderna por biomedicina precisamente para señalar la relatividad histórica de la medicina occidental (Stolcke 2010).

Desde la perspectiva foucaultiana del poder sobre los cuerpos o biopoder, la biomedicina entonces es un saber-poder que se atribuye el conocimiento sobre el cuerpo humano y sus enfermedades, estableciendo patrones que normalizan su funcionamiento. Basada en el conocimiento científico occidental, el conjunto de discursos y prácticas de la biomedicina se orientó por un pensamiento universal, clasificador y racionalista. De esta manera el cuerpo fue dividido para vigilarlo y controlarlo por medio de una serie de clasificaciones entre lo normal y lo patológico, lo sano y lo enfermo (Foucault 1984). Dicha clasificación estableció un patrón universal de cuerpos en lo que Foucault denominó “prácticas divisorias”, es decir, la división del sujeto tanto en su interior como en relación con los otros (s.f., 3). Un proceso que objetiva a los sujetos y que los ubica en categorías como loco-cuerdo o enfermo-sano. En este sentido, el cuerpo fue dividido, nombrado y representado en partes diferentes y este proceso estuvo aparejado de la definición y clasificación del sexo. La biomedicina como institucionalidad médica redujo así la complejidad histórico social de la condición humana a expresiones biológicas (Abadía et al. 2013).

La crítica histórica de Foucault en la antropología médica sobre la producción del conocimiento fue considerablemente importante para mostrar el cuerpo no como una materialidad que está fuera de la historia sino como el lugar en el que se despliegan mecanismos de control social del poder. El giro feminista por los derechos de las mujeres en las políticas de salud sexual y reproductiva desde los años 70 fue atendida por la antropología para dar cuenta justamente que el sexo y la sexualidad están determinados social y culturalmente y esto varía el según las sociedad. Al respecto, Gayle Rubin ha señalado la existencia de varios sistemas de sexo/género, esto es, “un conjunto de

arreglos que mediante la intervención social configuran la sexualidad y procreación humanas de modo convencional, no importa cuán extrañas sean estas convenciones” (1996, 6). En este sentido, enfrentar las tensiones entre biología y cultura supuso analizar las nociones de naturaleza, sexo, cuerpo como productos de contextos históricos, sociales y culturales concretos.

Llevando este análisis al ámbito de la salud, es posible señalar que las experiencias de salud y enfermedad no solo tienen una dimensión biológica, sino que se configuran en contextos específicos a partir de las relaciones de poder. La antropología de la biomedicina ha cuestionado la universalidad de los presupuestos médicos y propuesto pensar lo biológico como un entrecruzamiento de las dimensiones económicas, políticas, sociales y culturales (Lock y Nguyen 2010). De este modo, a diferencia de la perspectiva biomédica que explica la enfermedad como la causante del malestar y objeto de erradicación, la perspectiva crítica de la antropología médica señala que las enfermedades son realidades distintas en las que se construyen afectos o distancias que dependen de las relaciones modeladas por el género, la sexualidad, la raza, la clase social, edad, procedencia y concepciones frente a la higiene (Góngora y Platarrueda 2013). Por lo anterior es necesario entonces comprender qué se entiende y cómo se produce la salud y enfermedad en un sistema de salud dado, por ejemplo, la biomedicina y cómo esta producción configura de manera diferenciada a los cuerpos de mujeres y hombres y reproduce órdenes de género en el cuidado de la salud.

Las relaciones de poder que atraviesan y modelan la salud y los cuerpos de las mujeres han estado sustentadas en la producción científica y médica. Dicha producción está permeada por presupuestos culturales que operan como verdades científicas que configuran corporalidades y modelan la definición médica de la salud (Giberti 1992; Laqueur 1994; Martin 2001; Tovar 2004a, 2004b; Viveros 1995). Verena Stolcke (2010) señala que la antropología médica y la perspectiva de género tienen en común precisamente afrontar la oposición ontológica del dualismo cartesiano entre el orden de la biología y la materia y el orden de las convenciones socioculturales. La crítica feminista en antropología se ha enfocado en las consecuencias de las explicaciones biológicas de las diferencias sociales en las vidas y los cuerpos de las mujeres, especialmente, en una sociedad patriarcal que ha limitado el conocimiento sobre la reproducción y la sexualidad femenina (Giberti 1996; Viveros 1995). En la atención médica de las mujeres, como si

fuera una población homogénea y sin experiencias diferenciadas de padecimiento, la biomedicina recurre a estadísticas, ofrece explicaciones científicas, establece factores generales de riesgo y prescribe tratamientos estándar. La medicalización ha servido así como una estrategia de control, poder y dominación en los cuerpos de las mujeres y sus procesos reproductivos (Esteban 2003; Pozzio 2014, 2016; Berrío 2017; El-Kotni y Ramírez-Pérez 2017; Vega 2017; Botteri y Bochard 2019).

Con estos antecedentes críticos, en esta investigación analizo las relaciones de género en escenarios médico-terapéuticos que configuran las experiencias de salud de las mujeres entrevistadas pero que no se limitan a la biomedicina sino que también se expresan en las terapias alternativas. Siguiendo entonces la propuesta analítica de Scott (1996) y continuando con la crítica feminista en antropología médica sobre los procesos de salud de las mujeres, en esta investigación busco responder tres cuestiones relacionadas con las experiencias de enfermar y sanar del útero de las mujeres entrevistadas. En primer lugar, a partir de las experiencias de las mujeres cómo se define y constituye el ser “mujer” y lo “femenino” en el ámbito médico-terapéutico. En segundo lugar, cómo los procesos de enfermar y sanar el útero de estas mujeres están atravesados por presupuestos que hacen eco y responden a las relaciones de poder y elementos del sistema sexo/género. Y en tercer lugar, cómo el género se imbrica con la clase social que se concreta en indicadores como el estrato socioeconómico y la formación profesional.

Organización del trabajo

El trabajo se divide en tres capítulos. El primero analiza las trayectorias corporales de enfermedad de las mujeres desde sus experiencias con la menstruación, los dolores, los síntomas y los diagnósticos. Me centro en cómo emerge la enfermedad en sus trayectorias corporales y cómo enferman del útero. En el segundo capítulo sigo estas trayectorias corporales en los momentos en que las mujeres practicaron diversos tratamientos y terapias para sanar. Indago la manera en la que en este transitar terapéutico las mujeres rehicieron sus enfermedades explicando sus orígenes y causas, y analizo cómo útero emerge en sus relatos. En el tercer capítulo continúo con sus trayectorias corporales de sanación mientras profundizo en las historias que las mujeres elaboraron a partir del estrecho diálogo y atención a las sensaciones corporales. Aquí expongo lo que es sanar del útero y cómo el útero sana.

1. Enfermar del útero

Como señalé antes, esta investigación partió de una experiencia personal, así que el trabajo de campo comenzó cuando me acerqué a Consuelo, mi primera terapeuta y quien me había introducido en el conocimiento de las terapias de bendición y sanación del útero. Me puse en contacto con ella al iniciar la investigación, sin embargo, no se interesó tanto en que la entrevistara sino en que yo continuara con el trabajo terapéutico en su consultorio. Al contarle sobre mi interés en las experiencias de mujeres que habían enfermado del útero, ella dijo que, en efecto, varias de sus pacientes habían tenido quistes ováricos, infertilidad y miedo al parto y tal vez podría hablar con alguna de ellas para que me contaran sus historias. Cuando me dijo “miedo al parto” no pude dejar de preguntarme si esto es una enfermedad, si quizá es una enfermedad psicológica y cómo podría saber qué es una enfermedad, y aún más, una enfermedad relacionada con el útero (Diario de campo 1).

Bueno, entonces la pregunta se centró en qué era enfermarse del útero. Una enfermedad, como quiera que se entienda y experimente, se teje con determinados acontecimientos, en el sentido que propone Godard (1996), modificando la trayectoria de vida y seguramente el destino de las personas que la padecen. Por tanto, en este capítulo analizo la emergencia de las enfermedades del útero en las trayectorias corporales de las mujeres, así como la manera en que entienden, experimentan y producen la enfermedad, es decir, cómo enferman del útero. “Enfermar del útero” da cuenta aquí de algo que les pasó a las mujeres sin que ellas tuvieran mucho control del proceso en ese momento de sus vidas, cómo algo que les sucedió, por ahí iniciamos el curso de las trayectorias corporales de enfermedad.

Situaciones dolorosas

Al preguntarle por las terapias de sanación del útero a Camila me dijo: “te voy a contar así como para que te contextualices entonces cuál era mi vida antes y después” (Entrevista 1). Conocí a Camila por una amiga cercana que la referenció y cuando hablamos por primera vez me invitó a participar de una bendición del útero grupal en el Domo Herbal del Jardín Botánico en Bogotá (Figura 1).

Figura 1: Vasija Mi útero



Fuente: tomada por la autora, 12 de marzo de 2022.

Ese día, Camila no sólo ofrecería a la bendición del útero, sino también a un taller meditativo para tejer mandalas. Una vez llegaron varias mujeres, algunas acompañadas por sus parejas, hijos e hijas, hicimos una meditación guiada por Camila y bailamos con el fin de “conectarnos” con los arquetipos femeninos, a saber, la doncella, la madre, la bruja y la hechicera que están descritos detalladamente en el libro de Miranda Gray, *Luna Roja*. Por eso Camila nos pidió bailar primero como niñas que jugaban y luego como mujeres sensuales. Debo decir que esta experiencia fue incómoda para mí porque sentía mucha pena de bailar así frente a mujeres que acababa de conocer. Luego iniciamos el taller de tejido, nos sentamos en el centro del domo alrededor del mandala:

Nos sentamos a tejer el mandala que reactivaría los cuatro arquetipos. Cada color que escogíamos representaba uno de estos. El nudo central que le daba fuerza a los dos palitos, de acuerdo con la madre lunar [Camila], significaba lo sólido de nuestras vidas y las vueltas del tejido daban cuenta de los giros que hemos tomado y la manera en que hemos asumido las encrucijadas. Es decir, los procesos vitales se veían reflejados en el orden o desorden del tejido. (Diario de campo 2)

Este orden o desorden del tejido no estaba planeado, en cambio, el ejercicio proponía que tejeríamos el mandala como lo fuéramos sintiendo y con los colores que eligiéramos. El resultado final del tejido mostraría la manera en que nos hemos conducido por el curso de nuestras vidas experimentando cambios y enfrentando las situaciones que se nos presentaron. Podríamos entender estos giros y encrucijadas como los puntos de bifurcación en las trayectorias de vida de las personas que señala Godard (1996) pero, en el ejercicio del mandala, también como obstáculos superados, situaciones que hemos aprendido a manejar de una u otra forma. Por ejemplo, en ese mismo escenario del tejido, conocí a una mujer que me contó que era la primera vez que asistía a una bendición del útero y su asistencia se debía a “que tenía endometriosis y los médicos le habían dicho que debía quitarse el útero, pero ella no quería hacerlo y no lo iba a hacer. Buscó las terapias como otra forma de curación” (Diario de campo 2). Esa fue la manera en que Eva, como se llamaba la mujer, asumió la encrucijada y tomó una decisión frente a su cuerpo cuando la endometriosis apareció en su vida. Pudo haber seguido el consejo médico y quitarse el útero, pero en cambio buscó la bendición del útero para curarse.

Algo parecido le pasó a Camila quien asumió una serie de encrucijadas en su vida. Camila tiene 39 años, nació en Bogotá y se reconoce como mujer heterosexual. Es alta, de contextura gruesa, su tez es clara y su cabello es de color negro, crespo y largo. En el momento de la entrevista vivía en La Calera con su hija en una casa estrato 4, pero su labor como terapeuta la desempeñaba principalmente en Bogotá. Su relato de vida se ha caracterizado por giros radicales y decisiones que la llevaron de manera “perfecta” (Entrevista 1), como ella señala, a las terapias de bendición y sanación del útero y a su rol actual como terapeuta. Cuando salimos de la bendición del útero caminamos juntas hasta la salida del Jardín Botánico, en este recorrido me contó que tuvo una hija con su anterior pareja, un hombre adicto a distintas drogas; tuvo un quiste en su ovario a raíz de su embarazo que la llevó a probar y experimentar varias técnicas de sanación. Se había formado como publicista y era dueña de un bar-café pero decidió arriesgarse, entregar el local donde tenía su negocio y comenzar a ofrecer terapias como la bendición del útero debido a su capacidad sanadora que tuvo desde niña: “Cuando chiquita yo era la que sanaba en la casa. Mi abuela se quemaba entonces yo le hacía las curaciones (...) ella siempre me decía: ‘mija, usted siempre que me pone las manos encima yo siento mucho alivio y mucha paz. Usted tiene algo en esas manos’” (Entrevista 1).

Así, cambió su trayectoria profesional para ser terapeuta de “reconexión femenina”. Ahora ofrece varias prácticas tales como terapia menstrual, bendición del útero, meditación ovárica, etc. y, al momento de nuestra primera conversación, estaba en un proyecto para compartir las terapias gratuitamente en Usme.

Me gustaría detenerme en uno de esos giros radicales en la vida de Camila. Al referirse a “antes y después” de las terapias del útero, mencionó la relación con el padre de su hija y el dolor que le causó esta relación porque, entre varias cosas, él era promiscuo, iba a muchas fiestas en las que se acostaba con mujeres:

Y yo después me di cuenta de mucho tiempo. Entonces yo tenía infecciones vaginales, tenía depresiones, pues claro, cada vez que él estaba conmigo pues dejaba toda la energía de ellas en mi jardín interior. Entonces ¿qué era lo que florecía? Pues dolor, todos los dramas de ellas, una cantidad. (Entrevista 1)

Toda la energía de otras mujeres que “sembró” su pareja en el “jardín interior” de Camila floreció en dolor y luego en forma de infecciones vaginales y depresión. Sin quererlo, creó un vínculo con otras mujeres que produjo una experiencia colectiva de sufrimiento, un dolor compartido (Das 2008), pues, los dramas de las mujeres con las que su esposo tenía relaciones sexuales tuvieron eco en el útero de Camila.

David Le Breton (1999) define el dolor como un hecho situacional íntimo pero que no escapa al vínculo social. Señala que el dolor no es solamente una sensación sino una percepción que plantea la pregunta de la relación entre el individuo y su experiencia acumulada, por tanto, el dolor es una condición antropológica integrada en términos de significado y valor, es decir que el dolor no es solo fisiológico sino también simbólico. El dolor es una experiencia orgánica y emocional que se padece, que se sufre. En otras palabras, es una experiencia encarnada que conmueve a la persona sufriente y modifica su experiencia de estar viva (Kleinman et al 1992; Kleinman y Benson 2004; Le Breton 1999). En diálogo con teorías antropológicas y sociológicas sobre el carácter sociocultural del sufrimiento, Veena Das (2008) afirma que cuando la violencia en una sociedad aniquila el lenguaje, el silencio de las víctimas emerge y el cuerpo se vuelve un mediador entre el individuo y la sociedad. Ante la incapacidad el lenguaje para expresar el sufrimiento, en su papel de mediador el cuerpo desarrolla su propio lenguaje y su propia memoria de dolor. Así, “conseguimos darnos cuenta de que el mundo interior tiene una historia” (Das 2008, 427) y la experiencia de dolor se teje con una experiencia

colectiva de sufrimiento. La memoria de dolor que comenzó a comunicarle el cuerpo de Camila con infecciones y depresiones enlazó su sufrimiento con el drama de otras mujeres. El dolor de la traición de su pareja desencadenó una experiencia de sufrimiento en su cuerpo y las enfermedades que padeció comenzaron a contar una historia de ese mundo interior.

Luego del encuentro con Camila en el Jardín Botánico y más adelante la entrevista, seguí más de cerca la información que circulaba por redes sociales sobre las terapias de bendición del útero. A través de los perfiles de Facebook, varias terapeutas convocan a los encuentros grupales de sanación o circulan información sobre otras prácticas terapéuticas. Por medio de esta red logré contactarme con Claudia, una aprendiz de terapias que en el momento de la entrevista se reconocía como madre de tiempo completo de su hijo de casi un año. Claudia es una mujer joven de cabello largo y castaño, delgada y con un color de piel bronceado. Nació en Bogotá y en el momento de la entrevista vivía en La Calera con su esposo y su hijo, pero suele pasar tiempo en el apartamento de sus suegros que queda en el barrio Rafael Núñez. Se formó como traductora en la Universidad Javeriana, pero decidió dedicarse a las terapias alternativas relacionadas con “lo femenino” –categoría también usada por las mujeres para referirse a terapias relacionadas con el útero y otras partes del cuerpo de las mujeres. Claudia padeció de alergias, infecciones, tuvo un aborto espontáneo y le identificaron un quiste en el ovario derecho. A lo largo de su vida Claudia se ha reconocido como una mujer “muy resistente físicamente”, sin embargo, en lo que respecta a su “sistema reproductor”, es alérgica a todo, pues era muy sensible al uso de toallas higiénicas, tampones y el látex de los condones. Ha practicado varias terapias y fue quien me habló por primera vez del huevo de obsidiana, una herramienta que yo experimentaría después.

Claudia me compartió una situación muy dolorosa para ella. A los 25 años, luego de vivir en Argentina con su pareja, regresó a Colombia y quedó embarazada, pero perdió al bebé. “Entonces para mí eso fue pues obviamente muy duro y una trampa al inconsciente porque yo me hice la fuerte, la entendida y eso salió por otros muchos lados que no eran los debidos” (Entrevista 2). Con esos otros lados se refiere a sus ovarios y menstruación: “Después que yo pierdo el bebé empiezo a tener problemas fuertísimos con los ovarios, pero durísimos. Empecé a tener súper mal la luna [menstruación], me llegaba y no se iba. Se quedaba como dos semanas, durante meses. Se me inflamaban

los ovarios, durísimo” (Entrevista 2). Aún con un historial de infecciones vaginales, el aborto espontáneo fue el punto de inflexión en su trayectoria corporal porque desde ese momento comenzó a enfermar gravemente, lo que la llevó a buscar atención médica y explorar terapias de sanación para formarse como terapeuta.

Rocío, a quien también la conocí por las redes sociales, me habló especialmente de terapias de sanación porque su rol es como terapeuta en una fundación. Hablamos y me invitó a la fundación en la que trabaja con otras mujeres terapeutas en el barrio La Castellana. Se dedica a prestar servicios de sanación siguiendo los principios de las comunidades indígenas, especialmente, la comunidad muisca (Diario de campo 5). Es una mujer de cabello negro, crespo y largo, de tez clara y corpulenta. Nació en Caparrapí, Cundinamarca, y ahora vive sola en Bogotá en el barrio Simón Bolívar en arriendo en estrato 3. Tiene 36 años y se reconoce como mujer. Aunque poco me habló de su vida personal porque su relato viró sobre los principios de las terapias que practica, su trayectoria vital se caracterizó por giros importantes que la condujeron a ser terapeuta. Mientras estudiaba ingeniería empezó un proceso de sanación personal con el yagé como planta de salud:

Y en el lugar donde estuve asistiendo o asisto a este remedio se dio la posibilidad también de hacer este aprendizaje. Entonces empecé a aprender no como algo a lo cual me fuera a dedicar sino pues que la oportunidad llegó y sentí un llamado desde lo más profundo de mi ser. Empecé a aprender, primero, las terapias. (Entrevista 3)

Pero resultó que sí fue a lo que terminó dedicándose. Así como Camila, Rocío decidió cambiar drásticamente de profesión. Se formó como ingeniera aeronáutica en la Fundación Universitaria Los Libertadores y trabajaba en una empresa diseñando un sistema de gestión de calidad, respondiendo por su parte operativa y administrativa. Luego de asistir a un amigo partero a recibir un bebé en un parto natural, comenzó a acompañarlo más seguido a otros partos y se dio cuenta que era algo que le gustaba mucho. En una toma de yagé decidió que quería dedicarse a la partería. A los ocho días una pareja la buscó para que les acompañara en el parto, así que pidió permiso a los abuelos taitas de la comunidad donde tomaba yagé y, efectivamente, le dieron el permiso. Después de esta primera experiencia, “y ya nunca paró. Llegó una segunda familia, llegó una tercera familia, llegó una cuarta familia y pues llegó ese momento de decidir” (Entrevista 3). Continuaba en la empresa y aunque le daban permiso para ir a los partos, debía trabajar en la noche reponiendo horas, lo que le consumía mucho tiempo y

energía, así que renunció y comenzó a acompañar más partos. Ahora es doula –mujeres que acompañan en el proceso de embarazo, parto y postparto– y terapeuta en esta fundación que promulga el pensamiento ancestral amerindio. Su experiencia como doula y terapeuta le ha permitido relacionarse con mujeres que han enfermado del útero y profundizar en las causas de sus padecimientos.

Hasta el momento he puesto sobre la mesa algunos de los giros más importantes para las mujeres terapeutas o aprendices de terapias en sus trayectorias, que marcaron un antes o después en sus vidas en relación con su rol como terapeutas. Estos puntos de bifurcación en sus vidas se sitúan en su vida adulta de acuerdo con sus relatos y se relacionan con momentos de decisión antecedidos por situaciones dolorosas. Ahora, me gustaría comenzar a contar cómo se dieron estos giros o nodos vitales en las historias de Ana, Patricia y Mariana, tres mujeres que han experimentado las enfermedades y terapias desde su punto de vista como pacientes. Y esto es importante porque sus relatos nos cuentan sobre experiencias y percepciones de la enfermedad y la sanación en consonancia, pero también en disonancia, con las trayectorias de las terapeutas y sobre las cuales profundizaré más adelante.

Ana fue contundente cuando me dijo al comienzo de la entrevista: “Recuerdo muy bien mi primera menstruación, desde mi primera menstruación sentí que mi útero existía desde el dolor. No fue que me llegara y no pasara nada como a muchas mujeres, yo sentí dolor desde el primer día” (Entrevista 6). A Ana la conocí en una bendición del útero colectiva en febrero de 2020, de hecho, mientras esperábamos el inicio de la actividad fue ella quien me volteó a mirar y me dijo “¿tú ya habías venido?” (Diario de campo 9). Le respondí que había estado en espacios grupales pero con menos personas y en espacios cerrados. Iba acompañada de una amiga y estuvo a mi lado durante toda la meditación. Hablamos de la bendición del útero, de la investigación y le interesó compartirme su relato porque ha tenido ovarios poliquísticos desde hace veinte años.

Ana, una mujer alta, trigueña y con el cabello corto y oscuro, nació en Viterbo, Caldas, tiene 43 años y se reconoce como mujer lesbiana. Por su trabajo, vive en Bogotá con sus dos gatas en el barrio Palermo en un apartamento en arriendo en estrato 4. Es trabajadora social de la Universidad del Valle y tiene una maestría en gerencia social de la Universidad Javeriana. Trabaja como coordinadora nacional de gestión social en una

fundación para niños, niñas, adolescentes y jóvenes. En la entrevista, antes de hablarme sobre enfermedades diagnosticadas o las terapias de sanación que practica, habló de su experiencia con la menstruación: “a través de la vida siempre he tenido recuerdos como fuertes con la menstruación. Recuerdo que de bachiller me tocaba ir a la enfermería a acostarme porque sentía que no podía hacer nada. Y eso empezó a ser más agudo en la adolescencia” (Entrevista 6). Desde entonces, sus menstruaciones se han caracterizado por tener sangrados abundantes que a lo largo de los años le han causado una fuerte anemia. Cada 21 días, durante su menstruación, pierde mucha sangre quedando débil y cansada: “tengo también muy poco tiempo que mi cuerpo se recomponga para seguir” y “yo antes no era consciente de la anemia pero sí sentía que cuando me llegaba la menstruación, si iba a subir unas escaleras es como si hubiera hecho una maratón” (Entrevista 6).

La menstruación ha tenido un lugar central en las trayectorias corporales de las mujeres entrevistadas, especialmente, las mujeres pacientes, porque mediante la sangre han establecido una relación particular con el útero. Es necesario señalar que las connotaciones alrededor de la menstruación han estado influenciadas por la perspectiva científica en los últimos dos siglos. Para el siglo XIX el proceso mismo fue visto como sólidamente patológico en comparación con otros procesos orgánicos que no eran igualmente explicados en términos de ruptura y deterioro (Martin 2001). La ciencia del siglo XIX era extremadamente propensa a subrayar la debilitante naturaleza de la menstruación y su impacto adverso en la vida y las actividades de las mujeres. Emily Martin (2001) ha mostrado cómo en las tempranas explicaciones biomédicas, e incluso las más recientes de los siglos XIX y XX, la sangre podía ser considerada impura y el proceso mismo era visto como un desorden y una producción fallida por los científicos y médicos. Quizás una razón de la imagen negativa alrededor de la menstruación es que las mujeres están, en un sentido siniestro, “fuera de control” cuando menstrúan porque sus emociones se desbordan. Precisamente de esta idea, en el siglo XIX se deriva la figura de la histeria como una enfermedad femenina producto de la supuesta sensibilidad y vulnerabilidad hacia los sentimientos y emociones que experimentan las mujeres (Viveros 1995). Con esta postura no solo se calificaba a las mujeres de “débiles”, siguiendo las ideas aristotélicas de los cuerpos de hombres y mujeres (Laqueur 1994), sino que ubicaba a estas últimas en una posición en el orden de género que le restaba poder sobre la vida pública (Viveros 1995). Al mismo tiempo, el inicio de la menstruación

o menarca instauro el proceso de devenir mujer pero también ha sido un proceso corporal a partir del cual se ha naturalizado el rol reproductivo de las mujeres (Rosas 2019). Aún con la multiplicidad de connotaciones alrededor de la menstruación, vale la pena analizar las diferentes y situadas maneras como las mujeres la viven y que, en el caso de las mujeres entrevistadas, es una forma de menstruar dolorosa.

Ana caracterizó su experiencia menstruante a partir de un “útero [que] existía desde el dolor”. El dolor presidió la enfermedad y el hecho de menstruar era doloroso para ella. La enfermedad aparece en su vida luego de un diagnóstico de ovarios poliquísticos, más o menos a los 23 años. En ese momento Ana tenía a un hombre como pareja y estaba en la universidad donde conoció el feminismo y a mujeres en grupos de autoayuda. En estos espacios conoció prácticas de sanación diferentes se juntó con otras mujeres “para fortalecernos y saldar nuestros dolores” (Entrevista 6), como si se tratara de una deuda adquirida que tenía que pagar.

Por su parte, Patricia tiene copiosas menstruaciones a causa de su condición previa con la sangre, pues, padece de anemia desde niña debido a dificultades en la coagulación y el bajo nivel de plaquetas. Antes de la adolescencia, a los siete años, tuvo un episodio de púrpura trombocitopénica con erupciones de sangre y con riesgo de desangramiento, producto de un cuadro de bronconeumonía y otitis media. Cuando comenzó a menstruar: “Tenía que estar pendiente de eso, tenía sangrados fuertes como más oscuros como dolorosos, como intensos y tuve algunos episodios de hemorragias. Entonces eso siempre estuvo ahí presente, como que había un cuento con la sangre” (Entrevista 5). El “cuento” con la sangre se ha convertido en algo cotidiano, que se repite cada mes y que narra una historia de dolor: “toda la vida había tenido muchas hemorragias y sangraba, lo que fuera y me dolía, entonces ya era como normal” (Entrevista 5). Así, la menstruación para Patricia se dio como una experiencia de dolor a la que se acostumbró y hasta normalizó como “otro modo de andar la vida” (Canguilhem 1971, 62).

Quisiera llamar la atención sobre este último punto evocando a George Canguilhem (1971) porque de acuerdo con este autor, lo “normal” es lo que la fisiología, con base en datos de la ciencia médica, ha definido como el estado del cuerpo contrario al estado “patológico”. Es decir, hay dos formas de experimentar el cuerpo de acuerdo con el saber médico: normal –o equiparable a la salud– y patológica –o equiparable a la enfermedad.

Pero para Patricia, ese dolor que puede ser patológico se ha experimentado con el tiempo como si fuera normal y se ha hecho parte de su vida. Es “normal”, y no patológico, vivir con dolor durante las menstruaciones.

Patricia nació y vive en Bogotá en el barrio Cataluña en un apartamento en arriendo estrato 4 con su novio y sus dos gatos. Tiene 38 años y se reconoce como mujer heterosexual. Es trigueña con el cabello castaño oscuro y una amplia sonrisa. Estudió antropología en la Universidad Nacional, un diplomado en gestión de patrimonio en la Universidad Tadeo Lozano, hizo una maestría en antropología visual y adelantaba un doctorado en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Ecuador, para el momento de la entrevista. En 2017 trabajaba como investigadora y documentalista en un establecimiento público del orden nacional. Además de menstruaciones dolorosas, ha padecido quistes y miomas en el útero. Su madre, hermana y varias de sus tías: “han tenido como muchos problemas en la matriz, en el útero. Como que era algo medio natural que las mujeres tenían esos asuntos, no sé, y antes no se trataban tanto” (Entrevista 5).

Convivir con dolor es una experiencia que ha caracterizado algunas de las trayectorias corporales de las mujeres pacientes entrevistadas. La normalización del dolor ha sido validada por los discursos médicos y científicos que se arrogan la autoridad de establecer qué es lo normal en las experiencias femeninas. Aludiendo a su propia experiencia negativa con la atención médica, Patricia Tovar (2004b) alerta sobre la tendencia de la biomedicina a describir los procesos biológicos femeninos de manera negativa, sin importancia, culpabilizando a las mujeres de sus enfermedades, a veces considerándolas como producto de la imaginación. Desde esta mirada, los mensajes que recibía la autora en su búsqueda de una solución médica era que “convivir con el dolor es un hecho que hay que aceptar como parte de nuestra condición de mujeres” (36). A partir de su reflexión personal, la autora cuestiona los discursos médicos negativos y culpabilizantes sobre los procesos biológicos de las mujeres que están en libros y publicaciones médicas, o en lenguaje popular para referirse a la menstruación, y resalta cómo estos consideran a las mujeres incapaces de entender y tomar decisiones sobre sus cuerpos. De ahí que “problemas en la matriz” como los que tenían la mamá, hermana menor y tías de Patricia, así como ella misma, se consideren “asuntos” con lo que las mujeres debían aprender a vivir sin tratamiento ni remedio de manera “medio natural”.

Por los antecedentes médicos de las mujeres de su familia, Patricia se hacía regularmente citologías a través de las cuales descubrió que tenía quistes en los ovarios. Al informarse por medio de la citología que tenía quistes en los ovarios, Patricia asumió este evento como parte de los antecedentes familiares, pero solo fue hasta que tuvo hemorragia que consideró que algo más le pasaba a su cuerpo. Este acontecimiento marcó un antes y después en la trayectoria de Patricia porque, además, en su relato está vinculado a una situación que no tuvo diagnóstico biomédico pero fue muy doloroso para ella: un aborto espontáneo. Este evento la condujo a transitar por muchas terapias alternativas.

Enfermar durante la menstruación llegó a ser algo normal para Mariana: “Desde que tuve uso de razón tuve menstruaciones muy fuertes, de enfermarme, pero para mí era normal. Tanto así que me podía venir la hemorragia y para mí era como si nada, como algo normal ya para mí” (Entrevista 4). Además de normalizar su padecer, Mariana equipara un punto de inicio en su vida en el que tuvo “uso de razón” con la aparición de menstruaciones que la enfermaban como si la conciencia de su experiencia de menstruar correspondiera con una experiencia de enfermarse. Desde sus primeras menstruaciones, Mariana ha tenido varias experiencias de enfermedades relacionadas con su útero, lo que la llevó en los últimos años a probar otras terapias diferentes a los tratamientos biomédicos.

Mariana nació y vive en Bogotá en la casa de sus papás en Bosa La Estación, que es estrato 2. Se reconoce como mujer heterosexual y tiene 42 años aunque aparenta menor edad. Es una mujer de contextura media, cabello tinturado de color rojo oscuro y piel blanca aunque sus brazos y manos se ven bronceados por el jugo de papaya que le dan para la anemia. Ha tenido menstruaciones abundantes y dolorosas desde su adolescencia, y miomas y candidiasis en su edad adulta. Es odontóloga de la Universidad Nacional y estudiante de un posgrado de ortodoncia en una universidad privada. En el momento de la entrevista estaba en año sabático recuperándose de la cirugía de su matriz y “sanando su vida” (Diario de campo 7).

Conocí a Mariana en una de las terapias grupales de bendición de útero que ofreció Camila. Iba acompañada por su mamá y otras familiares mujeres. Con la voz entrecortada por el deseo de llorar, al final de la práctica compartió su testimonio sobre la

experiencia en la bendición del útero y cómo su práctica le había ayudado a sanar miomas:

Yo he venido a bendiciones del útero. A la primera que vine estaba muy enferma pero me mejoré. Soy testimonio de la energía tan bonita que tiene la bendición del útero porque yo tenía 38 miomas en mi útero y cuando me fueron a operar me iban a sacar todo y puse las intenciones, y pese a ese riesgo y a que era una cirugía de cuatro horas, me salvaron todos mis órganos porque yo no tengo hijos y quiero llegar a tener un hijo. Tras ese proceso me hicieron ecografías y a la tercera ecografía intravaginal me salió otra vez que estaba creciendo una semilla, porque así fue que yo llegué a esto, a averiguar cuál era la parte espiritual de mi enfermedad. (Diario de campo 7)

Este testimonio me llevó a consultar con Mariana la posibilidad de entrevistarla. Me preguntaba por la relación entre la práctica de las terapias y el hecho que le salvaran todos sus órganos en la cirugía. Y con todos sus órganos, Mariana se refiere a aquellas partes del cuerpo que cumplen la función reproductiva como me explicó en la entrevista después. Esta cirugía fue un acontecimiento de suma importancia en su vida porque, por un lado, le permitió continuar con la posibilidad de llegar a ser madre, por otro lado, y con las posteriores ecografías y la aparición de una “semilla”, una palabra que usa para referirse a mioma, indagar por lo que genera esta enfermedad en su cuerpo. El crecimiento de esa semilla, que solo se reveló en la ecografía, la llevó a averiguar la “parte espiritual” de su enfermedad en la bendición del útero y en otras prácticas.

Acontecimientos dolorosos como la traición de su pareja en la historia de Camila y la experiencia del aborto de Claudia, menstruaciones dolorosas, enfermedades esperadas por antecedentes familiares y también inesperadas, o encrucijadas para cambiar de destino laboral como le pasó a Rocío, son experiencias que señalan la íntima conexión entre las crisis personales y el cuerpo. Pero hay una experiencia que vincula los relatos: enfermar del útero.

Síntomas y diagnósticos

Según Le Breton, el dolor “es la primera razón de consulta médica, el signo que nunca engaña a nadie acerca de la necesidad de un alivio. (...) Hablar del dolor es una inequívoca invitación a que lo trate la medicina, y tanto el destino del uno como de la otra deben unirse bajo los auspicios del enfermo” (1999, 10). Cuando el dolor ya no puede evadirse y se presentan síntomas insoportables e insostenibles que rompen con la

normalidad del “asunto”, las mujeres acuden a la medicina y a las terapias. Tanto la biomedicina como las terapias alternativas responden a una manera de definir la realidad del cuerpo en términos de enfermedad o salud. Cuando ubican a los cuerpos en un estado de enfermedad suponen una categorización de esa enfermedad dependiendo de los síntomas previos, es decir, si es endometriosis, si se trata de ovarios poliquísticos, si es un aborto espontáneo, si es miedo al aborto como me contó Consuelo sobre sus pacientes. Los diagnósticos, bien sean biomédicos o alternativos, cumplen un rol importante no solo nombrando la realidad “patológica” de los cuerpos, sino explicando cómo se produce la enfermedad y, a la vez, produciéndola.

Al mismo tiempo, el diagnóstico no escapa del ejercicio del poder sobre los cuerpos. Como señalan Andrés Góngora y Claudia Platarrueda (2013), la práctica de diagnosticar “es una forma particular de nombrar y de instaurar poderosos dispositivos de control social que se expresan específicamente como acciones y planes terapéuticos” (31). A una enfermedad corresponde un tipo de tratamiento pero además el reproche a una conducta que originó el malestar y que recaen en las acciones y decisiones de los individuos. El tratamiento o terapéutica correspondiente “ofrece entonces medidas de control y normalización, ya que el “bienestar” en occidente se piensa como posible, alcanzable y deseable desde la norma, y no desde los extremos o las diferencias” (Góngora y Platarrueda 2013, 31). Desde esta perspectiva, en este apartado examino cómo síntomas y diagnósticos de médicos, terapeutas y mujeres hacen las enfermedades del útero y orientan la terapéutica.

Hemorragias y miomas uterinos

Algunos de los dolores y síntomas ya habían sido experimentados por las mujeres entrevistadas pero su intensidad y repetición las puso en alerta. Por ejemplo, Mariana contaba que: “había tenido varias experiencias de haber tenido hemorragias muy fuertes, y de no haber parado bolas y haber pensado que me había venido el periodo súper duro” (Entrevista 4). Cuando una experiencia se normaliza es posible que otras cosas que le pasan al cuerpo se asuman como parte de la normalidad. Pero a medida que el síntoma se hace más visible el estado de lo normal se rompe:

Y cuando yo hablo de hemorragias muy fuertes también es una formación de un coágulo grande inmenso y soltar ese coágulo grande y gastar paquetes, en un periodo gastar tres paquetes de toallas higiénicas, tres paquetes de diez, o sea, treinta toallas higiénicas y

manchar la ropa interior. Ya cuando me agravé demasiado fue cuando ya ni siquiera una toalla higiénica, una materna me hacía nada, compuesta de tampón, toalla materna y no me hacía nada. Yo seguía así, lavada, encharcada. Yo no le había puesto atención, como siempre en mi vida habían sido así de fuertes los periodos. (Entrevista 4)

La sangre menstrual ya no podía ser contenida y desbordaba cualquier medida protectora. La experiencia previa no le permitió prestar atención a su cuerpo hasta que su propia sangre la encharcó y sirvió de indicador para mostrarle que se estaba agravando. Es más, ya no se refiere solo a sangrar sino a tener hemorragias e incluso a soltar un coágulo. Entonces el síntoma se hizo más intenso: “A mí una toalla materna ya no me estaba durando ni dos horas. Y olía feo, yo me sentía que yo olía feo. Yo andaba con pañitos, me bañaba seguido y me sentía inflamada, me sentía con dolor de cabeza, con desánimo” (Entrevista 4). Estas sensaciones corporales, olor feo, sentirse inflamada, tener dolor de cabeza, la fueron alertando que algo no andaba bien con su cuerpo. El síntoma incluso ya no solo se veía sino que tenía olor. Mientras adelantaba uno de los semestres de su posgrado en ortodoncia, Mariana comenzó a tener un sangrado cada vez más fuerte: “Pensé que me había venido el periodo y el periodo no se me quitó. Yo seguí sangrando, seguí sangrando y cada día estaba más pálida, más pálida y tenía un estrés muy fuerte en la universidad. Entonces ahí fue cuando acudí al médico” (Entrevista 4). Esta situación fue insoportable e hizo que Mariana fuera al médico. Ya decía Le Breton (1999) que el dolor, y en el caso de Mariana la gravedad del sangrado, es el signo que supone la necesidad de un alivio.

Me detengo en esta parte de la historia porque Mariana estaba pasando por una situación estresante en su formación como ortodontista. Fue durante este periodo de su vida, cuando tenía 38 años, que los síntomas de “su enfermedad” fueron más evidentes: “mi enfermedad yo la llevo de años pero como tal que ya se me haya descubierto más o menos en enero de 2016, empecé con los síntomas y en junio de 2016 ya estaba enferma” (Entrevista 4). Empezó con los síntomas mientras adelantaba su posgrado de ortodoncia. Mariana no se sentía cómoda estudiando el posgrado ni con sus compañeros y compañeras. En primer lugar, estaba continuamente estresada por el pago de la matrícula semestral que le costaba diez millones de pesos más un intersemestral de cinco millones. En segundo lugar, la agotaba todo lo que tenía que hacer para conseguir pacientes para sus prácticas y asegurarse que fueran a la universidad, responsabilidad que también le exigía dinero pues los pacientes le colaboraban a cambio de un pago. Y

en tercer lugar, no se sentía cómoda entre sus compañeros y compañeras porque “con el grupo que yo estaba ellos a mí como que me señalaban de que yo era como muy vaga y yo no era muy vaga sino que yo fallaba mucho a la universidad durante ese año porque estaba poniéndome muy enferma” (Entrevista 4). Entonces, todas estas situaciones juntas, “ese estrés adicionó mi carga emocional para que la enfermedad empeorara” (Entrevista 4). Por esto es que Mariana dice que su enfermedad la lleva de años pero solo hasta 2016 empezó con los síntomas y luego ya estaba enferma. Se enfermó cuando pasó por este estrés que le generaba la universidad. Esta situación fue mucho más importante para su trayectoria corporal a diferencia de otros eventos pasados, como cuando le practicaron una cirugía a los 26 años para retirarle el primer mioma que le detectaron en su vida:

(...) era un mioma grandísimo del tamaño de un balón. Me lo operaron y yo dije: “no, ya estoy sana”. (...) Esa vez no me preocupé por nada. Yo dije: “bueno, me operaron, seguir con la vida común y corriente”, y ya hasta hace un año, mi enfermedad empezó desde enero de 2016. (Entrevista 4)

Así Mariana reitera que su enfermedad empezó en una fecha exacta, en 2016, mientras estudiaba. La experiencia que la llevó a buscar alivio y atención médica se dio, precisamente, en un ejercicio académico de la universidad. Durante una sesión de trabajo con compañeras y compañeros, empezó a sangrar y sintió que era una gastritis porque comía y le dolía mucho. No quería retirarse, quería terminar el trabajo con sus pares para evitar la imagen que tenían de ella como “vaga” y no hacer quedar mal a su especialidad, ya que: “la gente a nivel de posgrados creían que yo era de lo más indisciplinado. Adicional como yo soy o era muy espontánea, muy alegre, ellos asumían esa niña y tenía el acento esos días muy marcado paisa porque yo vivía en Medellín” (Entrevista 4). Como si por el hecho de ser mujer joven y de una región determinada fuera sancionable y equiparable a la indisciplina. Pero Mariana se sentía muy enferma y cuando terminó de reunirse con sus pares se fue para su casa, no pudo dormir y “con ese dolor de gastritis, gastritis, mi mamá me decía que nos fuéramos para urgencias pero yo decía “no, yo lo puedo soportar” (Entrevista 4). Y aunque intentó soportarlo un par de días, no pudo más y pidió una cita prioritaria en la Entidad Promotora de Salud (EPS):

Y la doctora que me atendió pensaba que eso no era asociado con el útero, ni con otra vez que me hubiera dado tumores ni nada por el estilo, sino que tal vez estaba con una gastritis crónica. Pero que de todos modos ella me iba a mandar una ecografía intravaginal y una serie de exámenes para ver cómo estaba. (Entrevista 4)

Los síntomas de Mariana comenzaron como gastritis crónica pues la doctora “pensaba” que no estaban relacionados con el útero. Mol señala que “la práctica de diagnosticar y tratar enfermedades requiere cooperación, inevitablemente, sin importar si las perspectivas son compartidas o no” (2021 [2003], 24). Con esto la autora quiere decir que un médico requiere de un paciente para hacer un diagnóstico, necesita de la cooperación del paciente para diagnosticar. Por eso es que en el consultorio, en el escenario donde médico y paciente se relacionan, algo es hecho con el conocimiento experto del médico y el conocimiento que de su propio cuerpo tiene el paciente. Lo que se hace allí es la enfermedad, pues, antes de este encuentro médico-paciente, los síntomas se experimentaban de una forma; en el encuentro, esos síntomas son nombrados. En el caso de Mariana, el sangrado y el dolor de estómago comenzó a ser gastritis crónica, nada que ver con su útero.

No era gastritis como la médica se adelantó a pensar. Mariana se realizó los exámenes que le envió la doctora, entre ellos la ecografía y con los resultados volvió al médico. El médico que la atendió en esa ocasión leyó los resultados y le dijo inmediatamente: “estás llena de tumores, estás llena de masas, son tantas las masas que ni siquiera puedo contar” (Entrevista 4). El diagnóstico del médico indicó que Mariana tenía miomas uterinos, es decir, que los síntomas sí apuntaban al útero. En el consultorio el médico y Mariana tuvieron la siguiente conversación:

“¿usted ya tiene hijos?”, y yo le dije: “no”, y me dijo: “pero usted es una mujer muy joven, ¿por qué no ha tenido hijos?”. Y le dije: “pues muy joven no, yo tengo 38 años”. Y me dijo: “Ay, sí, usted tiene 38 años y ¿¿por qué entonces no ha tenido hijos?!”. Y pues le dije: “no se me ha dado la oportunidad, no he programado, no he estado interesada, me la he pasado todo el tiempo estudiando y haciendo ciertas cosas”. Pero empecé a angustiarme y me dijo: “pues le digo que usted está muy mal, y la verdad, en una cirugía cuando nosotros entramos a esta clase de cirugías hay que retirar todo, hay que hacer la histerectomía”. (Entrevista 4)

Al médico le preocupaba que Mariana fuera tan joven y no hubiera tenido hijos porque lo más probable era que le quitaran el útero antes de que pudiera ser madre. Antes de informarle sobre la histerectomía recomendada, el médico se aseguró de preguntarle a Mariana por qué no había sido madre aún. Esto tiene que ver con la idea según la cual las mujeres pierden su capacidad reproductiva a determinada edad. Esta idea se basa en discursos biomédicos y científicos que han definido los ciclos vitales de las mujeres en términos de reproducción (Martin 2001). De acuerdo con Tovar (2004b), en la mirada

biomédica y social, la aparición de tumores en el útero parece una especie de castigo por contrariar lo que se supone es la naturaleza de las mujeres y persiste una acusación implícita por postergar la decisión de tener hijos mientras se dedican a otros ámbitos como el estudio o el trabajo. El tratamiento recomendado para esta enfermedad –así como para la endometriosis, el dolor pélvico crónico, el prolapso uterino, el cáncer de útero y ovarios– suele ser la histerectomía. Eso era lo que le preocupaba al médico, que al quitarle todo Mariana perdiera la oportunidad de cumplir con su destino como madre, algo que incluso ella ni siquiera se había cuestionado.

Mariana continuaba asistiendo a la universidad luego del último diagnóstico y los sangrados abundantes porque le angustiaba no cumplir con las responsabilidades académicas. Pero en el fondo no le importaba la universidad: “a mí la universidad no me dolía tanto, por mí dejarla porque sí me sentía bastante aburrida, sino por la cantidad de dinero que se estaba invirtiendo” (Entrevista 4). Junto con su dolor físico le dolía invertir dinero en algo que no la hacía feliz y los dos dolores la afectaron emocionalmente: “Yo empecé a fallar a la universidad y llegó un día el *grand round*, después de esa presentación ya la hemorragia no paró” (Entrevista 4). El *grand round* era un evento en el que las especialidades del posgrado se reunían para probar sus conocimientos con casos específicos, el mismo evento para el cual estaban estudiando el día que Mariana se sintió muy mal. Tuvo que retirarse del evento e irse de urgencia a la clínica. Aunque continuó asistiendo a la universidad cada día se sentía peor y su interés por el estudio disminuyó.

Al ver tan enferma a Mariana y que había faltado tanto a clases, una compañera de la universidad le recomendó ver a una doctora particular que era especialista en terapia ocupacional. En el encuentro con la doctora Liliana, esta le dijo: “yo te voy a hacer preguntas que ningún médico te ha hecho porque yo veo la enfermedad desde otro punto de vista” (Entrevista 4). Entonces indagó por su nacimiento, cómo había sido su parto y por la relación con su madre y padre. Mariana le contó que:

(...) había nacido a las 11:00 de la mañana, que el parto en mi casa fue un parto muy traumático porque mi mamá me tuvo aquí en la casa, me tuvo en una habitación del primer piso sin ayuda de nadie. Mi mamá perdió durante todo el embarazo mío líquido amniótico. Pero como mi mamá era una mujer de provincia, algo tímida, con poca experiencia, muy alejada de sus padres, nunca lo comentó. Entonces cuando yo fui a nacer yo estaba pegada a las paredes de mi madre porque se había perdido el agüita

donde tiene que desarrollarse el bebé que sería el líquido amniótico. Entonces llamaron una partera, más especializada en realización de abortos que en recibir bebés y ella fue la que me sacó. Y cuando me sacó, dicen que inmediatamente tuvo que darme respiración boca a boca porque yo estaba morada y estaba mantecosa (...) y como que volví y ahí sí me llevaron de urgencias a la clínica. (...) Según lo que cuenta mi mami sí fue un parto muy doloroso, fue un parto muy traumático y que para mí también. Entonces desde ahí empiezan mis experiencias. (Entrevista 4)

La doctora continuó la cita y le preguntó si había tenido pérdidas de bebés. Mariana le contó que había quedado embarazada a los 16 años y le hicieron un legrado. Fue un aborto inducido, pero para ella: “no fue traumático o no lo asumí como traumático o lo dejé pasar así en la vida. No le presté atención a la situación” (Entrevista 4). La doctora le dijo que su experiencia al nacer y el aborto pudieron haber causado problemas en su útero. Luego de revisarle el párpado interno y notar que estaba blanco, la doctora también la diagnosticó con anemia severa a causa de sus sangrados abundantes. Con este diagnóstico la doctora remitió a Mariana a un “especialista”, es decir, un ginecólogo y a una sanadora porque “estaba frente a un problema muy serio” (Entrevista 4).

Las preguntas que formuló la doctora de Mariana son otra forma de hacer un diagnóstico, y a su vez, hacer una enfermedad. Generalmente los médicos alópatas no hacen estas preguntas pero Liliana las hizo porque tiene otra manera de entender la enfermedad que excede el síntoma mismo. Esta manera de hacer diagnósticos es característica de las terapias alternativas (Pedraza 2007a) porque rastrean la historia de la paciente e identifican situaciones que no necesariamente son físicas sino también emocionales. Por ejemplo, como terapeuta de mujeres y duola, Rocío orienta su práctica por este forma de hacer diagnósticos, nutriéndose además de saberes ancestrales amerindios. Ella me explicó que:

Para la enfermedad, una forma en la que diagnosticamos es algo que se llama la “ruta del duelo y del conflicto”. Es algo como más estructurado. En esa ruta del duelo y el conflicto está la enfermedad que se origina por un duelo que no resolviste. Entonces ese duelo puede ser que tenías 15 años, tuviste tu primera relación, te fue súper mal, de ahí para allá te puede seguir. Otro duelo puede ser que hayas sido víctima de un abuso a los tres, cuatro años. Otro duelo puede ser que tus papás se hayan separado a los cuatro, cinco, a los seis años. O que su murió tu mamá, se murió tu papá, se murió tu hermano. Bueno, como duelos de ese tipo que pueden llegar a marcar tu vida, que si no le das un manejo en ese momento, no te acompañan cuando eres niño a que le des un manejo a ese duelo, a que puedas interiorizarlo, y que puedas resolver eso que tuviste ahí es como si te quedara atrapada una parte de tu vida. (Entrevista 3)

En este tipo de diagnósticos, a diferencia de los diagnósticos biomédicos, la enfermedad es un síntoma de algo más profundo que hay que encontrar y que no necesariamente se origina en el cuerpo. Se trata de duelos emocionales no tramitados o situaciones dolorosas. El relato de Rocío muestra que también las mujeres pueden hacer o recibir diagnósticos diferentes a los diagnósticos clínicos emitidos por un médico o médica afectando de igual manera su experiencia corporal. El diagnóstico de la doctora Liliana le informó a Mariana más cosas sobre su enfermedad lo que más adelante la llevó a explorar otras formas de sanar.

A diferencia de Mariana que no había “parado bolas” a su estado de salud desde muy joven, Patricia estuvo muy pendiente de su salud ginecológica a través de la toma periódica de citologías. Gracias a estas citologías se enteró que tenía quistes en los ovarios. Pero no fue sino hasta que padeció una hemorragia muy intensa a sus 33 años que cobró aún más importancia su útero afectando a tal grado su cuerpo que la incapacitó por un tiempo. Justo por esa época estaba en un trabajo muy estresante y desgastante: “Realmente el trabajo fue súper fuerte, fue muy intenso y tenía una jefa terrible, como que nos afectó mucho emocionalmente a todos los que estábamos ahí. Yo ahorita digo “¿cómo lo permitimos?, ¿cómo dejamos?” (Entrevista 5). Su jefa la gritaba, trataba mal y además Patricia sentía que tener conflictos con ella le cerraría puertas laborales en el ámbito de la cinematografía, campo en el que trabaja. En este contexto laboral estresante y a raíz de esta última hemorragia:

(...) pues creo que ahí fue que tomé mayor consciencia que tenía algo, sí, como alguna condición más especial y empecé a averiguar sobre terapias alternativas y otros métodos porque en una citología que me hicieron salió como que tengo un mioma, se me olvidó dónde está ubicado pero está como abajo, como internamente, yo no sé, tiene como una ubicación. (Entrevista 5)

Con la hemorragia Patricia reconoció que tal vez había algo que aún no podía ver o identificar pero que podría dar cuenta de su padecimiento. Ya no eran solo los sangrados abundantes y los quistes en los ovarios sino además un mioma con ubicación precisa. Así, el diagnóstico de la citología no solo le dio un nombre a ese “algo” sino que además estableció una coordenada de su ubicación que corroboró su presencia en un espacio del cuerpo, haciéndose finalmente observable. Al otorgarle un nombre y una ubicación, el diagnóstico produjo enfermedad y también afectó la experiencia corporal de Patricia:

(...) también sentía una presión así como interna, como que yo sentía el mioma, como que me bajaba, yo no sé. Como una cosa fuerte. Porque el mioma sí está como en la pared posterior del útero, creo que esa es la ubicación. Entonces, a veces, cuando iba a hacer del cuerpo me dolía. También a veces como en las relaciones sexuales me dolía, en ciertas posiciones y era así por la parte posterior, yo no sé, o si también era mi rollo o qué, pero en un momento hasta la copa [menstrual] me dolía, entonces también busqué lo de la esponja. (Entrevista 5)

El mioma uterino dolía cada vez que algo salía o entraba en el cuerpo de Patricia. Ejemplo de ello es la copa menstrual que varias de las mujeres entrevistadas utilizan y parece bastante cómoda pero para ella era muy doloroso incorporarla. Después le hicieron una ecografía a través de la cual pudo verificar que el mioma seguía creciendo. En el momento de la entrevista, el mioma había crecido dos centímetros. Además del “cuento” con la sangre, surgió un “rollo”, es decir, una relación incómoda con ese mioma porque le dolía. La experiencia corporal de “sentir” puede anteceder el diagnóstico pero también lo sucede. La presencia confirmada y visible del mioma en el cuerpo de Patricia era tan contundente al punto que afectaba su vida cotidiana, como ir al baño o tener relaciones sexuales.

El mioma creciendo obligó a Patricia a buscar más información sobre las causas de su presencia. Al mismo tiempo, comenzó a explorar terapias alternativas en las que conoció a otras mujeres y con quienes compartió su experiencia de la hemorragia. Hablando con ellas llegó a la conclusión que posiblemente había tenido un aborto espontáneo. Lo que se vivía como algo “normal” por años, es decir, por menstruaciones copiosas y dolorosas, dejó de serlo cuando su diagnóstico surgió de la conversación con otras mujeres le informó que pudo haber perdido un hijo:

Y entonces en ese momento alguien me dijo que por qué no me hacía eso [tomarse una prueba de embarazo], fue una enfermera, o algo así. Y yo no hice como buscar ese diagnóstico y eso, pero me quedó sonando. Y de repente yo sentía internamente que había algo más. (Entrevista 5)

La sospecha de Patricia la llevó a considerar que, ya no solo “tenía algo” que fue diagnosticado como mioma. Algo más que había causado una hemorragia y esto fue un aborto espontáneo. Patricia solo pudo compartir su diagnóstico con otras mujeres que asistían a las terapias que ella practicaba porque cuando lo hablaba con su familia o amigos se sentía “como loca”, le decían que: “eso nunca pasó, nadie te dijo eso’. Sí, como no me creyeron mucho” (Entrevista 5). En cualquier caso, el aborto espontáneo

sucedió en la experiencia de Patricia y le dio sentido a su síntoma. Ese posible diagnóstico no comprobado por la biomedicina afectó aún más su experiencia vital.

Esto es clave en la producción de enfermedad porque a diferencia de lo que señala Mol (2021 [2003]) cuando dice que para un diagnóstico clínico es indispensable que haya un paciente cuerpo que coopere con el médico. Lo que muestra el ejemplo de Patricia es que un diagnóstico sobre una enfermedad con base en un síntoma como una hemorragia no necesariamente requiere del concurso del médico y no por ello deja de ser diagnóstico. Patricia llamó a su hemorragia un aborto espontáneo. En el escenario etnográfico que exploré no es indispensable un diagnóstico clínico para producir la enfermedad, basta con que las mujeres sientan que lo que exploran en otros escenarios terapéuticos resuena con sus búsquedas.

Más adelante y con sus viajes a zonas de conflicto por el trabajo, el estrés de Patricia se acumuló por las historias de personas víctimas de conflicto armado en Colombia que escuchó. Un día tuvo una menstruación muy fuerte que la llevó a pensar que había tenido otro aborto. Confirmó con un examen que no había sido un aborto, pero “me sirvió para entender un poco cómo yo lo sentí la experiencia anterior y cómo fue esta. Pero digamos que esta nueva experiencia me sirvió para decir “tengo que procesar” más profundamente lo anterior” (Entrevista 5). Así, la comparación de sus experiencias con la menstruación posibilitaron reconocer que sí había tenido un aborto previo.

Luego de su experiencia de aborto, Patricia comenzó a cuestionar su deseo de ser madre y darse cuenta que sí lo quería ser. También se replanteó la relación con su novio, algo más joven que ella, porque él no quiere tener hijos. Para Patricia el hecho que su novio no se sintiera listo para ser padre y que luego no quisiera hijos fue una situación que entró en tensión con sus deseos. “Me da como raye, dije, pero es mi cuerpo, yo soy la chica, voy a tener que cargar un hijo y va a ser según el tiempo de él. Y luego entonces él dice: ‘que no, ya no quiero porque el mundo está súper poblado’, y bueno, cosas así” (Entrevista 5). Esta situación le permitió a Patricia darse cuenta que estaba pensando distinto a su pareja, y en un punto, dejaron de hablar sobre el tema e incluso casi se separaron. En el momento de la entrevista ella aún quería ser madre y él no.

Quiestes y ovarios poliquísticos

A diferencia de Mariana, no fue un dolor específico lo que condujo a Ana al médico pero sí el antecedente de su madre a quien le extrajeron el útero a los 50 años por una endometriosis. Ana decidió hacerse controles médicos cada seis meses desde, aproximadamente, los 22 años cuando “uno ya toma más consciencia del cuidado del cuerpo” y se decía así misma “no quiero tener nada” (Entrevista 6). La “conciencia del cuidado del cuerpo”, algo en que le ayudó también el feminismo en la universidad, el antecedente materno y el hecho de no querer “tener nada” en el útero fueron factores que incidieron en una observación constante de su cuerpo. Esta manera “obsesiva” de seguimiento posibilitó un diagnóstico médico de ovarios poliquísticos a los 23 años que no ha cambiado desde entonces: “El tema de los ovarios poliquísticos siempre ha estado, como que están ahí del mismo tamaño, eso ha estado controlado. (...) Y es un diagnóstico que persiste y está exactamente igual” (Entrevista 6).

Tomar más conciencia de su cuerpo supone, además, la aceptación de tener la enfermedad y afirmarse o presentarse desde allí, como cuando Ana me dice afirmativamente: “Tengo ovario poliquístico, sí” (Entrevista 6) o Mariana reconoce que “ya estaba enferma” (Entrevista 4). Es también entender y aceptar su presencia en el cuerpo. No se trata únicamente de la conciencia del cuidado de sí misma para prolongar la salud sino también de la conciencia de estar con enfermedad, como otro modo de vivir o andar la vida al que se refiere Canguilhem (1971). *Estar* y *tener* son dos formas de existencia que sitúa a las mujeres ante sus cuerpos y la enfermedad de manera distinta. Por un lado, es una manera de llevar una enfermedad, negándola o aceptándola, tratándola o no; por otro lado, es un modo de existir en el mundo estando, habiendo estado enferma o con el potencial de estarlo, más si hay antecedentes familiares. Asumirse desde “estar” enferma o “tener” una enfermedad, les permite no solo aceptar su presencia sino, de algún modo, convivir con ella, así sea desde el control como Ana cuando dice: “eso ha estado controlado” (Entrevista 6) o no parando bolas como Mariana.

Después de los “problemas fuertísimos con los ovarios” que tuvo Claudia al perder a su bebé, comenzó a buscar respuestas y a preguntarse qué pasaba con su cuerpo porque “fui mucho al ginecólogo y no me encontraba nada” (Entrevista 2). Decidió entonces ir a tomar yagé con un taita cofán: “el taita me revisó y me dijo que me revisara los ovarios,

cosa que ningún médico me había dicho, a pesar de todas las revisiones que me habían hecho” (Entrevista 2). Con esta información tuvo un diagnóstico que la acercaba a esa parte del cuerpo que tenía un problema y era la causa de sus malestares, pero necesitaba comprobarlo así que: “fui a otro médico que me hiciera una revisión y tenía un quiste gigante en el ovario derecho, pero gigante, era una pelota de aguacate, era una vaina atroz” (Entrevista 2). Este segundo médico completó el diagnóstico del taita y lo nombró quiste, además, con los exámenes confirmó su tamaño, un tamaño atroz. “Y me programaron cirugía. Yo no tenía EPS, yo no tenía nada, entonces corra a meterse a toda esa mierda. Y tenía mucho miedo porque si estaba demasiado grande me tenían que quitar el ovario” (Entrevista 2).

El parto de Camila fue muy difícil, según sus palabras, obligándola a seguir con controles médicos. Cuando su hija tenía entre 8 y 9 meses, le hicieron una ecografía transvaginal a Camila y le identificaron un “quiste gigante”. La doctora le dijo: “tú tienes un quiste muy grande en el ovario derecho, tenemos que operarte ya” (Entrevista 1). La urgencia de la operación para la doctora se debía a que podría “ser un cáncer”. Con este diagnóstico: “yo sentía esa masa, yo caminaba y yo sentía eso (...) como una bola ahí” (Entrevista 1). El diagnóstico no solo informó sobre la presencia de algo, lo nombró y lo caracterizó de acuerdo con su tamaño y ubicación, sino que prescribió la manera de tratarlo. Fue una situación parecida a la de Mariana cuyos incontables miomas la hicieron una candidata perfecta para una histerectomía aún antes de reflexionar sobre sus deseos y necesidades. Y de manera similar a Patricia, saber que tenía un quiste afectó la experiencia corporal de Camila, pues, comenzó a sentirlo como una bola. Tuvo que hacer muchas terapias por años para dejar de sentirlo.

A diferencia de Camila yo me enteré que tenía un quiste en un ovario por una emergencia y no en un control médico. En 2011, mientras vivía sola en otro país, una noche, después de una relación sexual, sentí el más intenso dolor de estómago que había tenido. Mi vientre se inflamó mucho y al ir al baño salió mucha sangre. Fui a una clínica de urgencias, me hicieron exámenes y descubrieron una hemorragia, resultado de un quiste en mi ovario izquierdo que estalló dentro de mí. Entonces me hicieron una laparotomía diagnóstica, un procedimiento para mirar directamente el interior del abdomen, me sacaron un quiste del ovario izquierdo y el diagnóstico del informe hispatológico fue “cistadenoma seroso”, un tipo de tumor ovárico no canceroso que se

desarrolla a partir de las células de la superficie del ovario. Estos tumores parecen globos con líquido en su interior, lo que había pasado en mi caso es que ese globo se reventó y llenó de líquido el abdomen. Solo hasta 2014, un ginecólogo me confirmó que tenía ovarios poliquísticos. Ya no quería vivir más esto y fue en 2015 cuando asistí por primera vez a una bendición del útero.

Candidiasis

Luego de la cirugía que le extrajo varios miomas, Mariana decidió dejar de estudiar un semestre de su especialización en ortodoncia y descansar. Fue justamente el semestre en el que nos conocimos. Un día tuvo que ir a la universidad a recoger su instrumental y tan pronto entró comenzó a sangrar "(...) solo pisar y sacar mi instrumental, yo me puse enferma, ese día yo vomité diez veces en el día, de lo mala que puse" (Entrevista 4).

Inmediatamente yo piso la universidad empecé a sangrar y yo ya estaba operada. Yo no sé si somatizo mucho las cosas, no sé qué pasa. Entregué las cosas, me saludé con mis compañeros, muchas niñas, mi carrera es muy femenina, entonces, pues hombres hay muy pocos. Me abracé con muchas de mis compañeras, me saludaron, me preguntaron que cómo me encontraba, pero a mí me hizo un daño que me abrazaran, me hizo un daño haber entrado ahí. Cuando salí de ahí empecé con un diagnóstico de candidiasis. (Entrevista 4)

Angustiada porque ya había pasado por mucho dolor físico con lo de la hemorragia y las masas en su útero se dijo así misma: "no, yo me enfermé de nuevo y no he tenido relaciones sexuales y no he hecho nada de qué culparme, ¿por qué otra vez me está volviendo a dar esto?" (Entrevista 4). Como si enfermar fuera su culpa. Indagando en Internet, de acuerdo con los síntomas ella misma formuló su diagnóstico: candidiasis. El sangrado era amarillo y olía mal. "Porque yo he leído, yo casi todo lo leo por Internet sola, como el medio le da a uno tanto la oportunidad de saber, yo dije: "yo voy a averiguar qué es lo que tengo". Y empecé a meter mis síntomas" (Entrevista 4). Como ya había visto la publicidad de *gynoCanesten* se auto recetó un tubo y se lo aplicó tres días seguidos pero seguía igual.

Entonces pidió una cita de emergencia al ginecólogo y no se la dieron. Finalmente, decidida, acudió a su ginecólogo aún sin cita y le pidió que la atendiera. Durante el encuentro con el médico:

Le dije: "doctor, yo no sé del tema, pero yo creo que tengo una candidiasis". Y el doctor decía: "no, eso está muy gallo, eso no puede ser una candidiasis, que no sé qué". Y pasé

al examen. Él tiene todo, él tiene ecógrafo, él tiene laboratorio, está todo en el consultorio de él. Hizo las pruebas y efectivamente era una candidiasis. Y era una candidiasis fuerte, fuerte. (Entrevista 4)

Mariana formuló su propio diagnóstico y su doctor solo tuvo que confirmarlo con exámenes. En efecto, como afirma Mol (2021 [2003]), se necesita de la cooperación de paciente y médico para hacer un diagnóstico. Lo que resalta del relato de Mariana es que el diagnóstico lo hizo ella misma antes de corroborarlo con su ginecólogo. Sin señalar si estaba en lo cierto o no reitero la capacidad de las mujeres entrevistadas para saber antes de cualquier prueba lo que pasa a su cuerpo. En algún sentido, sus experiencias previas y aprendizajes de sensaciones también hacen diagnósticos que moldean la experiencia. Pero la potencia de este diagnóstico no solo recae en la presencia de la candida en los órganos genitales de Mariana, sino en el acontecimiento de ir a la universidad y el estado emocional que produjo. Todo esto junto: candida, emociones y universidad hicieron la candidiasis.

Virus del Papiloma Humano

Así como Mariana, conocí las terapias de sanación del útero porque también quería saber por qué en un corto período de tiempo (entre 2010 y 2014) tuve tantos padecimientos relacionados con el útero. A diferencia de Ana, Patricia y Mariana, yo no experimenté menstruaciones dolorosas o con sangrados abundantes desde mi adolescencia. Padecía cólicos en algunas menstruaciones pero no era algo que llamara mi atención. Solo hasta 2010 tuve un sangrado de casi tres meses pero pensé que podía ser parte de la irregularidad de la menstruación que causaban las inyecciones que usaba como método anticonceptivo. Por esa época estaba bajando de peso y me sentía muy triste por terminar una relación. Para mí a los 24 años y en ese momento de mi vida fue una situación muy dolorosa. Aún así, pedí una cita y la médica ordenó varios exámenes: citología vaginal, biopsia de cuello uterino y colposcopia.

Después de la citología vaginal, una mujer llamó a mi casa para darme los resultados del examen. Esto me asustó porque me habían llamado a informarme por los resultados del examen. Tenía células anormales en el cuello uterino y necesitaba una pronta revisión ginecológica. Al colgar lloré y deduje que era una enfermedad de transmisión sexual así que con mucha rabia llamé a mi ex novio para contarle y hacerle el reclamo. Él no supo

que decir, se asustó y lloró. Sentí que sería inútil mi reclamo así que lo mejor sería buscar atención médica pronto. Me practicaron una biopsia de cuello uterino y una colposcopia y el diagnóstico fue un “foco sospechoso de neoplasia intraepitelial vaginal grado II con cambios asociados al virus del papiloma humano (VPH)”.

Asistí a la cita con el ginecólogo que estaba en compañía de un grupo de estudiantes de medicina. Me pidió que entrara a su consultorio, revisó los resultados de los exámenes y procedió a decirme que las células anormales eran producto del virus del papiloma humano. Yo no había escuchado de esa enfermedad hasta ese día y entonces le pregunté cuál era su causa. Me explicó que ese virus se contrae por tener relaciones sexuales y que son los hombres quienes lo portan pero se desarrolla en las mujeres. No pude evitarlo pero me sentí apenada frente a él y sus estudiantes. Sentí de algún modo que era culpable y que seguramente había tenido una conducta promiscua que me puso en esa situación.

La prescripción del ginecólogo fue entonces que dejara que mi cuerpo sanara sin medicamentos o intervenciones y volviéramos a hacer control en seis meses porque “yo era joven y me podía curar sola”. Tanto fue mi miedo que por consejo de mi mamá decidí tener una segunda opinión médica. Fui a una clínica especializada en cancerología en donde me atendió una ginecóloga. Me prescribió los mismos exámenes especializados y otros adicionales para verificar mi estado de salud. El diagnóstico fue “lesión escamosa intraepitelial VAIN II focal” así que la médica me dijo que no esperaríamos y, en cambio, programó una cirugía de electrocauterización de cérvix para eliminar las células anormales antes que fueran cáncer. En el momento del procedimiento, la médica evidenció más células anormales así que programó un segundo procedimiento y me prescribió la vacuna contra el virus del papiloma. La segunda opinión médica confirmó que mi cuerpo no sanaría solo y que, en cambio, había generado más células anormales en menos de seis meses. Ese fue el inicio de una serie de padecimientos que para mí no fueran “normales” sino alarmantes al punto de traerme hasta aquí para escribir sobre el útero.

Atravesar la enfermedad y cambiar el destino

Las trayectorias corporales de enfermedad de las mujeres que he presentado en este capítulo están delineadas por situaciones dolorosas o que causan sufrimiento y que se han tejido con experiencias corporales. Situaciones de pareja, académicas o laborales que causan estrés o dolor se han prolongado a los cuerpos de las mujeres entrevistadas detonando síntomas como sangrados excesivos, dolores en el vientre o inflamación en los ovarios. Algunas de estas experiencias, con el tiempo, se han normalizado en concordancia con prejuicios que dictan que las mujeres deben padecer por tener cuerpo de mujeres (Martin 2001; Tovar 2004b). Este padecimiento incluso llega a ser un tema del que no se habla porque sería un asunto privado que les corresponde vivir en silencio solo a las mujeres que lo sufren. A veces estas situaciones son tratadas como parte de la imaginación de las mujeres (Tovar 2004b) y tal vez por esto Patricia tenía su “cuento” con la sangre, como algo ficticio, una historia que se narró a sí misma.

Cuando los padecimientos ya no fueron soportables y los síntomas se manifestaron intensamente, las mujeres acudieron al médico y recibieron diagnósticos, o ellas mismas los formularon. En el encuentro médico cooperaron describiendo lo que les pasaba, vivieron en carne propia las tecnologías que corroboraban la presencia de algo anormal en el cuerpo y escucharon el conocimiento del médico, médica o terapeuta que nombraba la enfermedad corresponden y por qué aparecieron los síntomas. En ocasiones, el diagnóstico no requirió de este encuentro sino de la indagación personal de la paciente hablándolo con otras mujeres o usando herramientas como Internet. Gracias a los diagnósticos clínicos que se soportan en tecnología médica como las citologías y ecografías, lo que causaba el dolor se tornó observable, medible, cuantificable y ubicable. Lo que para Mariana era un dolor por gastritis y otro fuerte periodo menstrual, devino un número incontable de tumores en su útero. Con esto es importante resaltar que el diagnóstico nombra y produce enfermedades del útero como miomas, quistes, ovarios poliquísticos, candidiasis, y las mujeres también dan forma a los diagnósticos a partir de sentir su cuerpo.

Al mismo tiempo, los diagnósticos afectaron la experiencia corporal. Un diagnóstico que da nombre, tamaño, ubicación y forma a la causa del padecimiento afecta la sensación que las mujeres tienen de su cuerpo. Patricia sentía el mioma como una “cosa fuerte”

que le dolía durante sus relaciones sexuales, cuando iba al baño o usaba la copa menstrual; Claudia visualizó su quiste como una pelota de aguacate, “una vaina atroz”; y Camila sentía el quiste como una bola mientras caminaba. Así, los diagnósticos posibilitan habitar el cuerpo de manera distinta y situada, pues las enfermedades no se manifiestan de la misma forma aunque tengan las mismas denominaciones biomédicas: quistes, miomas, infecciones.

Con los diagnósticos las mujeres enfermaron del útero. Enfermar del útero supone un reconocimiento de estar, tener y sentir la enfermedad y esto pasa por varias experiencias corporales. En este caso, las enfermedades tienen un carácter material sangriento, oloroso, inflamado, incómodo que define y moldea de manera diferenciada las trayectorias corporales de las mujeres entrevistadas y que indica algo más sobre sus cuerpos.

Aunque todas pudieron enfermar del útero, las mujeres experimentaron sus cuerpos de manera distinta y situada, según el momento de sus vidas. Camila no padeció de infecciones vaginales sino hasta que su esposo tuvo relaciones sexuales con otras mujeres mientras seguía siendo su pareja; Claudia supo que tenía un quiste en su ovario cuando comenzó a sentir inflamación y tener sangrados abundantes después del aborto espontáneo; Mariana siempre tuvo menstruaciones abundantes pero no fue sino hasta un sangrando intenso que descubrió miomas en su útero mientras hacía un posgrado que no la satisfacía; Patricia tenía su “cuento” con la sangre desde niña y luego quistes en los ovarios por su herencia familiar pero la hemorragia que la incapacitó mientras estaba en un trabajo estresante la condujo a descubrir un mioma en su cuerpo y un aborto espontáneo; y Ana, con menstruaciones abundantes y dolorosas desde la adolescencia, supo del diagnóstico de ovarios poliquísticos en la universidad. Si bien pudieron experimentar dolores o síntomas parecidos, o ser diagnosticadas con enfermedades similares, sus trayectorias corporales tuvieron puntos de bifurcación que cambiaron sus destinos en términos de salud como profundizaré en el siguiente capítulo. Estas trayectorias corporales trazadas hasta aquí comienzan a contar historias diferentes en adelante.

2. Tecnologías de sanación

Después de recibir los diagnósticos, Camila, Claudia, Mariana, Patricia y Ana continuaron con los tratamientos biomédicos y simultáneamente recurrieron a distintas terapias alternativas. En algunos casos, las cirugías, y en otros, los medicamentos prescritos para erradicar o controlar sus enfermedades, resultaron violentos, dolorosos e incómodos. Su formación educativa, situación laboral, apoyo familiar y social les posibilitaron conocer y acceder a estos tratamientos alternativos que ampliaron las posibilidades para sanar y le brindaron marcos de sentido diferentes al biomédico.

Por ello en este capítulo me ocupo de la manera en que las mujeres vivieron los tratamientos biomédicos y las terapias alternativas, que he denominado *tecnologías de sanación*, y me enfoco en cómo estas afectaron sus cuerpos. Como mencioné en la introducción de este trabajo, propongo referirme a los tratamientos y terapias como tecnologías de sanación porque operan a partir de un conjunto de diagnósticos, explicaciones sobre el origen de las enfermedades y prácticas concretas para sanar el útero. En esta parte examino tales explicaciones y prácticas. Analizo cómo en la práctica emergen nuevos diagnósticos que explican el origen de sus enfermedades y articulan diferentes partes de la historia de vida de las mujeres.

Antes de continuar remarco una diferencia importante frente a categorías tradicionales de la antropología médica. El concepto de “itinerario terapéutico” ha sido ampliamente usado en los estudios etnográficos sobre la salud (Suárez y Forero 2002; Suárez et al. 2004; Suárez, González y Viatela 2004; Fleischer 2006; Perdiguero y Tosal 2007; Ramírez 2009; García y Argüello 2013; Goldberg 2014; García 2017; Garzón 2018). Un itinerario terapéutico alude a los tratamientos y terapias por los que una persona decide transitar en un determinado contexto para curar lo que percibe como una enfermedad (Perdiguero 2010; Casado 2016). El itinerario terapéutico como categoría en los estudios de salud

puede ser bastante útil para organizar la secuencia de terapéuticas en los relatos de los pacientes pero deja de lado otros elementos que no necesariamente son terapéuticos, que pueden tejerse con acontecimientos de la vida de las personas y que inciden en su curación o tratamientos. A partir de los relatos de las mujeres que entrevisté, esta categoría no es suficiente para dar cuenta de sus trayectorias corporales, y por tanto, de los cambios que pudieron o no haber vivido en sus cuerpos. No intento señalar qué tan efectivas o no fueron estas terapias, o hacer una lista de las mismas para describir el itinerario de las mujeres, sino seguir sus experiencias corporales durante un tratamiento o una terapia a partir de sus relatos.

Orígenes de la enfermedad

Al preguntarse por ese “algo más” que hay tras el dolor y la enfermedad, las mujeres comenzaron a buscar respuestas u otros diagnósticos. Debido a inconformidades por explicaciones insuficientes en los diagnósticos biomédicos, las mujeres buscaron formas de averiguar qué originó las enfermedades en su cuerpo y así tomar decisiones para tratar las enfermedades. Por ejemplo, aunque Mariana aceptó los tratamientos biomédicos sugeridos por sus médicos, no dejó de indagar por su cuenta qué es lo que le sucedía a su cuerpo, sobre todo después de padecer una candidiasis y tener otro mioma luego de una cirugía que pensó que erradicaría sus dolores.

“Hijos que uno no ha podido engendrar”

Investigando en Internet, Mariana encontró testimonios de mujeres sobre enfermedades del útero que ampliaron su visión sobre la etiología de este tipo de enfermedades. Uno de esos testimonios le causó impacto porque consideró que podía explicar su propia experiencia. El testimonio era sobre una mujer que padecía de masas en el útero pero no quiso someterse a ningún tratamiento médico así que:

Ella solamente se fue por la parte espiritual y por la parte holística. Y ella entendió la enfermedad del siguiente modo: que los miomas uterinos, que las masas uterinas, los tumores uterinos son hijos que uno no ha podido engendrar y que los formamos. Los hijos se forman de un hombre y una mujer con un óvulo y un espermatozoide. Este es un ser que se forma solamente de lo uno, de un óvulo. Entonces al no poderse formar como debiera ser, se forma una masa mala. Según ella, es una masa que no puede ascender entonces que uno debe ayudarlo porque son sus deseos reprimidos. Ya sea o que usted no ha tenido hijos, no puede tener hijos, desea un hijo pero no tiene pareja o su relación es muy disfuncional o tiene problemas con algún miembro de su familia. (Entrevista 4)

De acuerdo con este testimonio, las masas uterinas son hijos que no pudieron nacer porque no se formaron adecuadamente “de lo uno”, es decir, de la unión entre un óvulo y un espermatozoide. Los hijos entonces que no se formaron en el útero y devienen masas uterinas materializan el deseo inconcluso de ser madre y no poder serlo. En ese sentido, el cuerpo de Mariana estaba informándole que todas esas masas que se formaron en su útero eran las veces que deseó ser madre y no lo fue, pues, en su relato las múltiples decepciones amorosas y su vida sexual no le han permitido formar una familia.

La experiencia de Mariana con una terapeuta holística la confrontó con varias de sus experiencias de vida y cambió su perspectiva frente a las enfermedades. “Cuando yo llegué a donde la terapeuta sentí que las terapias [de] ella, ella me empezó a hacer ver la enfermedad desde la parte espiritual” (Entrevista 4). La terapeuta se llamaba Gloria y según la descripción de Mariana era un mujer gruesa y de unos 65 años, como su mamá. Gloria inició la terapia preguntándole el motivo de su consulta: “le dije a ella que me encontraba muy enferma, que me habían hecho una ecografía, me habían diagnosticado un tipo de masas pero que eran tantas las masas que no las podían contar y que tenía una hemorragia impresionante” (Entrevista 4). Según Gloria, “muchas veces un sangrado muy fuerte, que uno piensa que es un periodo es una pérdida de un bebé” (Entrevista 4). Gloria le dijo que por experiencias en sus vidas pasadas y en esta vida esas masas eran bebés que no pudieron nacer.

Gloria le explicó que los hijos de una persona le piden al “padre”, es decir dios, les permitan ser hijos de una u otra madre. Según la explicación de Gloria no importa de qué manera haya sido el aborto (espontáneo o inducido) ya que “llegaban aquí era porque deseaban ser abortados, porque en otras vidas se han suicidado, se han quitado la vida. Y es como una manera de pedirle al padre porque ellos dizque ya saben que uno es el canal correcto para el aborto” (Entrevista 4). Desde este punto de vista, si bien Mariana puede ser responsable de sus enfermedades por el estilo de vida que ha llevado en esta vida, al mismo tiempo, es un cuerpo elegido por almas que desean abortar.

Por su profesión en el área de la salud, durante la entrevista Mariana utilizó el lenguaje médico para explicar las posibles causas de sus enfermedades. Me dijo que, según los médicos, “uno es [se refiere a las mujeres] propenso a los miomas, al cáncer, a todo eso

cuando ha tenido abortos o cuando ha tenido embarazos ectópicos, situaciones de esas” (Entrevista 4). Hay ciertos acontecimientos para la biomedicina que desencadenan enfermedades del útero y uno de ellos es el aborto. Es así que para la biomedicina las conductas individuales hacen que las personas tiendan a enfermarse. Con la explicación biomédica, esta experiencia cobró otra relevancia en la historia de Mariana porque tal vez ella pudo haber sido “responsable” de enfermarse al practicarse un aborto a los 16 años.

Tanto en el punto de vista “espiritual” del testimonio que narró Mariana así como en lo que ella dice que explica la biomedicina, los miomas y enfermedades del útero son producto de no llevar una gestación a buen término. En cualquier caso, es el resultado de las decisiones que las mujeres tomaron o de sus deseos no resueltos: no querer hijos o no poder tenerlos. Decisiones de vida, como el hecho de abortar, hacen úteros potencialmente enfermos con miomas. Ese hijo que pudo haber sido se convierte en una masa o “semilla mala” generada por la mujer:

Quando un embarazo no es compatible con la vida una manera es que el cuerpo lo expulsa en el periodo y no se da el embarazo. Además cuando uno estudia acerca de los miomas uterinos, los miomas son masas compuestas de los mismos tejidos del cuerpo humano. O sea que es una masa generada por la mamá, por la mujer, como si hubiera generado un hijo solo pero es una semilla mala. Es una semilla mala de sus mismos dolores o padecimientos. (Entrevista 4)

La “semilla mala” es entonces un sentimiento de dolor que se guarda en el útero y se materializa como mioma. Mariana siguió indagando en Internet por las causas de los miomas uterinos y: “fue cuando empecé a darme cuenta que ellos [terapeutas alternativos] le dan origen a esa enfermedad por semillas malas o sentimientos que uno aloja en el útero de resentimientos, de dolor y como si el útero fuera el segundo corazón de la mujer” (Entrevista 4). Así, el útero no solo es el lugar donde se gestan hijos sino también donde se gestan emociones.

Somatización de las emociones

Mariana no quería volver a la universidad porque no le gustaba la especialización que estaba estudiando, así que decidió ir a recoger el instrumental que había dejado desde el día que comenzó a sangrar y también a entregar los exámenes diagnósticos de sus pacientes de ortodoncia. Ese día:

Yo pisé la universidad e inmediatamente me empezó otra vez el sangrado y luego la candidiasis. El doctor me dijo que era por la baja de defensas, la cándida en las mujeres es normal, ella habita en nuestros órganos genitales. Pero cuando se expresa más es porque nuestro sistema de defensas está muy bajo. Y todo se asoció perfectamente. Yo emocionalmente estaba muy baja, entré a la universidad, tuve una recaída más el sistema de defensas bajo, se expresó la cándida. (Entrevista 4)

Para el médico que la atendió, la candidiasis resulta de la baja de defensas en el cuerpo y para Mariana esto equivale a estar emocionalmente “muy baja”, es decir, triste. Estar triste y sin defensas hace que su cuerpo sea un escenario susceptible de enfermarse. En el caso de Claudia, las emociones se articulan con otros elementos: “Yo tomo mucha cerveza y paila, me da candidiasis, porque la cándida es amiga de la levadura. Y si a eso le sumas que la cerveza te deprime por falta de azúcar está el ambiente perfecto para generar condiciones, más el agua, más el jabón” (Entrevista 2). Deprimirse abre la posibilidad que un hongo como la cándida se exprese. Eventos emocionales, cooperando con muchas otras cosas –comida, espacios, objetos– hacen parte del origen de la enfermedad.

Rocío coincide en la relación entre las emociones y las enfermedades desde su perspectiva como terapeuta. Las terapias que ella ofrece y que se centran en el útero se basan en la concepción de la enfermedad como “un desequilibrio que hay en el cuerpo por algo que pasó emocionalmente” (Entrevista 3). Había mencionado en el capítulo anterior que la enfermedad, de acuerdo con Rocío, se origina por un duelo que no se ha resuelto a causa de una situación o evento que afectó emocionalmente a las personas. Rocío me explicó esto con algunos ejemplos de situaciones difíciles que pueden marcar la vida de una persona como la muerte de parientes, la separación de los padres o abusos sexuales que si no tienen un “manejo” en el momento en que ocurren o un acompañamiento para “interiorizarlo” y “resolver” esa emoción, “es como si te quedara atrapada una parte de tu vida” (Entrevista 3). Ante estas experiencias el dolor no ha sido atendido ni a tiempo ni adecuadamente. Por no hacer un duelo ante una emoción negativa, ante una situación dolorosa esa parte de la vida queda atrapada, como en pausa, dando cabida a enfermedades, y en el caso de las mujeres, enfermedades del útero. En sus terapias propone trazar una “ruta del duelo” que delinea una trayectoria emocional que no solo conduce al origen de la enfermedad sino que permite identificar el proceso que dio cabida a esa enfermedad:

Y una primera escala en esta ruta de las enfermedades es que empiezas a sentir soberbia, entonces la soberbia empiezas a mirar feo, empiezas esa actitud. Entonces empieza a manifestarse la soberbia. Si tú no resuelves ahí en ese momento, empieza a manifestarse el mal genio. Entonces cuando ya viene el mal genio empiezan las palabras, empiezas a decir palabras groseras, actitudes groseras. Ya vienen otras cosas. Entonces viene la rabia. Ya si no has superado, en la rabia empiezas a tirar cosas, empiezas a arrugar cosas. Ya empiezas a pegar cuando irradias... ya quieres pegarle. Y ya después viene el odio, la venganza, cuando te dan ganas de matar, cuando te das ganas de suicidarte, cuando ya piensas en muerte. Cuando estamos en la rabia es cuando empiezan a aparecer quistes, empiezan a aparecer miomas, empiezan a aparecer cánceres. Para nosotros eso es el cáncer, rabia. (Entrevista 3)

Lo que antecede a las enfermedades es una trayectoria de emociones cada vez más intensas, como una escalada del sentir. Esto afecta a todo el cuerpo pero cada emoción puede manifestarse corporalmente de distintas formas. En cualquier caso, para Rocío resolver lo que originó la enfermedad supone mirar el cuerpo en su conjunto. Siguiendo el presupuesto de que cada mujer es un “universo diferente”, como terapeuta Rocío mira de qué se puede enfermar el útero de sus pacientes. “Puede ser por la relación con su compañero, puede ser por duelos, siempre es por un duelo que no se ha resuelto, un duelo con su compañero, un duelo con mamá, un duelo con papá, un duelo con uno mismo” (Entrevista 3).

Con el acercamiento a terapias del útero, las mujeres aprenden entonces a identificar sus emociones y a reconocer de dónde surgen sus padecimientos dando un sentido diferente a sus experiencias corporales. Mariana mencionó en su relato cómo cuando fue a la universidad a recoger su instrumental muchas de sus compañeras la abrazaron y eso le hizo daño por lo que no sabía si es que ella somatizaba mucho las cosas o por qué esa situación le produjo después candidiasis. En otro momento, su terapeuta le habló de una vida pasada donde había sido violada y ella no sabe si “somatizó el problema” pero las imágenes se le pasaron como si las estuviera viviendo, es decir, pudo experimentar lo que su terapeuta le narraba. Mariana se refirió a “somatizar” porque ha aprendido a sentir su cuerpo y reconocer las situaciones, personas y relaciones que le producen daño:

Porque cada vez que yo tengo un sentimiento muy fuerte a mí se me traduce es acá [señala su vientre]. Yo no siento el dolor en la cabeza, yo no siento dolor en el pecho, yo lo siento acá. Y eso sí lo sigo experimentando, yo sigo experimentando un leve sangrado cada vez que algo me duele. Algo me duele es que alguien hirió mis sentimientos. En mi casa alguien me dice: “usted es una irresponsable”. O que me digan algo ofensivo yo lo somatizo en el útero. A mí se me inflama e inmediatamente me empieza a sangrar. Y siento que todavía no he curado del todo. (Entrevista 4)

Mariana se refiere a que las situaciones que la lastiman emocionalmente afectan su útero porque es allí donde le duele. Para Claudia, quien está aprendiendo sobre estas terapias, es un hecho importante que las situaciones que hacen daño a las mujeres recaen en el vientre, es decir, en el útero. El vientre es la coordenada corporal donde las mujeres entrevistadas ubican su útero. Y ellas lo sienten, sienten calor, sienten frío, sienten palpitación. Patricia, por ejemplo, sintió un latido y entonces su cuerpo fue un cuerpo con dos corazones en los que uno de ellos era al mismo tiempo su útero. Por eso es necesario tener buenas relaciones porque “es que si no lo voy a tomar muy personal y cada cosa, cada cosa, cada cosa [se señala el vientre]. Entonces en las mujeres recae mucho ahí. En los hombres recae en su autoestima, en su poder personal, en su poder de sustento” (Entrevista 2). Con esta afirmación Claudia remarcó la manera como las situaciones o relaciones pueden afectar de manera diferenciada a mujeres y hombres, por lo que en el caso de las mujeres el útero es el receptor de dolor, especialmente, del dolor causado por las relaciones con otros. Pero además de ser una parte del cuerpo que se relaciona con las emociones también es más que sí mismo, es el vientre sensible a las emociones. Solo que este útero no es el útero incontrolable de la histeria y que reduce todas las experiencias emocionales de las mujeres a un órgano, sino un cuerpo con útero que es capaz de sentir o informarles a las mujeres lo que les hace daño, las lastima y causa dolor.

El útero, como el resto del cuerpo, se puede enfermar por un duelo no resuelto, como ya lo he mencionado varias veces, pero a diferencia de otras partes del cuerpo, el origen de lo que lo puede afectar está en cierto tipo de relaciones, situaciones o áreas de la vida como la sexualidad. De acuerdo con Rocío, algunas de las razones por las que las mujeres enferman del útero:

(...) puede ser desórdenes sexuales entonces tenemos la capacidad o tenemos la oportunidad de guardar memoria. Y tenemos memoria. Si tú tienes parejas, diferentes parejas, estás con diferentes hombres por un periodo de tiempo determinado tú vas guardando esa memoria. Si tú no haces los duelos, si no haces como ese proceso de limpieza en consciencia de que ya no están con esa persona y vienes y entonces después estás con otra persona, esa memoria va quedando, va quedando ahí guardada. (Entrevista 3)

Así, el útero es un lugar del cuerpo en el que se depositan memorias de experiencias en relaciones erótico afectivas, y según el ejemplo de Rocío, en relaciones heterosexuales.

El duelo, en este caso, permite que la persona acepte que ya no estará en esa relación antes de iniciar una nueva evitando “desórdenes sexuales”, es decir, tener varias parejas o cambiar de una pareja a otra. En otras palabras, el tipo de relaciones que una mujer tenga puede afectar directamente a su útero:

Y yo sé, yo puedo sentir cuando algo mal sale en mi cuerpo y yo sabía que esa vez que me iban a hacer una ecografía yo tenía un nuevo mioma. Yo sentí el dolor porque esos hombres que supuestamente yo había entregado en esa terapia del perdón [la que inició con Gloria], el liberarme de esas relaciones. Los hombres son seres, los muchachos como que lo buscan a uno, en las malas te dejan, en las buenas regresan, saben donde hay cabida como para salir, quién es fácil y quién es menos fácil. Y hay hombres de mi pasado que me han vuelto a llamar, a molestar, a que salgamos. Y a mí eso me ha dolido. Y cuando me duele se me somatiza acá [toca su vientre]. Y yo vuelvo cierro mis ojos, vuelvo y pienso: “Dios mío, por mi irresponsabilidad yo nunca fui capaz de hacer una familia, no sé qué”. Y yo dije: “estoy anidando otra vez este problema”. (Entrevista 4, aclaración añadida)

La aparición de los miomas en su útero también tiene que ver con la manera en que se relaciona con algunos hombres potenciales parejas. El mioma ha cambiado porque ya no es solo lo que le diagnosticaron sino también memorias de dolor por cierto tipo de relaciones con hombres. El mioma es anidar ese problema. Mariana tiene un cuerpo que es afectado y ha aprendido a afectarse por ese cuerpo entendiendo el lenguaje del útero en el que el mioma es el problema anidado. No obstante, como lo ve Mariana, no solo es por la aparición de esos hombres en su vida sino además por su “irresponsabilidad” al no ser “capaz de hacer una familia” lo que genera que esos dolores se aniden en su útero y hagan miomas. De esta manera, Mariana se posiciona en un lugar de culpa por ser mujer, por tener útero, por tener relaciones sexuales y por no cumplir su destino social como mamá. “Porque yo sí he sentido, yo sí hace más de unos doce años sí he querido ser mamá. No sé, es un revuelto de emociones porque sí he sido irresponsable y a la vez sí quiero ser mamá” (Entrevista 4). Ella ha incorporado a tal punto esta culpa que cuando alguien en su familia le dice: “usted es una irresponsable”, ella lo cree y lo siente o “somatiza” en su cuerpo. En este sentido, “somatizar” es como el útero es afectado: afectado por el mundo en el sentido de Latour (2004), afectado por como las mujeres se relacionan, es como se siente el mundo en el cuerpo. A ella le duele que la busquen para “salir” y ese dolor, ese malestar que le generan este tipo de relaciones se hacen cuerpo en su vientre. Es un cuerpo capaz de decirle cosas que antes no. Antes su cuerpo tenía un órgano, el útero, que emergía en la ecografía con miomas; ahora tiene un útero que es vientre que siente y se expresa a través del mioma.

Karma y justicia divina

Gloria le dijo a Mariana: “hay que atenderte urgentemente, el padre y la madre están de mal genio contigo, están muy disgustados contigo, con la clase de vida que has llevado, alrededor tuyo estoy viendo siete bebés” (Entrevista 4). Mariana me dijo que en ese momento no sabía a lo que se enfrentaría. Tuvo susto:

(...) “tú has tenido siete pérdidas en esta vida y esos niños sufren mucho alrededor tuyo cuando tú te vas a una fiesta, cuando tu sufres, terminas con un novio, cuando te pasa algo, ellos alrededor tuyo sufren, ellos siempre están contigo cuando tú andas ellos andan contigo. Entonces imagínate cómo está el padre contigo. Hay que hacer muchas terapias, hay que pedir mucho perdón Mariana porque es que tú te vas a morir y las oportunidades se dan una sola vez”. (Entrevista 4)

Como si de un castigo se tratase las enfermedades habían llegado a su vida para mostrarle todo lo malo que había hecho. El proceso de sanación iniciaría con el perdón que debía ofrecer a dios por su mal comportamiento en esta vida, antes que tuviera que reencarnar y repetir la experiencia. De hecho, Mariana se percibió así misma como culpable de sus padecimientos porque: “Siempre fui una mujer muy irresponsable con mi sexualidad y con la planificación, pese a ser de la salud, nunca le paré bolas a esa situación” (Entrevista 4). Esta percepción sobre sí misma comenzó cuando la doctora Gloria le preguntó por el número de parejas sexuales que había tenido: “la doctora empezó a notarme todas esas cosas (...) Yo he tenido bastantes parejas sexuales pero siempre fui muy indisciplinada con el tema. Realmente, fui muy indisciplinada con el tema” (Entrevista 4).

Gloria tenía un don que le permitía ver las vidas pasadas de sus pacientes. Es así que en esta primera cita le pidió a Mariana que cerrara los ojos y se concentrara porque iba a intentar ver sus vidas pasadas. Y ella le dijo: “lo único que yo puedo ver es que tú estás en un bar, estás como en un vestido ligero y llega una serie de hombres como uniformados, como militares, te violan y el último te mata” (Entrevista 4). Lo impresionante es que Mariana pudo seguir la escena que le estaba narrando Gloria:

Cuando ella me está contando esas cosas a mí se me estaba pasando, no sé por qué, pero se me pasa todo eso por la cabeza, la imagen se me pasa, como si yo la estuviera viviendo. No sé si fue que somaticé el problema o que si realmente uno no sabe qué personas pueden tener algo de especial, con qué dones pueden llegar. (...) Y yo veo, yo podía ver, yo podía ver mi imagen vestida en un *babydoll* rosado bailando en un bar con unas mesas de madera y cuando llegan y me violan y me matan. (Entrevista 4)

Siguiendo su hábito investigativo, Mariana comenzó a leer sobre el *karma*. Encontró que “el karma uno lo acumula acá o lo ha acumulado en otra vida, que es de las acciones negativas que uno ha hecho en otra vida” (Entrevista 4). Para varias religiones, como el budismo o hinduismo, el karma es una energía que resulta de las acciones de las personas y sus respectivas consecuencias. Desde esta perspectiva, sus experiencias dolorosas se remontan a vidas pasadas haciendo de su trayectoria corporal de padecimiento, una trayectoria que supera su actual existencia. Por el karma con los militares que la violaron en esta vida ha experimentado dolor físico y perdido varios bebés. Parece algo injusto porque si fue violada en otra vida no tendría que arrastrar un karma por acciones de otros. Aún así, el karma son los bebés que no nacieron de esa violación. No es casualidad entonces, como me explicó Mariana, que en esta vida haya salido con tantos militares y que sus parejas estén vinculadas al ejército pues se siente muy atraída por los uniformes que portan.

La idea del karma y de las acciones de Mariana como desencadenantes de enfermedades coincide en parte con la perspectiva terapéutica de Rocío, según la cual la enfermedad puede ser un pago por lo que se ha hecho:

La enfermedad también es una justicia divina no mirada como una justicia castigadora. Sino la misma vida está haciendo justicia de la vida que tú has llevado. Justicia también pero esa justicia para que aprendas desde lo bonito, no desde de lo feo que te está castigando o desde el dios castigador. (Entrevista 3)

La enfermedad como justicia divina se acerca a la concepción de la terapeuta de Mariana, Gloria, quien la señaló por llevar una vida sexual indisciplinada. Sin embargo, Rocío matiza esta perspectiva y señala que no se trata de un castigo o un “dios castigador” sino de una experiencia que da cuenta del tipo de vida que una persona ha llevado y que pudo haber causado daño a su cuerpo. Por esto, vista la enfermedad “desde lo bonito” es una oportunidad para resarcir lo que se ha hecho mal. Así las cosas, las mujeres pudieron haber sido responsables de la enfermedad pero tienen, al mismo tiempo, la capacidad y la oportunidad de sanar.

La enfermedad como justicia divina en las terapias alternativas que ofrece Rocío tiene su correlato en la visión biomédica de los procesos ginecológicos de las mujeres. Esta concepción prolonga aquella visión biomédica y social que responsabiliza a las mujeres por la aparición de ciertas enfermedades como un castigo por no cumplir con el rol que

socialmente se les ha asignado como mujeres (Tovar 2004b), solo que en este caso, la culpa recae por llevar un estilo de vida o una conducta sexual irresponsable. Estas perspectivas dejan de lado las posibilidades que las mujeres tienen o no de prevenir situaciones que las lastimen o patrones culturales que las ponen en lugar de desventaja frente a los hombres, es decir, por qué una conducta sexual es solo responsabilidad de las mujeres y no de sus parejas. Es la reflexión también por la responsabilidad de Mariana en la experiencia de violación de otra vida, que la castiga en esta vida mediante abortos.

La enfermedad te está dando un mensaje

La enfermedad que se origina por un duelo no resuelto tiene, por decirlo de alguna manera, una misión en la vida de las personas. Siguiendo la concepción que orienta el trabajo terapéutico de Rocío:

La enfermedad es una oportunidad, como una oportunidad de sanar y es una oportunidad de transformar. Te está diciendo, te está dando un mensaje. Entonces le apuntamos a que tengamos esa conciencia de poder mirar las señales que nos está dando la enfermedad, y no tapar. Entonces te duele la cabeza y tú te tomaste una pasta y borraste la señal y no sabes por qué te dolió la cabeza. (Entrevista 3)

Por ello Rocío me habló de la “ruta del duelo” que supone seguir las señales del cuerpo para investigar el origen de la enfermedad en lugar de tratarla con pastas u otros tratamientos que atacan el síntoma. En cambio, cuando atienden esas “señales”, síntomas o malestares de manera consciente, la enfermedad no solo es la manifestación de un desequilibrio emocional sino también una “oportunidad” para sanar y transformar. Desde este punto de vista, la enfermedad es una mensajera del cuerpo que hay que escuchar porque dice cosas de las cuales no somos conscientes, es decir, que no sabemos o no reconocemos. Para escuchar ese mensaje, en el caso de las mujeres entrevistadas, hay que aprender a ser afectado por el útero, capaz de enviar esos mensajes.

Para Patricia, la enfermedad a veces es “una oportunidad para ver qué otras dimensiones de tu vida necesitan como un ajuste o algo” (Entrevista 5). Mientras recurría a varias terapias alternativas, Patricia hablaba mucho con una amiga interesada en la medicina germánica –una medicina alternativa que considera a las enfermedades como el resultado de un conflicto emocional– y quien le decía que la enfermedad “realmente no

es enfermedad sino que es como una potencia como para ver qué está pasando, para analizar qué ha pasado con tu linaje” (Entrevista 5). De esta manera, a diferencia de la perspectiva biomédica, para la cual la enfermedad es una patología que hay que tratar, la concepción de la enfermedad como oportunidad le devuelve agencia a las mujeres para equilibrar su estado emocional, resolver el duelo y sanar la enfermedad que las aqueja. La responsabilidad sigue en manos de las mujeres pero ahora por su potencial transformador. La enfermedad como algo que pasa, como si no pudiera evitarse, se presenta como una mensajera que informa sobre la necesidad hacer cambios en la vida. Podríamos señalar que una vez las mujeres incorporan esta perspectiva en su comprensión de la salud su trayectoria corporal cambia y se orienta hacia nuevas y diversas direcciones.

Para “poder mirar las señales” del cuerpo, las mujeres requieren “consciencia”, es decir, una capacidad de atender y entender estas señales. Mirar las señales del cuerpo supone un proceso de conocimiento del propio cuerpo y de reconocimiento de su cuidado. Se trata de una atención a las necesidades corporales de manera diferente a como posiblemente las mujeres aprendieron a cuidarse, por ejemplo, tomando una pastilla para calmar un dolor lo que impide saber por qué se originó el dolor. Aquí no habría consciencia sino una intervención para eliminar el síntoma.

Por eso, para hacer un duelo, es importante un “proceso de limpieza en consciencia” de esas memorias que se instalan en el útero. Este proceso es clave porque articula las prácticas de las terapias de sanación del útero, como “limpiar”, con un ejercicio de “consciencia” que las mujeres han desarrollado a partir de lo que las afecta y observando cómo sienten su cuerpo. Por ejemplo, cuando Patricia reconoció que tenía algo en su cuerpo, como una condición especial por tanto dolor, y Ana comenzó a cuidar su cuerpo para evitar alguna enfermedad como la de su mamá, ambas se refirieron a “mayor consciencia” y “más consciencia” sobre su cuerpo. Así mismo, Ana señaló momentos en los que no fue “consciente”, por ejemplo, cuando se “metía hormonas” durante el tratamiento con anticonceptivos o que sufría de anemia por los sangrados abundantes durante sus menstruaciones. Pero esto cambió cuando conoció más su cuerpo, reconoció lo que sentía y empezó a buscar información que ampliara su conocimiento como el feminismo o las terapias, o como en el caso de Patricia, la exploración de terapias alternativas para sanar ese dolor que no pudo la biomedicina.

Los tratamientos y terapias introducen a las mujeres en otro tipo de experiencia sensorial al hacerse con otro tipo de cuerpo en el que el útero siente. Al referirse a las terapias alternativas, Zandra Pedraza (2007a) se inspira en el concepto foucaultiano de “tecnologías del yo” y lo define como “técnicas privilegiadas de cultivo de sí y, en consecuencia, como un dispositivo de experimentación individual contemporáneo que habilita a las personas [...] para modelar y gobernar su vida, a la vez que provee un sentido de control y autonomía emocionales” (26-27). Desde esta perspectiva, las terapias alternativas a las que me refiero más adelante funcionan como tecnologías del yo que involucran el trabajo corporal para “despertar la conciencia, el auto-conocimiento, la expresión de sí mismo y la auto-comprensión, y esto fundamentalmente a través del uso del sentido de la cenestesia” (Pedraza 2007c, 187-188). En las técnicas que involucran el trabajo corporal hay una “educación somática” (Pedraza 2007c, 188), es decir, una educación a través de lo que las personas sienten en su cuerpo: “el núcleo de la actividad pedagógica ocurre en la propia interioridad como lugar cinestésico” (2007c, 190). El interior de estas mujeres, desde donde sienten y aprenden de sí mismas es el útero.

Las mujeres entrevistadas aprendieron a sentir un cuerpo con útero y decidieron sanarlo de otras maneras que no maltraten su cuerpo, como una cirugía o que acallen el síntoma como una pastilla. Mariana, por ejemplo, no estuvo satisfecha con la respuesta del médico respecto al tamaño “insignificante” del mioma. “Entonces voy a hacerlo, voy a intentarlo que desaparezca eso de esa manera” (Entrevista 4). Con “esa manera” se refiere a otras formas de sanar que no se limitan a los tratamientos biomédicos. Por parte Claudia, cuando le dijeron que le quitarían el ovario luego de que, finalmente, un ginecólogo confirmara que tenía un quiste gigante, tuvo mucho miedo así que en lugar de aceptar esta opción, empezó a buscar formas de sanación ya que: “Yo creo totalmente en las terapias alternativas. Y no son alternativas, son complementarias, es que ni siquiera deberían (...) [son] terapias, como cualquier otra” (Entrevista 2).

Rocío insiste en que cada mujer es “un universo diferente”. La ruta del duelo que practica como terapeuta y en la que se identifica el “conflicto” que desencadena la enfermedad, guía el proceso de sanación por distintos caminos. Rocío me explico refiriéndose a los partos: “Hay momentos en el parto donde son idénticos, parecemos todas la misma

mujer pariendo pero no podemos generalizar nunca nada porque cada mujer tiene su historia de vida” (Entrevista 3). No hay una experiencia de parto que sea igual a otra, todas son diferentes y sucede lo mismo con las enfermedades y los procesos de sanación.

Prácticas para sanar el útero

El proceso terapéutico, tanto biomédico como alternativo, supone un trabajo que involucra una serie de prácticas específicas para sanar el útero. Las mujeres que entrevisté hicieron de los tratamientos y terapias que exploraron parte de su experiencia fundamental de sanar su cuerpo y las incorporaron en su vida de manera continuada. En algunos casos siguieron los tratamientos biomédicos prescritos y aprendieron distintas prácticas alternativas con guías terapéuticas o indagando por su cuenta.

Sacar el útero o quitarse los ovarios

En el encuentro entre médico o médica y paciente se toman decisiones sobre el cuerpo que pueden sobrepasar los deseos y necesidades de este último. Luego del diagnóstico, algunas de las soluciones biomédicas recomendadas son tratamientos agresivos de medicación, extirpación y control que agreden los cuerpos de las mujeres. La postura científica que avalaba la histeria en el siglo XIX como una enfermedad femenina asociada al útero y descontrol emocional condujo a prácticas terapéuticas crueles e innecesarias como la histerectomía, la cauterización de cuellos uterinos, la hipnosis y la prescripción de drogas que en muchos casos generó adicción en las mujeres (Viveros 1995). Según el pensamiento médico de entonces, la histeria resultaba de una disfunción de la matriz y del deseo erótico, lo que se corregía con intervenciones médicas como las mencionadas, y más adelante, con terapia psiquiátrica. Desde este punto de vista el útero ya era un problema para la medicina, es decir, las personas que lo tuvieran eran propensas a sufrir de enfermedades “femeninas”. Actualmente la biomedicina continúa prescribiendo tratamientos como las cirugías y los anticonceptivos.

En el caso de algunas de las mujeres entrevistadas, como Mariana, esta realidad no ha variado mucho pues precisamente ante sus padecimientos la histerectomía aún aparece entre los tratamientos sugeridos. A partir de los diagnósticos, la biomedicina establece lo que le conviene a los cuerpos que atiende como si se trataran de los mismos cuerpos

porque los ha hecho cuerpos de mujeres. Cuando algo emerge en el interior del cuerpo, como un quiste muy grande o un útero con incontables masas, se vuelve incontrolable y a veces lo más sencillo es extirpar. Continuando con una reminiscencia médica sobre la histeria, pareciera que las cirugías de extirpación son la manera más eficaz de erradicar lo que afecta esos cuerpos, transformándolos de manera radical. Mariana aceptó la cirugía para retirar las masas en su útero con el riesgo que le hicieran una histerectomía. La cirugía estaba prevista para una hora pero duró cuatro horas.

En la cirugía la anesthesióloga le dijo a mi ginecólogo que me sacara todo, que esa cirugía ya estaba muy larga. Que ya era demasiada la sangre (...) eso se formaba una endometriosis. Todo el endometrio ya estaba demasiado dañado. Que sacara todo, que limpiara todo y sacara. Y él le dijo que no, que iban a hacer todo lo posible por rasparme todas las paredes. Y así fue que me salvaron todo por darme la oportunidad de tener mis órganos. (Entrevista 4)

Sacar todo, como había advertido el médico en la revisión de la ecografía, suponía retirar también el útero. Para la anesthesióloga era recomendable limpiar, una acción que consiste en quitar la suciedad de algo, en este caso, de un útero que está dañado. En esta cirugía el útero pudo haber sido extirpado por su nivel de daño pero el médico tomó una decisión, contraria a lo que le había dicho a Mariana durante la revisión de la ecografía, y salvó su órgano con la acción, posiblemente delicada, de raspar las paredes del útero. Luego de la cirugía, le entregaron la biopsia a Mariana en la que se detallaba lo que los médicos sacaron. En sus palabras:

Cuando a mí me hicieron la cirugía me sacan 37 masas de diferentes tejidos: muscular, fibroso, de todo lo que se conforma el mioma. Los miomas son formados de todas las partes del cuerpo, pelo, uña. Un mioma es como si fuera una masa de tejidos humanos. Entonces dentro de eso había un feto, había un feto. (Entrevista 4)

El mioma era una masa de tejido humano que contenía todas las partes del cuerpo como si el mioma contuviera el cuerpo dentro de sí. “Yo hubiera podido seguir, hubiera podido acabar el posgrado y haber seguido mi vida así enferma sin poder quedar embarazada ni importarme porque mi cuerpo estaba ocupado por todas las masas, mi útero” (Entrevista 4). En este sentido, podemos decir que el cuerpo y el útero no son diferentes, son lo mismo porque están ocupados por la misma presencia de las masas. Lo que había ocupado su útero además de tantas masas también era un “Embarazo tubárico ectópico de tantas semanas alojado en la trompa izquierda” (Entrevista 4). Pero toda esta carga tendría que explotar en algún momento y lo hizo a través del más doloroso sangrado que

la condujo finalmente al hospital. El diagnóstico de la biopsia agregó elementos para explicar la causa del padecimiento:

Pero entonces lo que pasa es que ese bebé intentó formarse pero se formó en un tubo, eso es el embarazo tubárico ectópico. Y la masa siguió creciendo hasta el punto en que reventó la trompa. Entonces el sangrado no era periodo, no eran miomas, era la reventada de la trompa. Yo me puse a leer sobre eso y efectivamente las mujeres sí se mueren de eso. Porque es como si usted tuviera un muerto dentro del cuerpo, como un cadáver. Murió dentro de usted y usted nunca se dio cuenta de eso. (Entrevista 4)

Tuvo que sufrir dolor, hemorragia, cirugía y la biopsia para desentrañar lo que había causado ese sangrado. Había un cadáver en su cuerpo. Su larga trayectoria corporal de padecimiento responde así a un cúmulo de cosas que ocuparon su cuerpo hasta que reventaron. Después de la cirugía volvió a aparecer una masa: “Y efectivamente me hicieron la ecografía y efectivamente tenía ese otra vez esa masa ahí formándose, de 5 milímetros. El doctor me dijo “no pasa nada, 5 milímetros no son nada, lo importante es que no crezca” (Entrevista 4). Aunque para el médico el tamaño del mioma no era significativo, para Mariana sí: “Yo sé qué son 5 milímetros y milímetros no son nada. (...) Y él me dice que eso es insignificante, pero para mí sí es significativo para lo que ha sucedido en mi vida” (Entrevista 4). Por ello, Mariana se preguntaba “¿por qué a mí se me desarrolló todo esto?” (Entrevista 4).

A Patricia también le diagnosticaron un mioma, pero a diferencia del de Mariana que no era motivo de preocupación para el médico, este necesitaba de una cirugía compleja para eliminarlo. Aunque normalmente se puede ingresar al útero a través del ombligo, no en su caso, ya que solo podían por atrás y además la intervención requería dos médicos. Patricia sopesó entre esta opción tan complicada y seguir otros tratamientos y finalmente rechazó la cirugía con el apoyo de su hermana, que es médica: “igual la presencia de mi hermana es muy fuerte. Ella es doctora como que ella está abierta a otras terapias pero para ella también ha sido un proceso como reconocer de verdad estas otras terapias” (Entrevista 5).

Pensando en el aborto, decidió buscar terapias de fertilidad, así que contactó a parteras tradicionales de Buenaventura. Viajó hasta la zona pero su experiencia no fue grata porque: “Sentía que había muchas otras medicaciones allá como de la raza y todo eso, como que ellas me veían como una niña blanca, bien, rola y me querían cobrar un platal

que yo no tenía” (Entrevista 5). Se molestó porque no se sintió bien atendida ya que: “Así seas partera tradicional o médica del estilo que seas tú necesitas una cita, que se siente contigo, que te toquen, que lo que sea, que te atiendan. Y yo no tuve” (Entrevista 5).

Por su formación como antropóloga, Patricia imaginó que encontraría la cura mediante saberes tradicionales como los de las parteras. Sin embargo, terminó defraudada porque no pudo pagar el tratamiento. Es necesario detenernos aquí porque las mujeres entrevistadas son urbanas con algunos privilegios, como la formación académica y su estabilidad laboral o familiar, lo que las ubica en un lugar de privilegio que les permite acceder a conocimientos y prácticas que implican intercambio económico, no solo las terapias alternativas sino también la biomedicina. Ninguna de las terapias que exploró Patricia en Bogotá o México supuso un problema económico. La expectativa frente a las mujeres parteras de Buenaventura se quebró cuando ellas cobraron por su trabajo, pues, como eran mujeres negras y de escasos recursos esperaba que no le cobraran o le cobraran muy poco y como sí lo hicieron le pareció muy costoso. Para Patricia, además, su color de piel fue un problema al momento de la atención, percibiendo así desde un lugar de diferencia que no recibió la atención que merecía, estableciendo una relación de poder en la que media la adscripción étnico-racial, la procedencia y la clase social lo que denota jerarquías raciales y de saber (Pinzón y Suárez 1992), que se expresa también en el costo de determinados tratamientos y la expectativa frente a su resultado. No es mi objetivo profundizar sobre la oferta de terapias y su consumo en contextos urbanos, pero la experiencia de Patricia deja entrever las jerarquías y las relaciones de poder entre pacientes y terapeutas de acuerdo con la posición social de cada rol. En algunos casos la posición de poder la ejerce el rol de médico o terapeuta, y en otros puede darse una relación inversa dependiendo del escenario terapéutico.

Patricia se incomodó porque además de no sentirse atendida, la partera hizo del encuentro un intercambio económico. “Porque un poco fue como la plata que yo les alcancé a dar no iba a tener como todos los resultados. (...) Me empezaron pidiendo un millón algo, no me acuerdo bien, pero por encima del millón, y después yo lo que tenía era \$350.000” (Entrevista 5). Como no tenía suficiente dinero, las parteras le ofrecieron algunos remedios que se acomodaran a su presupuesto: le dieron una purga que Patricia siguió al pie de la letra y que consistía en una mezcla de hierbas que se preparaban con agua de panela. Debía tomársela en la noche y al siguiente día tomarse un poco cada

hora. Este remedio tuvo efectos digestivos pero no precisamente lo que esperaba Patricia que era tratar la fertilidad, de manera tal que esta experiencia la desilusionó.

En todos los relatos aquí presentados hablar del útero supone hablar también de fertilidad, embarazos, partos, abortos y deseos o expectativas sobre ser madres o no serlo. Para Camila, como terapeuta, hablar de útero es una invitación para referirse a la capacidad creadora de las mujeres y en su caso, a su experiencia, como madre de una hija. Sin embargo, esta experiencia no estuvo exenta de dolor y afectación corporal pues el parto fue por una cesárea muy traumática. Como varias autoras lo han resaltado en ginecología y obstetricia se presentan casos en los que se ejerce violencia sobre los cuerpos de las mujeres durante la atención y el parto (Arboleda-Sarmiento y Suárez-Montañez 2016; Berrío 2017; Gómez-Cardona 2021; Mendoza 2021; Pozzio 2016; Vega 2017). El cuerpo de las mujeres se torna objeto de control sobre el cual el personal de salud toma decisiones acerca de manera de parir, los medicamentos y la forma correcta de curar. Así lo sintió Camila: “Llegué y me pusieron en trabajo de parto y fueron 14 horas con Pitosin, son dolorosísimas las contracciones. Cambiaron de turno y la doctora: “no, su niña lleva mucho rato”, como quien dice, ‘no, ya cesárea” (Entrevista 1). Le pusieron tres veces epidural ya que la anestesia no funcionó. “Me abrieron y me tuvieron que sedar para que yo soportara el dolor abriéndome la cesárea y me mostraron a Isabela” (Entrevista 1). Así, la médica decidió que la mejor forma de que su hija naciera era por cesárea, tal vez pensando en el bienestar del bebé, sin importar el dolor que eso le podría causar a la madre. Después, en su casa, la herida de la cesárea se abrió y su pareja le puso esparadrapo de lado a lado pues en el hospital le dijeron que no podían hacer nada y que debía cerrar así. La imposibilidad de decidir sobre su propio parto hizo que Camila no se sintiera respetada ya que prácticamente la dejaron abierta.

Después del parto, siguió con los “controles” médicos y como ya mencioné en el capítulo anterior, fue con una ecografía transvaginal que registró un “quiste gigante”. Frente a este diagnóstico la doctora le recomendó quitarse el ovario ya que podría tratarse de un cáncer. Camila sintió miedo y, después de llorar y contarle a su mamá decidió que no se operaría. En este encuentro –o desencuentro– médico, la solución médica más expedita fue extirpar una parte del cuerpo sacando el ovario. Para sanar y seguir con vida debía someterse a una decisión sobre su cuerpo entregándolo al quirófano. Esta situación la impulsó a iniciar un tratamiento con el yagé. Después de todo: “yo no creía mucho en la

medicina alopática” (Entrevista 1). Kleinman y Benson (2004) señalan que las instituciones encargadas del cuidado se vuelven productoras de sentimientos de amenaza o desamparo cuando las experiencias de dolor o sufrimiento no son valoradas o la experiencia de la enfermedad se diluye en diagnósticos al no reconocer lo que los pacientes sienten o quieren. Si bien en el ejercicio de la medicina, médicos y médicas toman decisiones difíciles, el problema radica en su incapacidad de dialogar y tomar la decisión en conjunto con sus pacientes frente a las situaciones de riesgo que se presenten. La manera de comunicar los diagnósticos puede generar miedo y los tratamientos o soluciones radicales como una histerectomía pueden causar el rechazo y abandono, como en el caso de Camila.

Controlar el cuerpo

Junto a las prácticas de extirpación de partes del cuerpo, la biomedicina también prescribe formas de control del cuerpo cuando hay desórdenes hormonales o sobreproducción de hormonas. Otros síntomas y padecimientos que relataron las mujeres son hemorragias e infecciones vaginales, tratadas con medicamentos que denomino “anti”, ya que su nombre siempre está antecedido por este prefijo, en el tratamiento o prevención de la sangre que no coagula o los hongos que generan la candidiasis. Los antis atacan el origen de la enfermedad y, en algunos casos, pueden afectar otras partes del cuerpo.

Las concepciones del cuerpo y sus representaciones se han transformado a lo largo de los siglos: desde las hipótesis sobre la fisionomía de los órganos representadas a través de la pintura y la ilustración artística (Laqueur 1994) hasta la intromisión en las unidades más básicas que constituyen tales órganos como lo son las células y las moléculas. Ahora se gestiona la vida a nivel molecular y se predice el futuro debido a la emergente biopolítica de la vida (Rose 2012) que comprende el cuerpo y sus procesos desde el nivel molecular. En la actualidad, la comprensión del cuerpo, y por ende, de sus procesos de enfermedad y salud, se origina en el nivel molecular. En la medida en que la medicina se vuelve tecnomedicina, y la enfermedad y la salud se valoran en términos económicos y corporativos (Rose 2012), valdría la pena preguntarse en qué medida importan o se calculan ciertas enfermedades, como aquellas que están relacionadas con el sistema reproductivo femenino, y esto llevaría a la pregunta por la forma de pensar el cuerpo

femenino en el momento de hacer un diagnóstico y de recomendar un tratamiento médico.

Siguiendo, por una parte, a Foucault (1984) y su análisis sobre la separación y jerarquización de los sujetos para una mayor administración de sus cuerpos y una generación de cuerpos productivos para sustentar el sistema económico emergente que se llevó a cabo desde el siglo XVIII, y por otra parte, la propuesta de Rose (2012) sobre una reingeniería biológica de la vida al referirse a la mirada molecular que recae sobre la vida y la medicina en el presente siglo XXI, en el marco de una sociedad mercantilista, podría hablarse de una hiperfragmentación e hiperdescomposición del cuerpo a cuyas enfermedades asociadas también se les busca un tratamiento molecular. Siguiendo el argumento de Rose (2012), podemos entender la biomedicina como un conjunto de tecnologías de optimización que no sólo buscan curar la enfermedad, sino controlar los procesos vitales del cuerpo. En esta medida, la ginecología es también un saber que estandariza, vigila y normaliza el sistema reproductivo y el cuerpo de las mujeres, al mismo tiempo que gestiona la salud y las enfermedades de sus órganos desde lo micro, controlando las hormonas.

La trayectoria corporal de Mariana ilustra las prescripciones con medicamentos “anti”. Por su cercanía al saber biomédico, ella me explicó en mayor detalle la función de varios de los medicamentos que usó en su trayectoria de padecimiento. Primero, la fuerte hemorragia que la obligó a ir al médico fue tratada con ácido tranexámico, un medicamento antifibrinolítico que mejora la coagulación de la sangre. Luego, cuando la diagnosticaron con candidiasis, Mariana usó Gynocanesten y el médico le prescribió un óvulo de un antimicótico y Fluconazol. De acuerdo con Mariana, los antimicóticos prescritos buscaron evitar el crecimiento de hongos en su vagina, así como eliminar los organismos responsables de esa candidiasis. Más adelante, un nuevo diagnóstico informó a Mariana que la cantidad de masas que se formaron en su útero eran el resultado de la excesiva producción de hormonas. El médico prescribió el uso de un dispositivo de planificación denominado *Jaydess* que libera levonorgestrel, una hormona sintética, que: “en mi caso no lo estamos usando para la planificación sino para el control hormonal, el control de los estrógenos” (Entrevista 4). El control de los estrógenos supone un desorden hormonal que altera el cuerpo y que requiere un tratamiento que ordene las dinámicas corporales y planifique sus ciclos. Así, los anticonceptivos son uno

de los tratamientos biomédicos que buscan controlar el cuerpo e indicados para regular los desórdenes o trastornos hormonales que causan quistes o miomas disminuyendo los estrógenos.

Los anticonceptivos son un tratamiento que ordena los ritmos del cuerpo y en el caso de las mujeres este orden se expresa en la regularidad casi exacta del periodo menstrual. A Ana también le prescribieron anticonceptivos para tratar los ovarios poliquísticos a sus 23 años. Desde entonces siguió el tratamiento indicado:

(...) en ese momento de mi vida yo era heterosexual y me mandaron a planificar con pastas como una forma de controlar el dolor y la hemorragia. Entonces, lo hice durante 10 años y eso me generó una relación con mi útero y mi menstruación muy química y muy de 21 días según lo que me duraban las pastillas. (Entrevista 6)

Cuando Ana señala que la “mandaron a planificar” indica que no tuvo otra opción que hacerlo. Con la intención de controlar el dolor y esas menstruaciones abundantes que tuvo desde su adolescencia prosiguió con el tratamiento por una década. De este modo, el tratamiento organizó su ciclo ajustándolo a un estricto calendario: “Yo quisiera como otras mujeres tener el periodo de 30 días pero como yo tomé tantas pastas de planificar pues ese fue el ciclo que me construyeron esas pastas” (Entrevista 6).

La relación química de Ana con su útero se manifestó en los cambios que producía el consumo de los anticonceptivos. De acuerdo con Ana: “con cargas hormonales altas eso también te dispara un poco de cosas físicas y emocionales” (Entrevista 6). Era una relación química porque cuando las pastillas entraban en su cuerpo este reaccionaba afectando su materia o “cosas físicas” pero también sus emociones. Los anticonceptivos operaron como un arma que lanzó con fuerza una carga que de un modo u otro transformó el cuerpo. Aunque en su caso los anticonceptivos eran para controlar el dolor y la hemorragia, al contrario de lo que esperaba, resultaron muy agresivos e invasivos afectando incluso las emociones.

Luego de diez años de tomar anticonceptivos y explorar su orientación sexual: “realmente las dejé de tomar ya cuando empecé a salir con mujeres” (Entrevista 6). Ya no era necesario tomar estas pastas porque no solo no tendría el riesgo de quedar embarazada sino porque además inició una relación con su cuerpo diferente, atendiendo a lo que sentía en lugar de controlar el dolor. En esta relación tuvo un papel muy importante la

perspectiva feminista que adquirió en su formación universitaria. Si no hay consciencia mientras “estás metiéndote hormonas”, dejar este tipo de tratamientos cambia la relación con el cuerpo, podría decirse que las mujeres están más atentas a qué les pasa a su cuerpo:

(...) me alejé de eso y empecé a intentar reconocer qué me quería decir esa parte de mi cuerpo con ese dolor constante porque más allá de lo biológico pues a mí me confrontaba mucho por qué otras mujeres podían vivir la menstruación de manera distinta, por qué podían vivir la luna de manera tranquila y eso no les afectaba mucho ni física ni emocionalmente pero yo sentía que quería el segundo día de mi menstruación estar en casa, acobijadita, a mi ritmo. Entonces empecé como a buscar y empezaron a tejerse cosas. (Entrevista 6)

Como si se tratara de un cuerpo que se comunica, Ana se preguntó “qué me quería decir esa parte de mi cuerpo con ese dolor” para intentar comprender mejor las razones de sus prolongadas experiencias de dolor. Con las terapias, adquirió una manera de atender qué es lo que quería decirle su cuerpo y a reconocer que su experiencia es diferente a la de otras mujeres que no sufren la menstruación. Ya no se trataba de controlar su cuerpo sino de dejar expresarlo.

Patricia tomó anticonceptivos por casi cuatro años debido a sus fuertes hemorragias. Aunque intentó dejarlos luego de un viaje a México en el que conoció otras mujeres que se resistían a usarlos y con las que compartió esta experiencia, volvió a tomarlos luego del diagnóstico del mioma y por recomendación del médico. Lo importante para Patricia era no sentir más dolor:

(...) yo sentía un poco como dar pasos hacia atrás pero que de alguna manera me iba a encontrar. Ya estaba como cansada, me dolía, ya estaba como muy afectada y dije: “no me importa”, por ahora si eso me va a hacer bien así no sea como lo más natural y todo, así sea como un periodo de mentiras, voy a tomar. (Entrevista 5)

Para Patricia es un periodo de mentiras porque al tomar las pastillas el ciclo menstrual es regulado. Su menstruación no es “lo más natural” porque no corresponde con la manera en que se espera que funcione un cuerpo de mujer sino que el proceso biológico de menstruar es controlado por el consumo de medicamentos. Es importante detenerse en esta parte porque la manera en que Patricia concibe la menstruación que resulta de la toma de anticonceptivos evoca el debate antropológico entre lo que es natural y lo que no lo es (Haraway 1995; Perdomo 2020). Para las mujeres entrevistadas, lo natural se opone a lo que no es producido por el cuerpo y supone alguna intervención médica.

Desde su punto de vista, hay un cuerpo de mujer que obedece a los mandatos de la naturaleza y que responde a sus propios ciclos. Sus cuerpos son cuerpos predeterminados por la biología. De esta manera, replican la diada analítica de naturaleza/cultura que ha trasnochado a la antropología desde hace varias décadas y que abrió el debate de la perspectiva feminista en esta disciplina para señalar el carácter arbitrario de la división y jerarquía entre los sexos e insistir que no hay nada de natural en roles asignados a mujeres y hombres (Strathern 1988; Moore 1999; Viveros y Zambrano 2011). Las mujeres entrevistadas posicionan su cuerpo desde un punto de vista en el que lo “natural” corresponde a su estatus biológico, y por tanto, es lo ideal y deseable para sanar.

A pesar que la intención de tomar los anticonceptivos era controlar su periodo, no tuvieron un efecto positivo en Patricia:

(...) empecé a tomar esas pastas pero los síntomas en el periodo siguieron como sangrado, a veces no me llegaba el periodo y eso era peor o me llegaba muy alterado el tiempo y que a veces sangraba y era un montón y luego no pasaba nada y me dolía. (...) Yo ya había empezado a decir por mi cuenta que estos anticonceptivos me estaban enloqueciendo. No sé, sentía que no tenía control de mi cuerpo y entonces a veces como que estaba bien o estaba mal o estaba como feliz y luego re deprimida. No sé, como un vaivén. Entonces los paré y creo que eso ha sido muy importante realmente para mi proceso, siento que era algo que no me estaba ayudando. (Entrevista 5)

Lo que inicialmente serviría para aliviar el dolor hicieron que Patricia perdiera el control sobre su cuerpo. Al intentar controlar su cuerpo con los anticonceptivos, perdió el control de sí misma conduciéndola a un “vaivén” emocional que la afectaba. Parece que los anticonceptivos sobrepasan su objetivo y lo que ordenan por un lado, lo desordenan por otro. Después, practicando terapias alternativas con su hermana quien también tiene quistes en los ovarios, decidieron abandonar los anticonceptivos definitivamente.

A mi también me prescribieron anticonceptivos desde el diagnóstico de ovarios poliquísticos. Por varios años los médicos al ver mi historia clínica prescribían anticonceptivos y también afirmaban a que sería difícil tener hijos. Decidí no usar anticonceptivos porque, como dijo Ana, la carga hormonal era muy alta. En una ocasión, un hombre joven médico general que me atendía me dijo que no podría tratar los ovarios poliquísticos si no tomaba anticonceptivos. Le dije que había decidido no consumir ningún tipo de medicamento y se molestó porque su tono amable de otras consultas se

tornó agresivo ante mi desobediencia. No volví a solicitar citas médicas con él. Lo cierto es que decidí no tomar anticonceptivos porque sentía que me afectaban emocionalmente, las emociones las vivía con más intensidad y eso me agotaba.

En una ocasión tuve problemas dermatológicos. El dermatólogo que me revisó me dijo que la causa era los ovarios poliquísticos y que la única manera en la que podría curarme era teniendo un hijo. Para mí era contradictorio porque, según los ginecólogos que me atendieron, los ovarios poliquísticos son causa de un desorden hormonal que debe ser tratado con anticonceptivos, pero el objetivo de los anticonceptivos es evitar el embarazo. Ahora debía usar anticonceptivos y tener hijos al mismo tiempo para sanar. Luego, escuchando a Patricia y su experiencia en los círculos de mujeres, entendí que para ellas tener un hijo es una forma de sanación porque supone que el útero funcione bien; o escuchando a Claudia, para quien tener un hijo es una purga, es decir, una limpieza de todo lo malo que hay en el cuerpo. Sanar el útero, entonces, empieza por reconocer que ese útero es reproductor.

La limpieza que esperan para sanar parte de una serie de acciones que prescriben las terapias alternativas que practican las mujeres entrevistadas. En lo que sigue me detendré ampliamente en estas prácticas porque en contraste con los tratamientos biomédicos en estas prácticas las mujeres retoman el control de sus procesos corporales de otro modo y con otras implicaciones.

Recoger, sembrar y cuajar la sangre

Camila empezó a tomar yagé a partir del diagnóstico de un quiste. Ella conoció el yagé por el padre de su hija. “Y empiezo a ir a tomar remedio, a través del yagé y de las plantas, a mí me enfocaron solo para limpiar mi sistema reproductivo. Muchas terapias me hice, fueron años” (Entrevista 1). Fueron siete años tomando yagé luego de los cuales, según Camila, sanó. “Después fui a que me revisaran [al médico alópata] siete años después y ya no tenía absolutamente nada” (Entrevista 1). Tardó mucho tiempo porque “a nivel energético era muy sensible yo. Entonces todo eso me tocó sacármelo a través de mucho tiempo” (Entrevista 1). Para Camila, el yagé le permitió no solo sanar del quiste sino poner orden a su vida y la relación conflictiva con el padre de su hija pues todo ese dolor que floreció lo sacó. Además, el remedio trajo un “proceso de

entendimiento” y “apertura de conciencia” que condujo a Camila a tomar otras decisiones importantes para su vida: “en ese proceso me separo del papá de mi hija. Como que se caen los velos y llega la verdad espiritual. Entonces me separo de este hombre, él se fue, Isabela tenía un año” (Entrevista 1). Por esta razón Camila consideró que su experiencia con el yagé marcó un antes y después en su vida, pues pudo pasar su duelo emocional y también llevar su proceso de sanación: “Pasé todo mi duelo allá, me sané muchísimo pero llegó el punto que yo sentí ya no tomar más remedio, no necesito más yagé” (Entrevista 1). Y esta decisión se reforzó por otro motivo. Si bien en la comunidad indígena donde tomaba yagé aprendió muchas cosas, abrió su consciencia, su experiencia no estuvo exenta de dolor y también fue testigo y víctima de violencias de género.

Entonces resulté yo yendo a hacer la caguana [bebida de las mujeres del Amazonas] a la casa de uno de los chicos que era como aprendiz de taita y cuando empezamos a hablar él me dijo: “yo voy a mandar a operar a mi mujer para que no le vuelva a llegar la menstruación”, y yo: “¿cómo?”, y él: “sí, es que eso es muy malo, eso enferma, yo por mí que mi mujer no menstrúe más”. Entonces yo dije hay algo que no está bien acá. (Entrevista 1, aclaración añadida)

A pesar de su agradecimiento con el yagé las relaciones patriarcales que atravesaban la comunidad comenzaron a incomodarla aún más. Es necesario decir que esta comunidad fue conformada por un hombre campesino y mestizo que años después de que Camila dejara la comunidad fue acusado de violencia sexual a varias de las mujeres que tomaron yagé allí. En la estructura grupal, tanto el líder como varios de sus miembros fueron agresores. Para los miembros de esta comunidad y desde la experiencia de Camila con algunos de ellos la menstruación era algo negativo que intervenía con el proceso de sanar y la labor de los taitas:

En la medicina yagecera el patriarcado es muy fuerte porque allá tu no puedes tomar remedio con tu sangre. Tú no puedes estar sangrando. Me pasó una vez. Ese día dizque iba a ver un bautizo de niños y fue perfecto porque yo dizque iba a bautizar a mi hija y me llegó la luna [menstruación]. Cuando yo avisé que me llegó la luna, ellos dicen que una mujer menstruando enferma a los taitas y enferma a las otras personas. Le avisé a uno de los chicos y me sacaron de la finca así con plumas, con copal detrás. Me sacaron con Isabela y me mandaron a dormir por allá a una casa. Eso fue muy maluco. Sentí muy feo y dije no, eso no es amor, dios no nos puede hacer imperfectas. Eso fue lo que yo dije y yo no estaba en el despertar femenino. No puede ser que el remedio nos rechace de esa forma. Yo me sentí muy mal y siento que fue más el manejo humano que el manejo de la planta. Fue más el ego humano y el patriarcado ahí. (Entrevista 1)

Debido a ello, Camila decidió terminar el proceso de sanación con el yagé. Estudios antropológicos sobre el tabú han descrito la manera en que para algunas comunidades la sangre menstrual es algo contaminante y por ello las mujeres son excluidas o alejadas de la vida cotidiana durante la menstruación (Buckley 1982; Douglas 1973 [1966]; Turner 1969 [1964]). A partir de varios casos documentados etnográficamente, Camila Power (2018) señala que la menstruación es importante en los sistemas de apareamiento humanos porque proporciona información vital sobre la fertilidad lo que puede desencadenar conflictos sociales y sexuales. De este modo, los tabúes menstruales se originan en prácticas y creencias con el fin de ejercer control extremo sobre la fertilidad de las mujeres mediante el seguimiento de su estado menstrual y como un recurso necesario para la reproducción social. Es decir, no solo los biomédicos, sino también los médicos tradicionales ejercen controles y reproducen definiciones negativas sobre los cuerpos de las mujeres y sus procesos corporales. En escenarios como la comunidad en la que estuvo Camila no solo se ejercieron prácticas patriarcales de control sobre el cuerpo de las mujeres sino que se reprodujeron violencias de género que afectaron profunda y dolorosamente en sus vidas. Camila me contó además, cómo los taitas y otros hombres que también tomaban yagé ejercieron el mismo rechazo hacia otras mujeres provocando que ellas se sintieran culpables y se rechazaran así mismas.

Más adelante encontró la finca de una mujer de ascendencia indígena, que le enseñó a sembrar su sangre menstrual. Las mujeres que entrevisté se refieren a esta práctica como la “siembra de la luna”. La conexión mítica e histórica entre la luna y la menstruación (Knight 1991) corresponde a la similitud de la duración de ciclo menstrual con el ciclo sinódico lunar de 29,5 días, esto es, el tiempo que tarda la luna en pasar por todas sus fases vistas desde la Tierra (Power 2018: 5). Las mujeres entrevistadas han establecido esta relación entre luna y menstruación por información sobre prácticas de terapia menstrual en internet, redes sociales, amigas o libros como *Luna Roja* de Miranda Gray (2010). En este libro, la autora propone el auto-conocimiento del ciclo menstrual en relación con el ciclo lunar y en contraste con las técnicas alternativas de curación con enfoque masculino que ignoran los procesos femeninos. Por su relación mítica con lo femenino y los ciclos, la luna como astro y como símbolo es un referente importante para los procesos corporales de estas mujeres en su búsqueda de sanación. Desde el punto de vista de Rocío como terapeuta:

Y cómo estamos pagando también a la tierra y cómo nuestros sueños, cómo nuestros anhelos pueden ir ahí, cómo se pueden sembrar también y cómo si tu miras esa relación cómo nos habíamos desconectado de la luna, del astro, pero cómo rige tu ciclo y el ciclo lunar, el ciclo de menstruación, cómo lo rige la luna. Y lo mismo sucede con los partos, en el momento de gestación, nuestros primeros meses. O sea, todo está conectado, la mujer directamente conectada con la luna. (Entrevista 3)

La siembra de la luna o menstruación involucra el uso de objetos como la copa menstrual, las esponjas o toallas de tela, opciones diferentes a la oferta de toallas higiénicas y tampones, como un modo de gestión alternativa de la sangre (Guillo 2013) y con el fin de recogerla para las terapias menstruales. Camila, por ejemplo, dejó de usar toallas higiénicas, empezó a usar la copa y a hacer sus propias toallas: “Con telita de algodón, les hice la forma y empecé a tejerlas y a cantarlas porque era para conectarme con mi vagina y mi cuerpo, con todo, y empieza a ese amor propio” (Entrevista 1). Luego de recoger la sangre, este fluido se siembra en una planta elegida por las mujeres o en la tierra para retribuir a la “madre tierra”, celebrar la vida, pedir protección, entregar enfermedad y renovar la salud uterina. En una visita a Mariana tuve la oportunidad de conocer las plantas en las que ha sembrado su sangre menstrual (Figura 2).

Figura 2: Planta de Mariana



Fuente: tomada por la autora en la casa de Mariana, 30 de agosto de 2017.

En esta práctica el vínculo entre la luna como satélite y la sangre como fluido corporal incluye un tercer elemento que es la tierra como materia orgánica, articulando así el cuerpo con otras materialidades. En este punto es necesario resaltar la propuesta de Santiago Martínez Medina (2016) para pensar las materialidades del cuerpo. El autor cuestiona la manera en la que las prácticas aparecen como “creencias” en los registros etnográficos cuando no se ubican en la estructura antropológica del sentido cultural, y en

cambio, resalta la potencialidad de aproximarse al cuerpo como materialidad en sí mismo. Tomando en serio esta materialidad, hacemos frente a la imposibilidad de la traducción que ha generado tantas inquietudes y expectativas en el análisis antropológico. Siguiendo esta idea, en este trabajo sangre menstrual, luna y tierra no son metáforas –como suele referirse a la explicaciones sobre enfermedad y salud en la antropología médica– sino materialidades que se relacionan en la experiencia menstrual de las mujeres entrevistadas y, por extensión, en sus trayectorias corporales de sanación. No son creencias, son experiencias corporales; son mujeres que pueden sentir distinto.

Sembrando su sangre entonces, Camila entendió: “que tenía que soltar toda esa energía del yagé de esa comunidad, todos los rezos que yo había hecho allá porque lo que había hecho era comprometerme allá como: ‘gracias por salvarme entonces ¿qué hay que hacer por ustedes?’” (Entrevista 1). Camila sintió que con tanto rezo cuando tomo yagé estaba como atada y tenía que soltar algo. Necesitó soltar algo para recuperar otra cosa, pues “yo venía como de “lo que diga el taita”, no sé qué, como entregando mi poder siempre” (Entrevista 1). Fue necesario soltar ese compromiso para recuperar precisamente aquello por lo que la habían rechazado: su sangre menstrual. Y materialidades asociadas culturalmente a lo femenino como la luna y la madre tierra apoyaron este proceso de afirmación contra el poder cedido a los hombres médicos tradicionales. “Entonces eso fue el gran aprendizaje del yagé, no entregar más mi poder. Te recibo la información, me abro a recibirla, la honro, la respeto pero yo ya voy poniendo mi impronta” (Entrevista 1). Entonces, cuando sembró su sangre menstrual:

Uy no, para mí eso fue como una liberación, fue como “me desperté”, fue como ya. Yo agradezco el yagé porque fue mi proceso de curar y de purificación, pero también fue en mí, el mismo remedio me mostró que mi camino era despertarme como mujer, encontrarme. Y a través de estos seres maravillosos que estaban allá álmicamente hicieron ese servicio conmigo. (Entrevista 1)

La siembra de la luna despertó a Camila y le permitió volverse a encontrar, como si antes hubiera estado perdida. Se liberó porque en el proceso soltó la energía que traía de las relaciones patriarcales y las ataduras y compromisos con la comunidad en la que tomaba yagé. Lejos de la idea de la sangre como algo peligroso o que se rechaza, las terapias relacionadas con la sangre, como la siembra de la luna, alentaron un “despertar” en el

que abrió los ojos y miró hacia sí misma permitiéndole honrarse como mujer a partir de la sangre menstrual viene de su interior. En palabras de Camila:

Y empiezo yo en ese despertar allá y empiezo a empoderarme. Entonces cada vez que yo sembraba mi sangre yo le decía a la madre léeme, mira mi sangre, conéctame contigo. Entonces el primer proceso de siembra de sangre es reconectarse con el corazón de la madre en el centro, en el núcleo del centro de la madre tierra. Entonces es ese corazón rubí de la madre recibiendo más amor. Entonces, claro, ya uno empieza, claro tú cuajas eso energéticamente y ya es una forma de sangrar amorosa. Entonces siento que ese fue mi despertar. (Entrevista 1)

Aún saliendo de su interior, su sangre menstrual hace parte de algo más que de sí misma, pues, se conecta con el “centro de la madre tierra”. El proceso de siembra permitió que Camila experimentara la menstruación como una “forma de sangrar amorosa” porque la sangre sembrada en la tierra “cuaja” una parte de ella. Evocando la imposibilidad de traducción sobre la que llama la atención Martínez Medina (2016b), la idea de cuajar abraza, justamente, la posibilidad de pensar lo que es útero para las mujeres entrevistadas porque “cuajar eso energéticamente”, es decir, sembrarse a sí mismas a través de la sangre menstrual permite, entre muchas cosas, pensar que su cuerpo es más que lo que el organismo contiene, porque este prolonga su existencia en la tierra para que una parte de ellas queda allí cuajada y se haga cuerpo con la tierra. A la vez nos reta a entender que la siembra provoca un cambio en el cuerpo cuando la sangre líquida se mezcla con la tierra sólida. En el caso de Camila, lo que ella cuaja energéticamente en la tierra es amor y, por tanto, comienza a sangrar de manera amorosa. Dicho de otra forma: su cuerpo devino un cuerpo que sangra amorosamente. Ya no tuvo que alejarse de los rituales cuando estaba sangrando, como en el yagé, sino que la sangre misma se volvió parte central de la terapia al sembrarla.

Sembrar la sangre es una práctica muy importante en el proceso de sanación desde la perspectiva de terapeutas como Camila o Rocío. Siguiendo la cosmovisión de las comunidades indígenas andinas por la que Rocío orienta sus terapias, ella dijo: “de lo que está enferma la tierra es de lo que está enferma la mujer. Y el útero representa el agua, representa las lagunas” (Entrevista 3). Según Rocío, hay una conexión profunda entre el útero, el cuerpo en su conjunto, la madre tierra y también el agua. Al ser agua el útero nutre el cuerpo y nutre la tierra. De ahí la importancia de sembrar la sangre menstrual en la tierra o en una planta. Al volver a nutrir la tierra, estas se vuelve fértil y sana: “Y el llamado también de los sabedores y de los pueblos indígenas es “sanémonos

como mujeres”, volver a sanar en esa madre que hay en nosotras y de esa forma estamos contribuyendo a la madre tierra” (Entrevista 3). En este caso, lo femenino de la luna está también vinculado a la maternidad, tanto de la madre tierra como de las mujeres.

El útero enfermo de la biomedicina, por ejemplo, el útero con quistes, es parcialmente distinto del útero cuya sangre menstrual es peligrosa en rituales como el yagé, y también es diferente del útero que emerge en la práctica de estas terapias. En este caso, se trata de un útero sensible al mundo (Latour 2004) que se vincula con la luna, con la tierra y con el agua por eso los cuerpos de estas mujeres son cuerpos que se extienden más allá de su límite como organismo. También son cuerpos capaces de sanarse a sí mismos a partir de centrar la atención en el útero y desarrollar otro vínculo con este y sus fluidos, esto es, un vínculo amoroso. Al cambiar la relación con su sangre menstrual, desde el amor y no desde el rechazo o el dolor, Camila afectó su cuerpo y este cambió materializando otra forma de menstruar. De modo que: “Empieza a cambiar mi luna” (Entrevista 1). Cuando esto sucedió, comenzó a sanar.

Con la posibilidad de observar la sangre no desechándola, la sangre menstrual tiene para estas mujeres el potencial de dar información sobre su cuerpo. Claudia, por ejemplo, me contó que su estado emocional durante el mes afecta cómo es su sangre menstrual. Cuando piensa en las situaciones que la afectaron en la infancia, su “luna” se retrasa tres o cuatro días: “el color de la sangre cambia mucho. Cuando puedes revisarlo con la copa, estos dos últimos meses ha sido muy oscuro. Por lo general yo tengo una sangre así re carmesí, muy bonita. (...) Y esta vez me vino como muy oscura” (Entrevista 2). Su sangre deviene un tipo de termómetro de su estado emocional que es informativo por medio de indicadores como el color y claridad. Al respecto, Rocío me dijo que para comprender esta experiencia con la sangre hay que vivirla:

Pero poder encontrar tú y saber en qué época estás menstruando, si tú menstrúas en luna nueva, en luna llena, en cuarto menguante, en cuarto creciente, hay un mensaje que te están dando. El flujo cambia. A veces es más abundante, a veces es menos. Y también tienes la posibilidad en esa siembra de mirar cómo está tu flujo, cómo está tu sangre. Si está roja, si está rosada, si está oscura, si tiene coágulos. De hacer toda una lectura. (Entrevista 3)

El clima emocional afecta la sangre y la sangre informa a la mujer. Entendiendo en cuál ciclo lunar la mujer menstrúa y observando la materialidad de la sangre, es decir, con indicadores como su cantidad, color, claridad y densidad, es posible leer el cuerpo.

La siembra de la sangre es muy práctica para Claudia porque puede hacerla “aquí o en La Calera o en Girardot o en Fusa para que caiga” (Entrevista 2). Pero además, porque “no cuesta un peso, está ahí, está ahí. No necesitas de carné, ni de formatos, ni de formularios, está ahí” (Entrevista 2). Es una terapia accesible y posible de hacer en cualquier lado porque la hace su propio cuerpo, está disponible en su presente y es útil para hacer un seguimiento a su salud:

Pero trato de que siempre sea la misma y la consagro como con un pensamiento muy fuerte de protección a la casa donde yo estoy. (...) Pienso mucho en la protección de quienes están adentro de la casa y paulatinamente voy liberando, entrego como enfermedad, tristeza, renuevo salud. Yo soy como muy simbólica, me gusta mucho esa simbología, esas psicomagia me parece que es súper efectiva. (Entrevista 2)

Cuando las mujeres siembran la sangre lo hacen con una intención. Patricia por ejemplo: “la ponía en unas maticas y como que la intencionaba también. Y me pareció bien bonito, sí, tener una intención, que era lo que te decía de sembrar y dar a luz también de la vida en general” (Entrevista 5). Claudia confía en que esta práctica tiene efectos concretos en su realidad, por eso se refiere a la psicomagia. La psicomagia es una técnica terapéutica propuesta por Alejandro Jodorowsky, un escritor y artista chileno, que conjuga ritos chamánicos con el teatro y el psicoanálisis, y que describe en su libro *Psicomagia* (2006). Para Claudia es psicomagia porque sembrar la sangre es un ritual que tiene efectos concretos a partir del manejo de símbolos. De acuerdo con James George Frazer (2006 [1890]) hay dos principios en los que se funda la magia, a saber, el primero es que lo semejante produce lo semejante (ley de semejanza); el segundo dice que las cosas una vez estuvieron en contacto actúan recíprocamente a distancia, aún cortando todo contacto físico (ley de contacto o contagio). La primera ley establece que la persona que hace la magia deduce que puede producir el efecto que desee imitándolo; la segunda ley determina que todo lo que la persona haga con un objeto material afectará a la persona que tuvo contacto con este objeto, haya sido o no parte de su propio cuerpo. Esta segunda ley o principio es útil para explicar la práctica de la siembra de la sangre como un ritual que afecta de alguna manera el cuerpo de las mujeres. Claudia, por ejemplo, siembra la sangre consagrando protección y esto se materializa en su vida protegiendo a

su familia y renovando su salud. En este tipo de prácticas de sanación del útero sigue vigente la noción de magia para dar cuenta de procesos que no tienen un sustento científico pero que tiene efectos y afectos en los cuerpos y vidas de las mujeres que las practican. En otras palabras, es una práctica que intenciona y es mágica porque produce cambios visibles.

Considero que la lectura de Claude Lévi-Strauss (1995) es clave aquí a partir de su concepto de “eficacia simbólica”. El concepto de eficacia simbólica ha abierto el camino para un campo de estudios alrededor de las prácticas curativas y el éxito o fracaso de su aplicación (Beneduce 2006; Moreno-Altamirano 2006; Womack 2010). La eficacia simbólica se da por la activación de ritos y mitos que mediante el lenguaje atraviesan la dimensión consciente de la persona enferma para llevar su mensaje al inconsciente (Lévi-Strauss 1995, 223). Lévi-Strauss (1995) explora la curación de un individuo hechizado, un shamán y una mujer con dificultades durante el parto sirviéndose de las herramientas conceptuales de la lingüística y el psicoanálisis para describir y explicar que los efectos de la magia y la enfermedad son reales para los individuos afectados. Con la narración o canto del mito compartido, el shamán o curandero logra reordenar el cuerpo de la mujer orientándola a una experiencia de origen que tiene como condición creer en la estructura formal del mito colectivo y cuyo contenido es análogo entre las ideas y la fisiología, consiguiendo así facilitar el parto de la mujer. Si bien en el caso de las mujeres que entrevisté la sanación no depende exclusivamente del lenguaje, la narración y de elementos simbólicos, sino de acciones y prácticas específicas que pasan por la connotación de ritual, como la siembra de la sangre, cuando Claudia dice que es “súper efectiva” da cuenta del efecto que tiene en su vida y cuerpo y de su eficacia. Aquí los elementos simbólicos importan, pero hacerlo importa más. La práctica de sembrar la sangre es eficaz para las mujeres entrevistadas, y aunque pasa por articular elementos simbólicos como “la madre tierra” o la “luna”, requiere de un objeto material que afectará a la persona, como señala Frazer (2006 [1890]).

Los objetos son muy importantes en estas prácticas, como he señalado, lo que coincide con el segundo principio que definió Frazer (2006 [1890]). Mariana empezó a sembrar la sangre de su menstruación en la tierra de una planta: “La plantica donde yo sembraba mi luna le salió una vena totalmente amarilla. Es una mata de hierbabuena la que yo tengo, ahorita te la muestro. Le salió una vena, amarilla, como si fuera pus. Con mi mamá

también quedamos sorprendidas” (Entrevista 4). Al preguntarle si aún tenía esta planta me respondió que la había botado “porque eso fue recién me dio la candidiasis y mi mamá me dijo: “hay que cortarla, hay que podarla, hay que empezarla a limpiar”. Y mi mamá me decía: “le transmitió la enfermedad a la planta” (Entrevista 4). A diferencia de Camila, en lugar de cuajar energía de amor, Mariana cuajó enfermedad en la planta. En este sentido, esa planta materializó fuera de Mariana su experiencia interna de padecimiento; puso la infección en la tierra y así como la planta debía ser limpiada, Mariana comenzó a limpiarse.

Limpiar el útero

Una de las prácticas que llamó mi atención fue el huevo de obsidiana luego de escuchar a Claudia. Claudia inició con el yagé ya que la biomedicina no pudo saber por qué le dolía tanto el vientre y tenía menstruaciones tan largas luego de perder a su bebé. Puesto que el taita le dijo que parecía ser un problema de los ovarios, decidió experimentar con el huevo de obsidiana, una piedra de lava volcánica vitrificada que se introduce en la vagina para sanar enfermedades relacionadas con el útero. Su uso, originario de prácticas indígenas prehispánicas (Álvarez y Cassiano 2009), fue estudiado y expuesto por la mexicana Ana Silvia Serrano, fundadora de la Sociedad Internacional de Terapeutas de Obsidiana y escritora del libro *Osiris, el Huevo de Obsidiana* (2007) en el que aborda la colonización del cuerpo femenino por la llegada de los españoles. Se trata de una propuesta de sanación de energía femenina que tiene como objeto limpiar todo el sistema genital femenino mediante el uso de la piedra. El libro detalla el tratamiento que debe estar acompañado por una terapeuta certificada por Serrano.

Claudia no tenía el huevo con ella cuando nos encontramos para la entrevista, pero buscó rápidamente una imagen en Internet, me lo mostró y me dijo: “Es súper chiquito. (...) Y es helado. Vos te lo ponés y sientes la cuca helada [risas] se pone helada” (Entrevista 2). El huevo viene con una bolsa roja que lo protege y que según Claudia funciona como un contenedor de la energía (Figura 3):

Figura 3. Huevo de obsidiana



Fuente: tomada por la autora en su casa, 30 de septiembre de 2020.

Yo nunca había oído de este objeto y tenía muchas preguntas sobre su uso. Claudia me explicó así: “Tú pones el huevo dentro de la vagina en la noche y te lo sacas por la mañana. Esto durante tres meses seguidos tres veces. Es decir, es una terapia aparentemente de un mes pero como en la regla tú paras” (Entrevista 2). Es un tratamiento de nueve meses en el que se deja de usar por un mes cada tres meses y cada mes el huevo no se introduce en la vagina durante la menstruación. Antes de usarlo en un nuevo ciclo es indispensable limpiarlo con sal marina y agua, y recargarlo a la luz de la luna llena.

Usé el huevo de obsidiana durante la pandemia de 2020. Se lo compré a Laura, una terapeuta que me acompañó durante los nueve meses que dura el tratamiento. Para limpiarlo, debía meter el huevo en un vaso con agua y sal marina por una noche. Seguí las instrucciones del libro de Ana Silvia Serrano (2009) y de Laura que me explicó que la bolsa roja en la que se guarda lo protege de elementos negativos y, al mismo tiempo, evita que lo que está limpiando se libere por ahí.

Le pregunté a Claudia si podía tener relaciones sexuales con el huevo y me dijo que sí, que se podía quitar y poner. La clave de su uso:

(...) la quitada es que todo es control. Todo es tener uno el control de su cuerpo y saber que nada va a pasar. Entonces a veces él no sale. A veces tú empujas y empujas y empujas y empujas y empujas y empujas y no. Y otras veces sale solito así [sonido]. Entonces no te lo puedes sacar porque te lastimas. Es como si se retuviera ahí y es muy raro. Pues obviamente no puede irse más pa' arriba, no tiene pa' dónde, pero a veces sale súper rápido. Lo ideal es ponérselo solo por la noche que estás en reposo, que eso trabaja con el inconsciente porque remueve todos los malos pensamientos, sueños o energía que tú tengas por ahí. Entonces de día, si tú caminas o corres se te puede caer.

Porque como eso no está agarrado de nada y es tan liso, es muy bonito. Entonces ese huevo después te lo quitas por la mañana, lo lavas y lo guardas en la cosita roja. En la noche, otra vez con agüita normal y te lo pones. Y cuando acaba lo hierves en sal marina y lo pones a la luna, sol y luna, sol y luna, sol y luna. Y ya luego vuelves y lo guardas. (Entrevista 2)

Para introducirme el huevo el primer día preparé un espacio en mi habitación con una cobija limpia, una vela con esencia de vainilla y me puse una bata negra, del color del huevo. El objetivo era disponer un espacio en el que me sintiera cómoda. Entonces hice el ritual:

Tomé el huevo, le agradecí e invoqué al Arcángel Miguel [como Serrano indica en el libro], le volví a agradecer, lo puse bajo el chorro de agua [del lavamanos], y luego, en mi cama me puse de cuclillas para introducirlo [en mi vagina]. Entró muy fácil. Me recosté e hice las dos meditaciones diarias compartidas por la terapeuta. (...) Durante la meditación apenas sentí frío, pero las manos que puse sobre el útero sí se calentaron mucho. Sentí un dolor en la parte de la nalga que colinda con la pierna. Y como una pequeña vibración en la cama. (Diario de campo 11a)

Al día siguiente no expulsé el huevo en la mañana como esperaba. Me preocupé pero ya lo había advertido Laura y el libro: el huevo está haciendo su sanación y saldrá cuando tenga que hacerlo. En mi caso, hubo semanas, a veces meses, durante los cuales el huevo no salió. “Lo raro es que siento como un calorcito en el lado izquierdo de mi vientre bajo y cuando hice fuerza para tratar de expulsar el huevo, me dolió” (Diario de campo 11b). Durante un taller virtual Laura nos dijo que se debe hablar con el huevo si no quiere salir (Diario de campo 10). Que el huevo se quedara dentro de mi cuerpo indicaba que no estaba lista para soltar algo de mi vida y que podía resolverlo en el inconsciente con los sueños durante la noche.

El huevo decide cuando salir y cuando no. Serrano (2007) indica que hay que pujar en el baño en las mañanas para que el huevo salga pero que si no lo hace no hay problema, más bien, es señal de que la mujer debe soltar algún pensamiento o idea que le hace daño. Su función en el cuerpo es remover lo malo del inconsciente y también enfermedades del útero. Sin embargo, el huevo no actúa solo sino también involucra el control que la mujer tenga de su propio cuerpo y de la atención a sus sensaciones durante el ciclo menstrual, así me lo explicó Claudia: “Yo era como muy regular y yo sabía las fechas pero a raíz de esa terapia descubrí la importancia y la necesidad de anotar los días, los sentimientos, la intención a liberar la luna, la intención constante de

limpieza uterina” (Entrevista 2). Al hacer consciencia de lo que la mujer necesita soltar o desapegarse en términos de emociones, pensamientos, sueños o energías el huevo sale de su cuerpo.

En el taller virtual varias mujeres hablaron de sus experiencias con el huevo y la dificultad que tenían para que saliera a diario. Una de ellas, a diferencia del resto, nos contó que nunca pudo introducirlo en su vagina, al parecer su útero no lo aceptaba, así que lo puso junto a su cama. Una noche soñó con su útero entre un alambre de púas y despertó muy asustada, volteó a mirar el huevo de obsidiana y éste destelló un brillo. Laura explicó que el huevo la liberó de una energía muy negativa y por eso no pudo entrar en su cuerpo, así que luego de este episodio, enterraron el huevo (Diario de campo 10). El huevo hizo su trabajo de liberar a esta mujer de un amarre o embrujo que la mantenía enferma del útero a través de un sueño informándole el origen de su padecer.

Claudia experimentó emociones fuertes porque tuvo “ataques de malgenio” y sueños no tan comunes para ella en los que había mucha agua. Me explicó que de acuerdo con el libro de Serrano soñar con agua es “es decantar, eso es liberar el inconsciente” (Entrevista 2). El agua es un elemento que ayuda a limpiar residuos. Por ejemplo, Claudia soñó que:

(...) varias veces ahogaba a mi mamá, la ahogaba, la ahogaba, la ahogaba en el sueño sí. Y es natural, porque la mamá es el modelo femenino que uno tenía, lo mismo la abuela, lo mismo la bisabuela. Yo descubrí frases que mi mamá me ha dicho, que mi abuela me ha dicho y que se han dicho que están en ese libro y que fueron frases que empezaron con la colonización del cuerpo femenino. (Entrevista 2)

De manera tal que el uso del huevo involucra experiencias oníricas que remueven ideas hegemónicas sobre lo que es ser mujer y el cuerpo de las mujeres. Claudia me dijo que todo esto pasa porque “es una terapia que saca lo peor del femenino, de mi femenino. El huevo es oscuro, el huevo es la oscuridad más oscura que haya. Entonces digamos que eso te lleva a revisar la oscuridad bien profunda” (Entrevista 2). El carácter oscuro del huevo, Claudia lo experimentó de manera paranormal:

(...) estábamos una de esas noches con mi pareja durmiendo y yo vi que entró algo, una sombra muy negra y se paró en frente del huevo y se fue. Y mi chico también sintió que había entrado alguien al cuarto pero él no vio nada. (Entrevista 2)

Recuerdo que luego de que Claudia me compartiera esta historia tardé mucho tiempo en decidir si usaba el huevo o no. Me daba miedo experimentar algo parecido pero tenía mucha curiosidad por saber cómo se sentía dentro del cuerpo y qué tan incómodo era, además qué sueños podría tener. Me pregunté qué tanta energía tendría una piedra que necesitaba de un trapo rojo para contenerla. Durante los primeros meses llevé un diario donde anotaba cómo me sentía. Creo que lo más intenso que viví fueron emociones profundas y sueños cargados de mucha información onírica. En realidad, tuve varios sueños con muchos detalles, algo que no suele sucederme, por ejemplo, con personajes de mitología egipcia como Anubis y con mi madre y abuela en escenarios con mucha agua. “Diluí la sangre con agua y dejé la mata en la ducha por si sangraba más tarde. (...) Esa noche tuve sueños muy extraños, con sangre, un bebé que mordía a su mamá y se iba por el inodoro escapando” (Diario de campo 10).

El huevo trata las memorias y emociones negativas y oscuras de las mujeres que, como me explicó Rocío, se alojan en el útero. Por eso en su relato, Claudia señaló que lo que hace el huevo es limpiar el útero y “liberar el inconsciente” porque al tener ese tipo de sueños las mujeres pueden ver partes negadas u ocultas de sí misma, lo que en el libro de Serrano (2007) basada en la teoría del psicólogo Carl Jung denomina la “sombra”:

La sombra es ese inconsciente que forma parte de nuestra personalidad, y que nos demanda enfrentar y reconocer los aspectos más rechazados y negativos de nosotras mismas. Conocer la sombra nos lleva a transitar por un laberinto lleno de oportunidades para encontrarse a una misma, ya que es el desconocimiento de mí misma lo que no me permite alcanzar la luz. (Serrano 2007, 68)

Mientras trataba su sombra con esos sueños y experiencias paranormales, Claudia comenzó a notar cambios corporales: “También el moco vaginal cambió. Cambió por unos días como a una nata súper espesa pero no tenía mal olor, nada. Entonces yo siento que era como una energía muy cristalizada que yo tenía ahí que se iba liberando” (Entrevista 2). Empezó a evidenciar la limpieza uterina que traía consigo el uso del huevo, pues, sus fluidos corporales, como la sangre menstrual, se afectaron. No tuve experiencias paranormales como la de Claudia, pero sí noté otros cambios en mi menstruación porque el color de la sangre era diferente y los cólicos desaparecieron los primeros meses.

Un día, cuando finalmente el huevo salió de mi vagina luego de estar varias semanas allí, tuve la menstruación y quise saber cómo era la sangre menstrual luego de usar el huevo, pues Claudia me contó que los fluidos cambiaban con su uso. Siempre percibí mi sangre oscura. Mientras usaba el huevo noté colores distintos: a veces rojo muy claro, otros días sumamente oscura y con coágulos. En fin, con la copa menstrual recogí la sangre y la deposité en un frasco con un poco de agua para que fuera más fácil sembrarla en una planta después. Dado que la copa menstrual, un objeto de silicona –también de látex o caucho termoplástico– que se introduce en la vagina durante la menstruación para recoger la sangre del útero dentro del cuerpo. Dado que Claudia era alérgica a los tampones y toallas higiénicas, la copa menstrual era la mejor opción. Con la sangre menstrual dispuesta en la copa cada mes, siguió revisando su ciclo y observaba su sangre, su color, textura y olor: “Porque fue la única herramienta que yo tuve para poder vivir un periodo sin enfermedad. Además que obviamente yo también en el fondo seguro le tenía un rechazo como todos esos químicos y esas vainas y de una me enfermaba” (Entrevista 2). El uso de la copa menstrual para Claudia fue una tecnología preventiva de las alergias sufría; para mí fue un producto higiénico para mi cuerpo y el medio ambiente pues ya no es necesario desechar toallas o tampones. En ambos casos, su uso reemplazó el tradicional y hegemónico “cuidado íntimo” y se presentó como una gestión alternativa de la menstruación (Guillo 2013).

En Argentina gracias a una amiga, Claudia conoció una práctica mediante la cual se introducen dientes de ajo en la vagina como óvulos, en lugar otros medicamentos. “El ajo es un antibiótico que sirve para desintoxicar cualquier organismo, tomado, puesto, machacado” (Entrevista 2). Así que:

Entonces, recién el bebé, recién quedé embarazada como que me dio una infección y me mandaron un montón de pastas y óvulos, y yo lo que hice fue ponerme pedacitos de ajo. Y al principio me ardió como la madre y ya. Nunca más. Generar ambientes como antisépticos, hacer duchas vaginales, no duchas sino baños de vapor. Empezar a buscar plantas que armonicen, que tonifiquen, que limpien. (Entrevista 2)

Herramientas como la copa y el ajo fueron usados por Claudia para eliminar toxinas y generar entornos libres de microorganismos para el útero. Claudia también experimentó con distintas prácticas con agua como los baños de vapor, alimentos como cúrcuma y jengibre, la siembra de sangre en matas y la medicina ancestral. “Todas las cosas que sean buenas para el organismo van a ser una sincronía, que se va a ver reflejada en ese

espacio que para mí es tan sensible” (Entrevista 2). De ahí la importancia de limpiar el útero, por eso se refiere a la posibilidad que le dio el huevo fue mantener esa “intención constante de limpieza uterina”. “Entonces eso me lo dio la terapia del huevo de obsidiana. La búsqueda de limpieza que era más, que sé que a partir del útero va a ser también emocional, física y de otras muchas cosas” (Entrevista 2).

Limpiar el útero implica que hay suciedad. Esa fue la sensación de Mariana cuando comenzó la terapia con Gloria, la terapeuta holística, a quien confió su cuerpo en nueve sesiones más. Según Gloria, luego de pedir perdón y reconciliarse con el “ser superior”, Mariana ya estaba lista para “entregar los niños”. En la sesión de “entrega” Gloria le propuso una meditación a Mariana que ella narró así:

Entonces, cuando entregamos los bebés, fue una meditación muy bonita, me acosté, se encendieron unas velas y entonces ella empezó, primero, a limpiar todo lo negativo, que me imaginara que dentro de mí había, una energía de tal color y luego empezaba a salir por mi vagina todo lo negro, toda la basura, todos los elementos malos. Y todo lo recogía como en un pétalo, como en varios pétalos, los envolvía y lo entregaba para que Dios se lo llevara al más allá y que no volviera más conmigo. Y luego lo mismo con los bebés. A los bebés se les envolvió en una llama de un color, se le pidió a la madre que los ascendiera y que ellos mejoraran en sus próximas vidas y que ellos no volvieran a solicitar ser abortados. (Entrevista 4)

La meditación fue un medio para imaginar cómo se limpiaba su interior y la vagina fue el canal para que salieran “todos los elementos malos” que había allí, como si su cuerpo hubiera sido un contenedor de basura –o de muerte como lo verificó con la autopsia de la cirugía según la cual tenía un feto muerto adentro. Mariana sintió que: “Fue súper bonito, fue muy bonito y yo la verdad me empecé a sentir más limpia. Cada vez más limpia y yo en ese momento no estaba operada todavía” (Entrevista 4). Cuando me dijo que se sintió “más limpia” le pregunté cómo es esa sensación. Ella me explicó así:

Yo me sentía como muy pesada. Yo cuando me enfermé yo me sentí como muy pesada. Yo empecé a sentir como toda esa carga emocional de todos, como de todos esos hombres con los que había estado en mi vida, de todas esas relaciones frustradas, de noviazgos inconclusos o de haber salido con algún amigo o de haberme acostado con ese amigo. Empecé a sentir toda esa carga. Como toda esa carga en mi cuerpo y con las terapias yo empecé a sentirme más limpia, como más suelta, como más libre en mi cuerpo. (Entrevista 4)

Para Mariana, los actos de perdón que le sugirió Gloria la estaban limpiando. Desde la perspectiva de Gloria, Mariana sufría por la vida de fiesta y hombres que había llevado

hasta el momento. El objeto del perdón son todas las relaciones erótico afectivas de Mariana que causaron su padecer, insinuando que podría estar mejor si sus relaciones tendieran hacia la monogamia a largo plazo, para que no fueran “frustradas”. Y por eso tuvo que hacer una terapia para “cortar con lazos” y terminar con relaciones pasadas:

Entonces en esa yo tenía que conseguir un rollo de lana de color rojo y tenía que conseguir alcohol, una vela. Yo me senté en la camilla, haz de cuenta una camilla de meditación o de hacer masajes estéticos. Entonces, primero, hacíamos una serie de oraciones y luego (...) Yo no sé si tú has escuchado una canción que dice: “lo siento, perdón, gracias, te amo” [canta]. Era algo así, que dice: “y yo te perdono, tú me perdonas...”. Era algo así. Era decir el nombre, fulanito del tal, lo siento, perdón, gracias, te amo, yo te perdono, tu me perdonas, yo te libero”. Y entregar esa relación al universo. Y así se hizo con cada uno. Yo no me acuerdo, más o menos fueron como unos 24. (Entrevista 4)

“Entregar” en la terapia de Mariana supone dar algo que tiene un peso para poder liberarse de una carga. Aquí retomo el relato de Camila cuando decidió soltar “toda esa energía del yagé”. “Soltar” al igual que “entregar” en las terapias del útero supone deshacerse de algo que les pesa. En su sanación, Camila no solo soltó esa energía del yagé sino que con el tiempo perdonó al padre de su hija por las infidelidades y adicciones a las drogas que afectaron su relación. “Entonces, esa es como la historia de él pero yo ya la entregué, la solté, ya no me corresponde. Hice lo que tenía que hacer y también libere el karma que yo traía” (Entrevista 1). Acudiendo a la teoría antropológica del don de Marcel Mauss (1979 [1934]) que explica las relaciones sociales en términos de un ciclo que comprende los actos de dar, recibir y devolver, en el proceso de Mariana de lo que se trata es de dar para soltar, aunque pareciera que no espera algo a cambio sino busca una liberación, de recuerdos de relaciones del pasado, por ejemplo, justamente la libertad es que lo recibe de vuelta. Y en este caso, si bien no se entrega a otra persona, es decir que no hay una relación social de por medio, sí hay una relación con algo que no es humano. En este sentido, el don es entre Mariana y una entidad que puede ser el universo o un ser superior. Guardando las proporciones analíticas, ese don garantizará la limpieza de su útero.

La limpieza también es tangible a través de la toma de remedios. Para ayudar al perdón y la limpieza, Mariana también tomó varios remedios que le recetó Gloria:

(...) entre ellos había que conseguir una botella, media de aguardiente, meter ruda y se guardaba en un sitio oscuro. Tenía que lavarme el cabello con vinagre, dormir con unas hierbas debajo de mi cama. Tenía que comer, y todavía estoy comiendo huevo con ruda.

En el Internet dice que el huevo con ruda es para fortalecer la matriz. Y hay personas que dicen que también es para eliminar miomas. Tenía que tomar sábila con soda y con naranja, creo. Era una cantidad de remedios pero fueron unos remedios que empezaron a subir mis defensas, tanto que no me iba a operar porque no tenía el número de recuento de plaquetas necesario para entrar a un quirófano. Pero fue impresionante. Yo empiezo a hacerme esos remedios y las defensas empezaron a subir. El recuento plaquetario empezó a mejorar. (Entrevista 4)

En la etnografía sobre de la biografía cultural de la ruda, Martínez Medina (2008) analiza cómo la usan las mujeres indígenas en Bogotá. En su relato, una de las mujeres mayores cuenta que la ruda se utilizaba para los dolores menstruales y para el momento después del parto. “La ruda, es así, una planta esencialmente femenina, utilizada para la dismenorrea, como emenagogo y para “alimentar” y “cerrar la matriz” después del alumbramiento, todos estos usos relacionados con su capacidad para modificar la contractilidad uterina” (Martínez Medina 2008, 161). Por su potencial abortivo, la ruda se prohibía a las mujeres embarazadas, pues lo que hace es producir la menstruación. El papel de la ruda en combinación con otros los remedios que tomó Mariana era entonces limpiar el útero para eliminar los miomas y que lo hizo fue “subir sus defensas” cumpliendo con lo que había averiguado en Internet sobre “fortalecer la matriz”. Con el propósito de eliminar los miomas, la ruda coincide con su capacidad de limpiar y “atraer sobre sí el mal para poderlo sacar” (Martínez Medina 2008, 164).

Es importante notar también que las prácticas biomédicas no dejan de ser referentes para las mujeres que entrevisté. Están al mismo tiempo en tensión y complementariedad con el cuidado y seguimiento de las enfermedades. Por ejemplo, Mariana siguió todo lo recomendado por Gloria mientras esperaba la cirugía en la que le retirarían el útero y asistía a controles médicos. La ruda y la cirugía no entraban en contradicción para Mariana, ambas prácticas tenían la misión de limpiar el útero de miomas.

La experiencia de Ana limpiando su útero fue diferente a las anteriores porque había un límite en su limpieza. Me contó que su prima le hacía a su hija una aromática de panela con perejil cada vez que menstruaba. “Y entonces, esto lo que hacía, decía mi prima, es que le limpiaba el útero. Y efectivamente, pues el perejil dicen que es abortivo entonces cuando tú estás menstruando te limpia” (Entrevista 6). Ana probó esta bebida pero debido a su flujo abundante sintió que la estaba limpiando excesivamente: “para mí eso que te limpie y que lo que va a hacer es favorecer que salga más, la sensación es que no

es tan bueno porque me da anemia” (Entrevista 6). No todas las prácticas de sanación benefician a las mujeres, y en el caso de Ana con el antecedente de menstruaciones copiosas que la dejan débil y cansada, no era conveniente limpiar tanto su útero porque podría desangrarse.

Lo mismo sintió con el uso de toallas higiénicas: “tiene mucha lógica que tanto químico pues puede hacer que tu menstruación sea abundante y que la relación con la menstruación no sea tan agradable” (Entrevista 6). Hace unos años, compró unas toallas en tela que al parecer no tenían químicos y que limpiaban el útero. Sin embargo, estas toallas “hacían lo mismo que el perejil, como que limpiaban entonces mi sensación es que me venía más” (Entrevista 6). Las continuó usando unos meses más y luego se detuvo porque sus menstruaciones eran aún más abundantes de lo que ya eran.

De otra parte, tener un bebé puede ser un acontecimiento también terapéutico. Contrariamente a la experiencia dolorosa y negativa que Camila tuvo con el parto de su hija, para Claudia fue una experiencia totalmente sanadora. En sus palabras:

Entonces yo siento que parir es una purga, es la purga más espantosa, pura y efectiva que tú tienes en la vida. Yo parí después de 18 horas y media y cuando me entregaron al bebé parecía recién bañada, recién levantada. Yo ya llevaba como dos días sin dormir o más y tan pronto me dieron el bebé yo estaba como si nada, y me sentía súper liviana. (...) Y eso es una limpia. Entonces yo creo que ahí hubo como una limpieza energética muy fuerte, muy fuerte. Se vació todo el útero. Se llenó y se vació. (Entrevista 2)

Aunque Claudia parió en un hospital sin parteras tradicionales, su experiencia y conocimientos como terapeuta en formación le permitieron vivir su parto como una limpieza de experiencias pasadas, muchas de ellas asociadas su linaje materno. Ester Botteri y Jacqueline Bochar (2019) analizan el parto asistido por parteras tradicionales en México y proponen pensar la partería como una dimensión que empodera y da otro sentido a la experiencia de la parturienta, en contraste con los partos asistidos en escenarios biomédicos, en los que son relegadas a sujetos pasivos. Esta asistencia no siempre es posible si la madre tiene el parto en un hospital o clínica convencional, pues, como me explicó Rocío: “Cuando tu vas a una clínica en calidad de doula no puedes hacer nada. No le puedes decir nada al médico, nada. Los acompañamientos a clínica no son tan chéveres” (Entrevista 3). Para Botteri y Bochar (2019) el acompañamiento terapéutico de las parteras permite a las mujeres confiar en su saber sobre parir a partir

de una memoria corporal, y al mismo tiempo, en el parir placentemente, sanar experiencias dolorosas de su linaje materno y de otros partos. El hecho de haber tenido a su hijo en un hospital y no tener acompañamiento, no impidió que el útero de Claudia fuera capaz de vaciarse y limpiarse cuando dio a luz.

Revivir el útero

En las terapias con Gloria, Mariana sintió que algo le faltaba, necesitaba algo más porque la “enfermedad anida es aquí [se señala el vientre], y yo dije: “yo necesito a alguien especializado en el útero” (Entrevista 4). También sintió un “vacío” después de terminar esta serie de terapias: “Porque yo termino mi terapia con la doctora Gloria y yo quedé como con tristeza. Quedé limpia, pero sentía que había un vacío (...) siempre he sentido ese deseo de estar acompañada como por un hombre” (Entrevista 4).

Con esta sensación de vacío y sentimiento de tristeza empezó a indagar de nuevo en Internet sobre “cómo se sana a nivel espiritual esa clase de enfermedades”. Fue entonces cuando se enteró de la bendición de útero. Buscó por Facebook a personas en Colombia que practicaran esta terapia. En una librería en Bogotá que se dedica a temas místicos y espirituales se inscribió en una bendición. En ese espacio conoció a Camila, quien fue su terapeuta en las siguientes sesiones grupales de bendición del útero.

Camila es una terapeuta certificada en bendición del útero, por eso me explicó que es una terapia que funciona como una práctica *reiki* (medicina alternativa japonesa de canalización de energía vital a través de la imposición de manos) en la que las terapeutas canalizan energía hacia el útero. Esta terapia retoma las ideas expuestas en el libro *Luna Roja* de la británica Miranda Gray (1994) que propone el auto-conocimiento del ciclo menstrual en contraste con las técnicas alternativas de curación con enfoque masculino que ignoran los ciclos femeninos (Gray 2010, 2017). De acuerdo con Camila, la energía de la bendición “es una energía muy sutil” que se canaliza en un ritual enfocado en “tu corazón, en tú útero, en tu coronilla, en tu garganta, unos puntos muy específicos del cuerpo, una irradiación energética” (Entrevista 1). La creadora de la terapia se formó en Hawái con una maestra que le enseñó *Usui* un tipo de *reiki*. Según Camila, Gray ha sido una mujer “muy importante para el despertar femenino a nivel mundial” (Entrevista 1). Luego, Gray formó a otras mujeres a quienes llama *moon mother*

o madre luna para que “hagan sanación y den las bendiciones del útero. Es un servicio planetario porque cada *moon mother* tiene un círculo, entonces, es como un punto de acupuntura en el mundo” (Entrevista 1). Con la bendición del útero, las mujeres canalizan la energía o prana a través de sus vientres.

Como era su primera bendición del útero, Mariana invitó a varias mujeres de su familia materna, haciéndoles partícipes de su proceso terapéutico. “[E]stuve muy emocionada, convoqué a todas las mujeres de mi familia que sabía que me iban a apoyar” (Entrevista 4). Recuerdo a Mariana ese día muy sonriente y tanto ella como sus familiares usaban faldas y *pashminas* de distintos colores, como Camila nos había pedido que asistiéramos (Figuras 4 y 5). Mariana me contó que en esa ocasión se concentró mucho en la meditación pero salió enferma: “Ese día tuve hemorragia, tuve inflamación. Durante la meditación me imaginé esto todo negro y rojo [vientre]. Y a los pocos días el doctor me dijo que me estaba saliendo un nuevo tumor que medía cinco milímetros” (Entrevista 4). Al parecer, la bendición del útero le removió el padecimiento porque sintió y supo del nuevo tumor.

Figura 4. Mujeres asistentes a la bendición del útero



Fuente: tomada por la autora en la bendición del útero, 7 de agosto de 2017.

Figura 5. Madre luna de la bendición del útero



Fuente: tomada por la autora en la bendición del útero, 7 de agosto de 2017.

Mi experiencia con la bendición del útero fue distinta. No quería sufrir de ovarios poliquísticos pero tampoco quería tomar medicamentos o tener un hijo como me lo sugirieron los médicos. Entonces una amiga me recomendó las terapias alternativas del útero. Fue cuando indagando en Internet, como lo hacía Mariana, encontré a Consuelo, pedí una cita y practiqué mi primera “bendición del útero” en 2015. Dos años después, en

2017 me enteré de que tenía miomas uterinos. Este mismo año inicié el trabajo de campo de esta tesis con mi primer encuentro con Camila. Ya que Camila es terapeuta, quise conversar con ella sobre algunas sensaciones que tuve luego de aquellas sesiones de bendición del útero. La primera vez que recibí la bendición del útero en realidad no recuerdo haber sentido nada. Pero después de la última a la que asistí en 2017 sentí mucha sed. Ya la madre luna me había dicho que iba a sentir sed y me recomendó evitar la comida picante (Diario de campo 1). Camila me explicó la razón:

(...) porque es una irradiación energética muy calentita que recibes. Y sí, a casi todas les da sed, dolor de cabeza o mucho calor porque es que recibes una energía bien poderosa sanadora. Esa es la razón, porque estás recibiendo mucha energía. Entonces el cuerpo requiere tomar líquido como para equilibrar. (Entrevista 1)

Luego, en la bendición del útero mundial en el Parque de los Novios en febrero de 2020, me sentí muy cansada, no quería estar más allí. Habíamos realizado muchas actividades de meditación y juegos, además de estar bajo el sol desde la mañana hasta las 2:00 p.m. Cuando salí del parque “sentí que un flujo salió de mi vagina. Quizás es el flujo que anticipa mi menstruación. Me sorprendí porque no lo esperaba para esos días” (Diario de campo 9). El manchado no siguió los días posteriores y volvió a aparecer en el periodo menstrual.

A pesar de continuar con los remedios de su terapeuta Gloria, sembrar la luna y asistir a las terapias de bendición del útero, Mariana aún no se sentía del todo bien: “otra vez empecé como adelgazarme mucho, estaba más delgada y sentía el deseo de continuar con unas terapias con alguien. En mi mente estaba Camila pero no logré comunicarme con ella en esos días” (Entrevista 4). Entonces encontró una psicóloga, Ángela, con conocimientos en terapias alternativas, que le ofreció un punto de vista diferente al de Gloria sobre sus experiencias en relaciones. En lugar de juzgarla por haber “estado con tantos hombres”, su nueva terapeuta le dijo que: “No Mariana, hoy en día, hay muchas mujeres que han tenido muchas más experiencias con muchos más hombres y son orgullosísimas del tema, tampoco lo cojas por ese lado, ni te sientas ya tan mal” (Entrevista 4). Mariana sintió tranquilidad y el vacío que le dejaron las terapias con Gloria fue llenándose con el acompañamiento psicológico y otras prácticas que le ofrecía Ángela, como el péndulo hebreo. Según Mariana:

El péndulo hebreo es como un corchito que se coloca similar (...) y a uno le van pasando ese péndulo por todo el cuerpo, como una cadenita, has de cuenta, le cuelga un corcho y

al corcho tú le cuelgas una palabra, una pregunta, y ella lo va pasando por el cuerpo y donde el péndulo se detiene o empieza a moverse con fuerza es la zona que siempre está enferma. A mi siempre se me queda acá [señala el vientre]. (Entrevista 4)

En su caso, el péndulo se detiene en el vientre, cerca del útero. Y lo que siente cuando el péndulo está trabajando sobre su cuerpo es “un calorcito ahí irradiado” (Entrevista 4). Bendecir el útero o irradiar energía hacen que Mariana experimente su útero porque lo siente, es decir, no solo sabe de su existencia por las masas o el dolor durante la menstruación, sino que está ahí en las terapias que recibe, sintiendo inflamación o calor. El calor es una manera en la que se manifiesta la presencia del útero en el cuerpo de las mujeres. Yo también sentí calor cuando usé el huevo por primera vez. En su último viaje a México, Patricia estuvo con una terapeuta que activó ciertos puntos de su cuerpo con calor y luz:

Y ahí estuvo realmente mucho tiempo, aquí en esta parte [en el vientre]. Como que me hacía, como que me hacía y yo sentía, no sentía. Entonces ella me hacía: “mira, aquí te estoy poniendo calor”, me hacía el ejemplo aquí y me hacía acá y aquí yo de una reaccionaba y aquí era “no me pasa nada” [vientre]. Entonces era muy simbólico decir: “está frío, hay [que] volverle a revitalizar”. (Entrevista 5)

No sentir el calor en esa parte del cuerpo era que no había vida y por eso era necesario “revitalizar”, es decir, hacer el que su útero viviera de nuevo. La terapeuta se concentró dos horas en su vientre:

Mucho tiempo, mucho tiempo, trabajando hasta que empecé a sentir realmente otra vez. Y yo le sentí como otro corazón [quiebre en la voz por llanto]. Que llegaba y (...) que se reactivaba realmente. Y entonces yo le decía: “siento que me palpita, siento otro corazón” y ella decía: “claro”. Era eso, como si volviera a revivir ese corazón que es muy simbólico y tuviera vida. Entonces yo sentía que ya tenía dos corazones y los sentía palpar y tal cual. Y ahora ya los siento, como que los siento, realmente sí ha sido el corazón, de ahí viene todo. (Entrevista 5)

Más adelante, Patricia recurrió a una terapeuta especializada en acupuntura, una terapia de la medicina tradicional china que usa la estimulación de puntos específicos del cuerpo introduciendo agujas muy finas en la piel. La terapeuta le puso agujas en el cuerpo para algo que: “tenía que ver con el vientre y tenía que ver con potenciar el corazón” (Entrevista 5). Luego, comenzó a mencionar colores y Patricia sintió otra energía: “Cuando hablábamos del color blanco, sobretodo de tranquilidad o de amarillo de brillar y de recuperar ese dar a luz, en últimas” (Entrevista 5). Revivir el útero es darle vida y por

eso se siente como otro corazón que palpita. El hecho que vuelva a vivir es recuperar su capacidad de “dar a luz”.

Tensiones entre la agencia y la ratificación del orden sexual y de género

Las trayectorias de sanación de las mujeres que he revisado en este capítulo involucran tecnologías de sanación biomédicas y alternativas que explican enfermedades del útero y las tratan. Los tratamientos dirigidos a intervenir el cuerpo, sacando, quitando o controlando solo la parte enferma, distancian a las mujeres de su capacidad de hacerse cargo de su salud. En su búsqueda de sanación, integran prácticas alternativas a las biomédicas que modifican los cuerpos que pueden ser cercenados por la biomedicina en cuerpos holísticos que sanan haciéndose con útero. Enfocarse en el útero cambia el tipo de cuerpo que las mujeres entrevistadas tienen permitiéndoles sentirlo y vivirlo de otro modo.

La tensa relación de las mujeres con los tratamientos recomendados por la biomedicina, basados en la autoridad del médico, la dependencia de medicamentos y los cuidados controlados, cambia en las terapias del útero porque les permite hacerse cargo de su proceso curativo y elegir con qué prácticas de sanación les va mejor, por supuesto, en el marco de una gama de opciones de terapias alternativas a las que tienen acceso. Sin embargo, las prácticas alternativas no están exentas de control y mandatos sobre el cuerpo de las mujeres, por ejemplo, la culpa de Mariana por su vida sexual fue precisamente por el diagnóstico de Gloria que le dijo que su sexualidad irresponsable le produjo enfermedades en el útero. Aunque médicos y terapeutas les han prescrito tratamientos y recomendado remedios, en el proceso de experimentar qué les sienta mejor, las mujeres exploran y calibran qué les sirve, qué las limpia, y buscan complementos, abandonan algunas, o las cambian. La relación que las mujeres establecen con la biomedicina y las terapias alternativas puede ser distante o cercana según el grado de comodidad que sientan con sus prácticas, pero sin duda es constante a lo largo del tiempo. Deciden que les sienta mejor y qué les es útil al momento de tratar síntomas o comprobar la presencia de enfermedades con exámenes. Pero lo que en cualquier caso modifica la relación de las mujeres con los tradicionales y hegemónicos formas de tratar el cuerpo desde el saber experto de la biomedicina, es la experiencia en

otras formas de sanar, una vez las mujeres se acercan a éstas, aprenden a hacer y entienden por qué hacen ciertas cosas: porque de fondo “algo hay” y es eso de lo que se pueden encargar. Y ese algo, además, está en su cuerpo, como si el dolor, la enfermedad y la sanación solo dependieran de sí mismas. Cuajando la sangre, limpiando o bendiciendo el útero recuperan el poder que tienen sobre sus procesos corporales.

Los tratamientos como las terapias alternativas establecen explicaciones sobre los orígenes de las enfermedades que contrastan, complementan o amplían la información sobre la salud de las mujeres. Estas prácticas tienen diferentes objetivos pero en últimas permiten que las mujeres reconozcan que, primero, tienen un útero; segundo, que necesitan sanarlo; y tercero que éste tiene la capacidad de afectar y ser afectado, en términos de la teoría de los afectos (Spinoza (2019 [1677]; Deleuze 2005) como algo que moviliza el cuerpo, como un poder y una potencia en el sentido afirmativo de Rosi Braidotti (2005) que tiene la capacidad de hacer cosas.

Tanto los tratamientos biomédicos como las terapias del útero hacen cuerpos con útero. Sin embargo, la diferencia radica en que los primeros despojan a las mujeres de su capacidad de sanar con drásticas medidas como las cirugías o las cargas hormonales de los anticonceptivos. El cuerpo con útero tratado por la biomedicina es un cuerpo pasivo y estructurado que puede ser intervenido y hasta cercenado. Las segundas, en cambio, restituyen esa capacidad cuando las mujeres experimentan un cuerpo con útero distinto al de la biomedicina, un útero que no es necesario controlar sino tratar de otro modo para que vuelva a vivir. En este caso, el útero es capaz de sanar. Y ese otro modo es cuando las mujeres aprenden a menstruar de forma amorosa, limpian el útero, lo bendicen y le dan calor para revitalizarlo. Las mujeres comienzan a sanar cuando el útero es capaz de dar a luz.

No obstante, aunque reconocer su capacidad de sanar enfermedades del útero les devuelve agencia a estas mujeres sobre su cuerpo, es necesario decir que las tecnologías de sanación aquí presentadas moldean formas de ser mujer que privilegian el lado femenino de la dicotomía que sustenta la diferencia sexual, es decir, el pensamiento basado en una oposición binaria básica entre hombres y mujeres a partir del cual se atribuyen características “masculinas” y “femeninas” a cada sexo y supone una complementariedad reproductiva que naturaliza la heterosexualidad (Héritier 1996,

citada por Viveros y Zambrano 2011; Lamas 1994, 2000). Tanto los tratamientos biomédicos como las terapias alternativas apelan por un propósito corporal: reproducir vida o dar a luz. Aunque Camila y Ana cuestionaron la estructura patriarcal que define los cuerpos de las mujeres como algo subordinado o contaminante, las prácticas de sanación esencializaron sus cuerpos como biología menstruantes cuyo útero está destinado a la procreación. La terapeuta de Mariana lo insinuó cuando explicó su padecer por la pérdida de bebés. Así, las tecnologías de sanación que se centran en el útero, en últimas, replican de distintas maneras los órdenes de género, unas tratando de controlar el cuerpo y el lugar subordinado de las mujeres y otras recurriendo a la sacralización de lo femenino asociado a la maternidad, lo que desde luego otorga mayor agencia a las mujeres, pero preserva e incluso ahonda la dicotomía femenino-masculino.

En otras palabras, para sanar las mujeres retornan a una idea esencial de las mujeres como dadoras de vida. Desde allí, resignifican experiencias corporales asociadas a las mujeres como el embarazo o la menstruación e invitan a vivirlas con placer y aceptación. Sin embargo, también reproducen y ratifican discursos hegemónicos que culpan a las mujeres de sus decisiones porque si la responsabilidad de sanar está en sus manos, pareciera que fue también su responsabilidad enfermar.

Es entonces cuando las mujeres rememoran y recogen acontecimientos de su vida que pueden sustentar los padecimientos que han sufrido. Esas enfermedades tienen un propósito y es contarles algo sobre sí mismas. En este sentido, es clave preguntar cuáles son las historias de las mujeres a partir de lo que están diciendo sus cuerpos, a lo que le dedicaré el próximo capítulo.

3. Lo que dice el útero

Las tecnologías de sanación modelaron las trayectorias corporales de las mujeres y modificaron la relación que tenían con el cuerpo, de manera que pusieron más atención a sus sensaciones, necesidades y deseos. Al mismo tiempo, permitieron que las mujeres reconocieran úteros que están presentes y que pueden comunicarles cosas sobre sí mismas. Este proceso supuso hacerse con un cuerpo cuyo útero es capaz de dar vida y volcarse sobre sus historias de vida. En consecuencia, este capítulo atiende a la sanación en relación con estas terapias centrándome en cómo sanar para las mujeres con quienes trabajé para aprender a escuchar lo que dice el útero.

Sanar el útero

Las mujeres que entrevisté exploraron tratamientos y terapias para sanar padecimientos uterinos que desde la adolescencia o en determinado momento de sus vidas las habían aquejado. Se hicieron cargo de su salud de manera activa porque aceptaron, rechazaron o combinaron diferentes prácticas terapéuticas. Asumieron un compromiso con su cuerpo no solamente para calmar el dolor sino para escuchar lo que su cuerpo decía con la enfermedad. Así, en sus relatos hablaban de “sanar el útero” no como una meta sino como un proceso que conlleva distintos momentos.

Cada práctica para sanar implica un propósito que las mujeres imprimen en su acción. Como ya mencioné, con el yagé Camila sanó el mioma, pero no solo por la planta, el ritual o la guía de los taitas sino por su intención de hacerlo y de sanar: “Hice mi proceso, gracias, me sané. Hice un proceso gracias a mi intención también porque siento que fue más mis ganas de sanarme” (Entrevista 1). La confianza y el interés depositado en las terapias, así como el conocimiento de la presencia del útero, puede tener efectos y afectos en el cuerpo, lo importante es estar abierta, disponible e interesada en sanar. La

sanación exige atención y compromiso, voluntad e intención de hacerlo; en otras palabras, requiere consciencia. Al hablar sobre su decisión de sanar, Claudia fue enfática en ello:

Y que puede haber mucha bendición de útero, y que puede haber más yagé. Pero si yo no tomo una decisión consciente y efectiva, sobre todo consciente, de la sanación que necesito y que esa sanación se adquiere a través del perdón pues puede haber diez bendiciones pero yo voy a seguir enganchada. (Entrevista 2)

Estar o seguir “enganchada” tiene que ver con aferrarse al acontecimiento que desencadenó la enfermedad, y que como explicó Rocío, se ata con una emoción no reconocida y que no tuvo duelo. Reconocer la emoción original empieza la sanación.

Para conocer este origen, las mujeres que entrevisté llevaron a cabo un ejercicio de observación que permite, como indicó Camila: “voltear la mirada a mí misma porque antes uno siempre está mirando afuera” (Entrevista 1). Voltear la mirada para Camila es reconocer lo que siente, quiere y piensa y no lo que otros o la sociedad impone, por ejemplo, aprender que la sangre no es riesgosa como los taitas en la comunidad con la que tomaba yagé le habían dicho, sino que se puede sangrar de forma amorosa. Cuando sangró de esa forma y empezó a sembrar su sangre, se dio cuenta que no tenía nada de malo menstruar.

Observar adentro permite buscar en el interior. A Claudia la iban a operar el quiste en forma y tamaño de “pelota de aguacate”, lo que implicaba que le quitaran el ovario. Antes de esta operación empezó a: “buscar, a buscar, a buscar dentro de mí, a buscar dentro de mí, esto no puede ser. Y para el día que me tenían que revisar antes de la cirugía ya no tenía nada” (Entrevista 2). Para Claudia la sanación consistió en buscar respuestas dentro de sí sintiendo el útero. Entonces aceptó cuánto daño le causó en su vida adulta haber sido abusada por familiares, algo que ocultó por muchos años. Buscar en el pasado implica reconocer lo que ha hecho daño no solo física sino también emocionalmente: relaciones, situaciones o experiencias, precisando aquellas que desataron la enfermedad. Rocío lo explicó de manera similar cuando reiteró la ruta del duelo:

Poder hacer esa ruta e irse hacia atrás y te vas y te vas, te vas hacia atrás y encuentras en ti lo que sucedió. Claro, tú tienes mucha responsabilidad pero a veces no solo depende de ti sino depende también de papá y mamá, de abuela y abuelo. Entonces toca ir para atrás. A veces lo que estás haciendo es repitiendo una historia. Repites la historia y eso

se ve, en la mayoría de mujeres se ve, de hombres también, se ve que repites una historia, repites un patrón. (Entrevista 3)

De acuerdo con Rocío, ir “hacia atrás” corta con el patrón de historias familiares y posibilita la escritura de una nueva historia personal.

A que tú puedas escribir esa historia y escribir la historia es tener consciencia de qué es lo que pasó para que de ahí para allá sea diferente. [...] entonces tú llegas y encuentras esos orígenes de las enfermedades siempre vas a encontrar miedos. El miedo a estar sola, el miedo a estar acompañada, el miedo a no ser buena mamá, el miedo a que el compañero te deje entonces te consigues diez compañeros. Bueno, siempre vas a encontrar un miedo. (Entrevista 3)

El proceso de sanación entonces continúa mirando hacia atrás, no solo en la propia vida, sino también de ancestros para averiguar de dónde vienen los miedos. Así, las mujeres con quienes trabajé cortaron con el patrón repetitivo y escribieron otra historia. Patricia lo entendió cuando compartió sus experiencias en los “círculos de mujeres”:

(...) escuché muchas historias de mujeres que hablaban de diferentes experiencias, cómo se habían sanado de sus órganos, ya sea por ser madres o justamente por abandonar los anticonceptivos o como ir procesando otras cosas. No era sólo físico de: “me duele aquí, tengo inflamado acá y tengo una bola”, sino es porque “tengo miedo a tal cosa, porque no he podido desarrollar tal proyecto”. Los miomas generalmente los asocian mucho con los miedos o con el estancamiento. Empezar a hablar de otras metáforas de lo que es la enfermedad que realmente es como manifestaciones de algo más profundo. (Entrevista 5)

Ir a lo más profundo le ha ayudado a Patricia a identificar discrepancias con su pareja, como el hecho de querer hijos o no y su relación con el trabajo. Y aunque se trate de un origen remoto en el tiempo, el trabajo de sanar es en el presente, en el aquí y en el ahora. Para Claudia el “trabajo de sanar es muy fuerte porque hay que remover el inconsciente, hay que liberar. Entonces obviamente lloro, tengo mal genio [...]. Son como un hacha [las emociones] y siento que puede tomar todo el tiempo que yo necesite” (Entrevista 2, aclaración añadida). Se trata de permitirse sentir las emociones sin importar el tiempo que duren, observándolas sin negarlas o evitarlas, porque las emociones son el presente.

Al tiempo, esas emociones las sienten en el cuerpo y sirven para sentir el cuerpo de otra forma. Patricia ha aprendido a identificar cómo se siente cada vez que menstrúa: “Ahora estoy más atenta que me llega antes. Realmente, antes era el mismo día y todo mal. Pero entonces ahora es escucharte, cómo ese ciclo va llegando. Empiezas a sentir como

sensibilidad en los senos, que te cosquillean o algunos dolores” (Entrevista 5). “Escuchar” es atender el cuerpo, algo que las mujeres entrevistadas han ido incorporando en su cotidianidad y en su sanación porque sanar también es comunicarse con su cuerpo. Para Patricia la sanación es un proceso de escucha atenta al cuerpo que evita bloquearlo, culparlo o castigarlo:

Porque ha sido todo un proceso para *escuchar mi cuerpo*, que no es necesariamente estar mal sino que es así y tiene esas condiciones, pero pues no puedo o bloquearlo o castigarlo o culparme o buscar obsesiva qué inyectarme o que meterme, lo que sea sino como escucharlo, como sentirlo. Y es pues mi cuerpo físico pero es mi cuerpo mental, emocional, social, hay como muchas dimensiones de lo que significa el cuerpo, y en sí mi útero. (Entrevista 5, cursiva añadida)

Escuchar el cuerpo implica comunicarse con él, es decir, responderle y hablarle en un proceso de doble vía, enfocado en sanar. Durante una bendición del útero, una terapeuta le dijo a Mariana que todas las mañanas se pusiera las manos sobre el vientre. “Y que le hablara a las células de mi cuerpo para que se fueran sanando” (Entrevista 4). Así lo ha hecho, colaborando con su cuerpo para que sane mejor y más rápido. Sobre un relato de la mujer con miomas uterinos que Mariana encontró en Internet, me comentó que:

Y que *si uno le habla a esa masa* para que esa masa ascienda, se salga de tu cuerpo y pueda trascender y formar a algo más espiritual lo haga. Que se le habla con amor como si se le hablara a un hijo, lo puede hacer. Que ella empezó a hacerlo y que esos miomas que le habían salido empezaron a disminuir por mes de a milímetro. Que empezó a disminuir, a disminuir, a disminuir. (Entrevista 4, cursiva añadida)

Ana también ha colaborado con su cuerpo hablándole a los quistes para comprender por qué están en ella: “bueno, *estos pequeños quistes, ¿qué me están diciendo?*. Todo el tiempo preguntándome cosas. Entonces también es un lugar que me está ayudando a crecer. Es verlo no solo como el dolor sino que me está permitiendo encontrarme con cosas más íntimas y profundas” (Entrevista 6, cursiva añadida). Esto es precisamente hacer de la enfermedad una oportunidad de sanar. Sanar es hacer de la enfermedad una potencia, una capacidad de entender que el cuerpo está diciendo cosas a partir de la enfermedad. Lo primero es aprender a escuchar un cuerpo que no solamente duele sino que se comunica.

“Estos pequeños quistes, ¿qué me están diciendo?”

Como aprendiz de terapeuta, para Claudia era importante seguir la intuición porque “la medicina ancestral es muy de intuición y de sentir al otro. Me puedes decir mentiras pero yo te estoy tocando el pulso y el pulso me habla a mi perfectamente. *Tú me puedes decir “no, no” y el pulso “sí, sí”* (Entrevista 2 cursiva añadida). En su aprendizaje como terapeuta y en su proceso de sanación para “sentir al otro”, Claudia ha potenciado la intuición, una forma de conocimiento de las experiencias sensoriales y percepciones sobre una situación no mediada por la razón. Sentir al otro involucra una experiencia corporal que indica el estado de la persona por medio de las señales del pulso. El cuerpo, más que las palabras, indica cómo se siente la persona. Para Claudia el pulso es la verdad de la persona, el cuerpo es la verdad.

Hablar con el cuerpo es sentirlo pero también, literalmente, hablarle. Ana optó por mejorar la relación con sus menstruaciones dolorosas, hablándole al cuerpo cuando las sembró en una planta:

Entonces pues fui al baño, puse música, hice antes una meditación del vientre como reconociéndolo porque yo siempre digo que *estoy intentando hacer las pases y hacerme más amiga de mi menstruación*, entonces, hablándole y no sé qué. Puse velitas y recogí mi menstruación, le eché un poquito más de agua y la sembré. Entonces le hablé a la mata y esa mata es hermosa. (Entrevista 6, cursiva añadida)

Amerita entonces hacer las paces con la sangre menstrual de un útero que ha coexistido con el dolor desde la primera menstruación. Ana entendió que debía hacerse amiga de aquello que le había causado tanto dolor así que lo mejor fue “hablarle a la luna” (Entrevista 6). Es decir, para cambiar esta experiencia mensual decidió escuchar lo que quería decirle y escribir resultó la mejor forma para entender sus respuestas y profundizar en esta nueva forma de relacionarse con su sangre.

Todos los días escribía, ponía en qué luna estaba porque según *La luna roja* puede decir mucho la luna, por eso es muy importante escribirlo. Escribía cosas ahí sobre lo físico y lo emocional. por ejemplo, que siento más pesadas las piernas, es una de las sensaciones. El tema emocional pues que tu energía está más baja. Y hacer estas diferencias, si lo que estaba ocurriendo en esos días era por la luna o era por una situación externa, un problema con trabajo, problema personal, para ir también quitándole carga a la luna porque echarle culpa de todo lo que me pasa esos días pues tampoco es real. (Entrevista 6)

De acuerdo con Ana, leer *Luna roja* (Gray 2010) y llevar un diario de su periodo menstrual le ayudó mucho porque, en sus palabras: “entendí muchas cosas y realmente cómo la luna está relacionada con los ciclos lunares, cómo eso afecta mi estado anímico (...) cuando estoy en duelo, duele más la menstruación, cuando estás feliz duele [menos]” (Entrevista 6).

Escuchando lo que decía su luna pudo reconocer sus sensaciones físicas y sus emociones, además discriminar las causas de sus problemas cotidianos. Más atenta a su menstruación y gracias a terapias como la bendición del útero y la siembra de la luna, notó cambios en su cuerpo:

[...] también como *hacer mucha conciencia de qué me está diciendo*. Y ahí empecé a ver que por supuesto todos los meses no son iguales. Y empecé a generar cambios. Por ejemplo, antes el tema premenstrual era más doloroso. Ahora me llega y no me doy cuenta, “¡ay, manché!”. (Entrevista 6, cursiva añadida)

Al hacer conciencia de lo que su sangre le “está diciendo” abrió un canal de comunicación con su cuerpo para sanar, o en otras palabras, cambiar su experiencia menstruante. El síndrome premenstrual, caracterizado por la biomedicina como un conjunto de síntomas antes del sangrado menstrual, ha sido analizado por Emily Martin (1988, citada por Power 2018) como un constructo que incorpora el estrés, el dolor y la ira que experimentan las mujeres en un contexto industrial en el que la disciplina en horarios laborales no presta atención a sus cambios corporales, emocionales y psicológicos. En el caso de Ana, entender lo que necesita durante su periodo y prestar atención a lo que siente y dice su sangre, desestabilizó en su cuerpo el constructo del síndrome premenstrual y comenzó a tener menstruaciones sin previo aviso, es decir, sin dolor. De hecho, haciéndose preguntas Ana comprendió que no es la menstruación sino otras cosas la que la pueden molestar:

Ayer estaba con la luna, antier, y entonces nos invitaron a una cena y yo me pregunté: “¿no vas a ir por la luna o porque va a estar alguien que no te cae muy bien?”. Y pude hacer consciencia que no era por la luna porque a veces es como “no, es que tengo la menstruación y no quiero hacer esto, prefiero estar en casa”. (Entrevista 6)

Notó también otros cambios en su cuerpo. La primera menstruación luego de la bendición del útero grupal en la que nos conocimos, fue más larga que las que usualmente había tenido, no obstante, a diferencia de otros ciclos, se sintió con energía y activa. “Pero lo que más me ha gustado es que no ha parado mi vida. Es decir, como la

sensación que tengo [en] otros momentos de querer encerrarme. No, entonces he estado muy activa” (Entrevista 6). Aun así no había dejado de preguntarse por el volumen del sangrado: “como que contenía la menstruación e iba al baño y era como si estuviera orinando la sangre” (Entrevista 6). Para entenderlo dialogó aún más intensamente con su sangre como mensajera entre ella y su cuerpo. Le ha preguntado “¿qué ha pasado?, ¿por qué está así? Entonces ayer que entré al baño: “bueno, menstruación ¿qué pasa?, ¿por qué estás así?, ¿qué me quieres decir?”. Estoy como todavía haciendo ahí el análisis de qué puede ocurrir” (Entrevista 6). También preguntando a la sangre ha recibido respuestas. Así entendió que cuando está menstruando no debe comer alimentos ácidos porque si consume, por ejemplo, jugo de limón o maracuyá, “la menstruación va a ser mucho más abundante y nítida” (Entrevista 6).

Y esto también es parte de hacerse amiga de la menstruación entendiendo que: “no todo es culpa de ella sino que son cosas que tienen otro origen” (Entrevista 6). Y ese otro origen está en su pasado. Esta nueva interacción con la menstruación le recordó a Ana varias situaciones, como la relación con su padre: “Porque bueno, somos historia así que esto está lleno de cosas de ese tipo” (Entrevista 6). Su padre abandonó a su madre cuando Ana tenía cinco años así que no tuvo una relación cercana con él. En su vejez, ella y sus hermanas se acercaron para cuidarlo pero no llegaron a tener una buena relación hasta que murió. Su muerte la lloró mucho y eso también quedó registrado en su diario menstrual.

Como señalé en el capítulo anterior, las enfermedades son mensajeras del cuerpo. La biodescodificación es una terapia alternativa que indaga por el significado emocional de las enfermedades que permitió a Ana buscar qué significaban los quistes para saber qué “están diciendo”, por qué están en su cuerpo, y entender que “dicen que a veces son proyectos no culminados o cosas que uno deja de hacer” (Entrevista 6). En cambio, la versión biomédica de estas enfermedades es que las mujeres son propensas a los miomas y al cáncer cuando han tenido abortos o embarazos ectópicos. En contraste con esta versión, lo que Mariana encontró en Internet es que los miomas, los quistes y el cáncer en el útero se deben a sentimientos que se alojan en el útero como el resentimiento y el dolor o hijos que no se han podido engendrar. En cualquier caso, hay un acontecimiento previo que expuso al cuerpo a una enfermedad y las mujeres que entrevisté esperaban entender cuál fue ese acontecimiento y qué es lo que el cuerpo les

quiere decir en cada momento mediante la enfermedad. Por ello han identificado acontecimientos clave que sucedieron antes de enfermar, algo que dibuja otro sentido de la trayectoria corporal que, podría decirse, se orienta hacia un momento pasado de sus vidas que al recordarlo ayuda a sanar:

Lo que más uno puede hacer es hablarse y contarse su historia y aceptarla. Como, pues marica, sí, me pasó esto y es horrible, me pasó. Y eso va a hacer que esa energía se libere. Porque, lo que yo te digo, yo estoy convencida que por más herramientas que uno tenga si uno no hace ese *clic* interno va a seguir repitiendo como un loro. (Entrevista 2)

Volver a los acontecimientos

Ana habló con su sangre e identificó lo que sentía en relación con su padre, haciendo de su cuerpo un cuerpo con historias. La verdad de su cuerpo es la verdad de su historia. Reconocer las historias pasa por contarlas y narrar la historia en las entrevistas fue una práctica que sirvió para tejer todo aquello que tuvo que ver con los padecimientos. Al contar cómo enfermaron y cómo empezaron a sanar, las mujeres entrevistadas abrieron un repertorio de historias que en el momento en el que nos encontramos sustentaban sus trayectorias corporales de padecimiento y sanación. Tales historias resaltan acontecimientos importantes en sus vidas y relatan deseos sobre ser madre o no serlo, los linajes maternos, las relaciones de pareja y los destinos profesionales.

Ser o no ser madre

Cuando Ana se preguntó qué le estaban diciendo los quistes en sus ovarios se desplegaron otros recuerdos de su vida. El ejercicio de preguntarle a su cuerpo por qué le pasaban ciertas cosas le permitió, en sus palabras: “encontrarme con cosas más íntimas y profundas” (Entrevista 6). Una de esas cosas es su percepción sobre la maternidad. “Yo siempre desde pequeña tuve como esa sensación que la vida tenía un propósito mayor que no era ser mamá. Como rápidamente a los 15 yo ya me sentía asfixiada en Pereira. Yo decía: ‘pero qué, ¿la vida pa’ dónde va?’” (Entrevista 6). En su proyecto de vida no estaba ser madre y por eso al quedar embarazada a los 15 años decidió abortar. Aún antes de confirmar que estaba embarazada lo sintió en su cuerpo:

Yo supe cuando quedé embarazada, lo sentí porque se siente, se siente y da mucho susto. Y lo más diciente es que me encantaban los frijoles y mi mamá ese día me dio frijoles y yo sentí que no me los podía comer y yo dije: “oh, ¡por dios!”. Pero también sentí una palpitación en el vientre. (Entrevista 6)

Su cuerpo ya le hablaba y Ana fue sensible al cambio del embarazo. No necesitó nada más que el rechazo de la comida que le gustaba y la palpitación en el vientre para saber que estaba embarazada. Entonces, le contó a su pareja y al mismo tiempo le comunicó que no iba a tener al bebé. Su pareja estuvo de acuerdo y con escasos recursos económicos, consiguió un sitio en Pereira para que le hicieran un legrado:

Fuimos, entonces era una casa de familia, había alguien en la sala, dos personas hablaban, entraron a un cuarto, sacaron un plástico y empezó todo el proceso. Por supuesto no me dieron nada. ¡Ah, bueno, una pasta previa! Y bueno entonces empezaron el tema del legrado. Y yo lo que hacía era cantar en mi mente, pensar cosas bonitas. Pero claro, hubo un momento en el que al raspar se sentía dolor y entonces lo que hice, bueno, empecé a gemir, por supuesto de dolor. “Niña, por favor, no haga ese ruido que usted sabe que esto no es legal”, no sé qué. Y dije: “bueno”. Listo, terminamos, el proceso me demoró 40 minutos, es la sensación que tengo. (Entrevista 6)

En ese momento el aborto no era un derecho en Colombia, era un delito y una práctica sancionada socialmente por lo que las mujeres debían hacerla en silencio y de manera clandestina (Ortiz 2020). La sanción social que recae sobre el aborto hace que muchas mujeres que deciden hacerlo tengan que ocultarlo y mantener su experiencia en secreto. Incluso, abortar tiene la connotación religiosa del pecado y su ocultamiento evita de alguna manera el castigo. En el proceso de hablar y escuchar a su cuerpo ha recordado ese aborto y las implicaciones emocionales que tuvo en su vida. El ocultamiento de su experiencia fue algo con lo que tuvo que lidiar en el cuidado posterior de su cuerpo. Al terminar, salió a encontrarse con su pareja que la esperaba en la esquina de la casa donde le practicaron el procedimiento. Le recomendaron que se tomara algo caliente para subir la energía y le prescribieron píldoras para los días posteriores. Pero lo que le preocupaba a Ana era que en su casa no se dieran cuenta:

Creo que lo más difícil fue como cuidar el tema del pos, claro, para que no te pillaran en casa. (...) Entonces, qué me voy a inventar para no hacer oficio el fin de semana y yo: “como no, no sé”. Digamos que esas cosas no son tan fáciles y podrían ser más fáciles si se hablara abiertamente, si fuera como ir al médico y hacerte otro procedimiento. (Entrevista 6)

Por eso para Ana que todo sería más fácil si se pudiera hablar del aborto abiertamente y si existiera la posibilidad de hacer un aborto de manera segura en un procedimiento médico. El problema radica en estructuras sociales que afectan la experiencia de abortar: “el tema del aborto como en este país pues no se puede abortar en todas las circunstancias, en todas las condiciones en las formas que uno decida pues fue un aborto triste, sin las condiciones adecuadas para hacerlo” (Entrevista 6). El aborto fue

entonces para Ana un acontecimiento doloroso por las condiciones en las que se lo practicó. “Yo lloro no porque no lo tuve sino lloro porque no tuve las condiciones adecuadas para hacerlo y los riesgos inminentes” (Entrevista 6).

El aborto, en el caso de las mujeres entrevistadas, plantea la pregunta por cuál habría sido el curso de su vida de haber sido madres. Ana, por ejemplo, durante su trayectoria de sanación comprendió que, a pesar del miedo, hubiera podido asumirlo, sin embargo, decidió no hacerlo. De hecho, a los 25 años cuando vivía con su novio se practicó otro aborto. En esa ocasión fue diferente porque:

(...) ya era feminista, gracias a dios, a las diosas, y entonces con un médico, pero no hubo legrado sino que te dan una pastica y hacías una dieta que no fuera en hierro, no podías comer espinaca, nada verde, nada rojo. Te tomabas una pasta que lo que hacía era detener el proceso y luego te iba a venir la menstruación. (...) Eso duró 8 días. Y eso fue lindo porque estuve acompañada con David. Hicimos en común acuerdo, fuimos juntos, estábamos en la casa. Cuando me vino el periodo fue duro, como una sensación de “vino todo”. Como que tu sientes que sí, que hubo un desprendimiento entonces me dio de todo, vómito, diarrea, todo en ese momento, 10 minutos que yo dije: “oh, ¡por dios!”. (Entrevista 6)

Para Patricia: “fue complejo, porque era cuestionar que yo, si de repente hubiera quedado embarazada, lo habría recibido, pues, con felicidad, me había dado emoción, pero mi pareja todavía no” (Entrevista 5). Ella hubiera sido feliz, pero lo que parecía una decisión personal, como lo fue para Ana, involucró también los deseos de su pareja. La pareja de Patricia era menor que ella y no quería tener hijos, algo que la molestaba profundamente porque no coincidía con su anhelo de ser madre. En últimas, quien iba a atravesar los cambios en el cuerpo era ella y no su pareja así que no entendía que él estuviera reacio a la experiencia.

El aborto espontáneo, algo por lo cual las personas de su entorno cercano la trataban de “loca” porque no había evidencia suficiente de que hubiera abortado, fue algo muy doloroso para Patricia porque tuvo que hacer el duelo sola. Que la trataran de “loca” porque no tenía evidencia que comprobara un aborto da cuenta de la relevancia y reconocimiento social con el que cuentan las prácticas biomédicas. Esto sucede incluso entre las mujeres entrevistadas, pues, si bien se distancia de tratamientos biomédicos eventualmente vuelven a practicarse exámenes y hacerse ecografías para ver el interior de su cuerpo.

Con nostalgia Patricia me contó que en México y con la ayuda de una terapeuta hizo un ritual de despedida del hijo que no nació:

(...) hicimos de hecho un simulacro de un muñeco o algo así para despedirme, algo así. Y ahí claro, yo me ataqué a llorar porque fue una cosa súper fuerte porque ella me dijo: “fue tu primer hijo y él decidió no llegar”. No me acuerdo cuáles fueron las palabras pero esa era la idea. Como que se había negado a llegar a este hogar, que todavía no era un hogar y que se había ido. A mí me dolió mucho eso. Y entonces fue hacer la representación de la despedida. Decir: “bueno, adiós”. Porque sentía que tenía ese peso, como ese ahí. Que tampoco le había dicho a Mauricio todo lo que había significado para mí. Que había pasado por mi cuerpo, era muy intenso y muy profundo. (Entrevista 5)

Tener un aborto, en cualquier caso, es una experiencia tan íntima y carnal que ha marcado el destino de las mujeres entrevistadas. Para Ana, recordar el aborto como un acontecimiento importante en su trayectoria corporal implicó reflexionar y confirmar su deseo de no ser madre no porque no pudiera asumirlo sino por que no quería serlo. Un acontecimiento que pudo haber estado mediado por el miedo se tornó en un acontecimiento de empoderamiento y decisión. Para Patricia, en cambio, reconocer que el sangrado pudo haber sido un aborto espontáneo supuso replantear su relación de pareja y reconocer que ella sí quería ser madre. Aunque su entorno negara la experiencia de su aborto, para Patricia fue algo que pasó por su cuerpo y que le dolió profundamente, así, el ritual le permitió soltar el peso que llevaba. Ese “algo más” era lo que necesitaba sanar.

La posibilidad de ser o no madre definió la experiencia de enfermedad de Claudia. Investigó sobre las enfermedades en los ovarios y encontró que se daban porque “las madres a veces tenían una pérdida” (Entrevista 2). A su vez, el hecho de no poder ser madre se debió a su estilo de vida: “todo el tiempo quería tener bebé pero no podía porque el trabajo, porque no tengo plata, porque quiero viajar más, porque no podemos, porque terminamos, porque volvimos, porque volvimos a terminar. Entonces siempre había una razón para decir ‘sí quiero pero no puedo’” (Entrevista 2). El aborto fue un hecho muy doloroso y entendió con una toma de yagé que era algo que debía dejar ir:

Que dentro de la toma de yagé eso fue algo que me pareció como que tenía que dejar ir. A mí se me acercó un gatico y se me puso así como en el regazo como si fuera un bebé y me empezó a decir que todo bien, que yo ya era mamá, que yo no necesitaba parir para ser madre, que yo era la madre de la humanidad por el hecho solo de ser mujer, de cuidar, de estar pendiente, de mi manera de ser, que yo era muy mamá. Que mi momento

iba a llegar, que me tranquilizara pero que no era necesario parir para ser madre. Y eso a mí me tranquilizó muchísimo y yo creo que fue algo que me ayudó a liberar. (Entrevista 2)

Esa visión reproduce la asociación naturalizada entre ser mujer, ser madre y ser cuidadora que los estudios feministas han cuestionado ampliamente por la carga social que responsabiliza a las mujeres y naturaliza su rol como cuidadoras (Arango 2011). Aún así, en el caso de Claudia aceptar su deseo de ser madre pero además reconocer que ya era madre por ser mujer le permitió liberarse y sanar. Finalmente, en su proceso de sanación, cuando “liberó” el útero, quedó embarazada. “Entonces como ese aguante a toda hora mandado hacia esa zona que yo liberé y dije: ‘bueno ya, me tocó’” (Entrevista 2). Claudia tuvo un posparto difícil porque la menstruación le llegó a los cinco meses de haber nacido su hijo y no al año como a otras madres. Aunque era su deseo ser madre, lo cierto es que según me contó “ha sido tenaz porque el proceso energético de la maternidad es agotador y encima la luna [risas]” (Entrevista 2). Invertía todo su tiempo en estar con su hijo “tirada en el piso, a la hora que él me necesite” (Entrevista 2). Se retiró del estudio como terapeuta porque tenía que hacer unos masajes y unos emplastes y con el niño no podía hacer nada porque si la necesitaba tenía que vestirse y dejar el masaje a la mitad. “Y no está dentro de mis prioridades estresarme sino mi prioridad es Felipe [su hijo]” (Entrevista 2).

En cambio, Mariana no ha sido madre. Ni siquiera el aborto que tuvo en su adolescencia representó un evento doloroso. Solo hasta que enfermó de miomas en el útero y comenzó el proceso terapéutico con la biomedicina y las terapias alternativas reflexionó sobre la maternidad. Se culpaba por no haberlo decidido antes y con su atención puesta en los dolores del útero se decía a sí misma: “¡Dios mío, por mi irresponsabilidad yo nunca fui capaz de hacer una familia!” (Entrevista 4). En las terapias con Gloria fue tomando forma esta culpa y la tristeza por no haber tenido hijos:

Y ella me decía: “no te afanes por ser mamá, nosotras simplemente estamos prestando nuestro cuerpo para que un ser venga y termine con el karma y siga evolucionando, entonces ¿de qué te preocupas? Si da igual tenerlo en la barriga o ir igual a adoptarlo. Los hijos son simplemente un instrumento, Dios nos da la oportunidad de dar vida para que nosotros contribuyamos a la sociedad, a mejorar la sociedad y a dar vida, que ese es el propósito, pero cuando no se puede. ¿Te parecería mejor tener un hijo enfermo? Con ese historial que tienes, con todas esas enfermedades. Lo más probable es que a ti te salga un niño enfermo. Entonces, ¿qué necesidad de eso?”. Y yo lloré, yo lloraba más era por eso que por cualquier otra cosa. (Entrevista 4)

A Mariana no le quedó otra opción que sentirse muy mal, incrementar su culpa, y vivir una tensión constante en su trayectoria corporal de padecimiento y sanación porque médicos y terapeutas la han sancionado de alguna manera por su vida sexual y sus decisiones en torno a la maternidad y el desarrollo profesional. Es una tensión común a las mujeres entrevistadas porque enfermar ha sido producto de no cumplir su destino social como mujeres, y sanar, en parte, ha sido reconocer que pueden cumplirlo, haciéndose incluso madres de la humanidad como en el caso de Claudia.

En relatos que evocan deseos y decisiones sobre la maternidad, sanarse entonces es volver a una cierta corporalidad femenina que se configura por la reproducción y la monogamia heterosexual. En las terapias del útero, justamente las que se concentran en que este órgano que se encarga de las funciones de albergar el feto, la materialización de la reproducción humana, aprender a tener un cuerpo que comunica es aprender a tener un cuerpo con útero para maternar. Pero este útero está investido con las expectativas propias de la sociedad patriarcal que vincula a las mujeres con la reproducción. Aunque las mujeres entrevistadas se hacen con un cuerpo que tiene un útero y es diferente al cuerpo de la biomedicina, las terapias mantienen un acuerdo tácito con el patriarcado al esperar que estos cuerpos tengan úteros que comunican siempre y cuando continúen hablando de gestar vida. Son mujeres que son porque son “madres de la humanidad” o son madres por el hecho de ser mujeres, generando una correspondencia entre ambos roles sociales.

Su madre no era la mayor de sus hermanos y hermanas pero era la que respondía por todo y por ello, según cuenta Patricia, tuvo su prole muy tarde cuando finalmente pudo dejar a su familia.

Entonces mi mami, para ella fue muy importante ser madre y ella lo dice, que ella me tuvo a mí y que se curó de todo. Se le curaron, ya no tenía los ovarios poliquísticos y las otras cosas. Lo he escuchado también en otras mujeres que dicen que nada, que tienen un hijo y ya. (Entrevista 5)

A partir de las historias de su madre, que ha sido un ejemplo de maternidad, y de otras mujeres, Patricia consideró la maternidad como una posibilidad de curación. Tener ovario poliquístico dice que aquellas mujeres que no cumplen con su destino reproductivo enferman. Así que padecer del útero puede remediarse teniendo un hijo y cumplir con su propósito como cuerpo.

Escuchar al cuerpo hablar de maternidad permite que las mujeres entrevistadas exploren las historias de sus propias madres y abuelas. Es volver y revisar nociones heredadas sobre lo que significa ser madre. Patricia consideró las terapias alternativas un escenario adecuado para saber más sobre las mujeres de su familia. “Eso me parecía muy lindo y que también ha salido en otros espacios, como el linaje de las mujeres y ver, y sí, empezar a indagar un poco más que fue con mi abuela, la mamá de mi mamá y tantos hijos que tuvo en condiciones tan fuertes” (Entrevista 5).

Abuelas y madres

Voy a contar mi experiencia, pues es un poco fuerte porque mi abuela murió hace como trece años y, bueno, ella me crió. Y siento que es el ser que más me ha querido, más que mi mamá. [...] Y no tengo buena relación con mi mamá entonces tal vez por eso hago esto porque es un proceso de sanación interna en mí. Entonces quiero ponerle aquí para que eso ya se eleve al cielo y poder arreglar la relación con mi mamá. (Diario de campo 7)

Estas fueron palabras de Camila durante una bendición del útero grupal, que de acuerdo con el calendario de las madres lunares, era un día para trabajar energéticamente con el arquetipo de la madre. La presencia de las figuras maternas, y en menor medida paternas, en los relatos de las mujeres que entrevisté es muy importante porque hablar del y con el útero se asocia con la procreación, tensiones con la maternidad y las personas que dan vida, específicamente abuelas y madres. El “árbol genealógico” o el “linaje materno” sirven para entender el origen de sus padecimientos en relación con otros y más allá de la vida personal. De hecho, en las trayectorias corporales como las de Ana y Patricia los antecedentes de enfermedades de sus familiares mujeres cobran un especial protagonismo. En el caso de Ana por la histerectomía de su mamá y en el caso de Patricia por las experiencias uterinas de sus tías y madre. Así me lo explicó Ana:

Empecé a reconocer desde la práctica, la sanación del vientre, que mi dolor no era solo mío sino de todas las ancestras de mi línea materna. Entonces empecé como a reflexionar, porque si decían, pues, “que tengas ese dolor desde tan pequeña, cierto, y que sea como tan contundente en lo emocional también puede estar ligado con el tema de tu árbol genealógico”. Y para mí eso resonó mucho. Tuvo mucho sentido y empecé a ver como la historia de mi madre y de mi abuela. (Entrevista 6)

Su abuela materna tuvo ocho hijos y una experiencia de maternidad dolorosa: solo sobrevivieron el primero, su tío, y su mamá, la última. Todos murieron por el alto grado

de desnutrición de la abuela cuyo un esposo maltratador le pegaba. Por su parte, su madre tuvo seis hijos, de los cuales dos murieron, uno en el vientre y otro cuando tenía un año de vida. Quedaron cuatro hijos, tres mujeres, de las cuales Ana es la menor y un hombre que es el mayor. Este hermano ejerció como la figura paterna de ella y sus hermanas, y “fue muy contundente, muy asertivo y siempre estuvo ahí” (Entrevista 6) puesto que su padre dejó a su madre cuando Ana tenía cinco años.

Para comprender este pasado familiar, Ana hizo una constelación familiar con una terapeuta. La constelación es una práctica alternativa en la que, con la ayuda de personas o muñecos se representan miembros de la familia de la persona paciente o “constelada”, se identifican patrones “inconscientes” de las relaciones familiares. En esa terapia Ana experimentó un “acto revelador”: “Lo que hicimos fue como traer cartas que representaran mi familia, mi mamá, mi bisabuela. Y entonces, fue súper interesante esa constelación porque, uno, la lloré toda. Yo creo que ahí vi lo histórico que era ese dolor” (Entrevista 6). Comprendió experiencias de las mujeres de su linaje materno y entendió que la existencia dolorosa de su útero provenía de sus ancestras y su relación con la maternidad:

(...) la maternidad no era una maternidad bonita sino una maternidad en la escasez y en el poco amor. Entonces yo decía: “pues claro, no, con razón yo no quiero ser mamá, por ejemplo, porque no quiero reproducir esas formas maternas desde la carencia y el desamor”. (Entrevista 6)

Escasez y desamor porque las historias de maternidad de su abuela y de su madre se gestaron en contextos en los que había poco dinero, violencia y abandono de sus parejas, abuelo y padre. Para su madre:

(...) creo que ese distanciamiento con su amor, y esa concepción de amor romántico que había en esa época y que ella asumió, entonces le dolió mucho. Ser una mujer sola, liderando a sus hijos. Pero también tuvo una fuerza muy grande que nos transmitió como esa posibilidad de tener la certeza que no es necesario un hombre en la vida para ser felices (...) Entonces, que el tema del desamor y de la maternidad no fue bonita, pues como para ellas. Y a veces tampoco se habla de cuáles eran sus sueños más allá de lo que se esperaba hegemónicamente que era que se casaran y criaran a sus hijos. Intuyo que le hubiera gustado mucho viajar porque eso es lo que ahora ama más hacer mi madre, viajar. (Entrevista 6)

Ana no sólo pudo entender la historia de dolor asociada al hecho de tener hijos de las mujeres de su familia, sino confirmar por qué no quería ser mamá. Porque tener hijos en su historia familiar supuso abandonar los sueños en función de cumplir el rol asignado

históricamente a las mujeres como madres y esposas. En la práctica de constelación familiar, la terapeuta usó una carta que representó el vientre de Ana:

(...) ahí fue cuando reconocí que realmente era, hacer consciencia que realmente yo estaba cargando ese dolor de mis ancestras y pues ver también cómo ellas se sentían atrapadas como en esa vida tan, para no herir susceptibilidades, tan limitada que es tener una familia y unos hijos que criar y queriendo hacer otras cosas. Y tal vez es limitada por la concepción que había de la mujer y de sus posibilidades de realizarse que era únicamente y exclusivamente como mamá. (Entrevista 6)

A diferencia de su abuela y madre, Ana se fue de Pereira muy joven, se hizo voluntaria de la Cruz Roja y luego se vinculó con a los Hare Krishna. “Siempre buscando cosas que me nutrieran. Y creo que todo eso me ha ayudado a asumir momentos difíciles de la vida. Y también a tener esa mirada súper amplia” (Entrevista 6). Ese reconocimiento y agradecimiento hacia sus ancestras le permitió entender que no estaba preparada en esta vida para ser mamá. “Y fue como liberador decir como “sí, fue lindo descubrir que igual hubiera podido ser mamá, pero no es algo de lo que me arrepiento. Es como que quedé liviana” (Entrevista 6). En línea con su perspectiva feminista, a Ana le pareció confrontador que su terapeuta le dijera que “las mujeres feministas pueden ser más sensibles en cargar las historias de las mujeres de su familia” (Entrevista 6). Aunque inicialmente rechazó esta idea, después le pareció que era verdad porque si bien ama a su abuela y madre no le parece justo “cargar su historia dolorosa” (Entrevista 6).

Finalmente, la terapeuta le recomendó que su madre le masajeara el vientre para que su dolor durante la menstruación disminuyera. Así que Ana viajó a Pereira para visitar a su mamá quien le sobó el vientre por varios días y “eso servía para hablar” (Entrevista 6). Hablaron mucho haciendo del vientre una forma de generar lazos, en este caso, entre madre e hija. El útero no solo comunica sino también vincula mujeres con úteros por sus úteros. Entonces su padecimiento dejó de ser algo dolorosamente impuesto y devino potencia:

Si no me doliera no hubiera hecho consciencia de mis ancestras, de mi capacidad de resiliencia, de mi posibilidad de reconciliarme con el dolor, de poder establecer una relación de amiga con una parte de mi cuerpo. Muy seguramente si me doliera el riñón pues haría lo mismo, comprenderlo, saber qué hace, no sé, hablarle porque definitivamente todo lo que pasa por tu cuerpo está en tu emoción primero, igual así sea ancestral son cosas que estoy somatizando. Y también está la relación tan tensa que existe con los roles de género donde las mujeres tienen que ser femeninas y yo he luchado con eso. (Entrevista 6)

Sigue luchando porque sigue caminando después de comprender la historia que su cuerpo le contó. Entonces, “como hacer *clic* en eso que es tan sencillo pero tan profundo me permitió decir: ‘sí, yo sigo caminando’” (Entrevista 6). Esto fue sanar para Ana, pero no solo el acto de comprensión sino el impulso hacia el futuro: “también te plantea que sigas mirando hacia adelante y que sigas caminando. Cuando empecé a caminar ya después de dejar a mi mamá, mi abuela, sí, fue liberador” (Entrevista 6).

Está sanando, así me lo aclaró cuando hicimos la entrevista.

La trayectoria de padecimiento de Claudia estuvo antecedida por una historia de abusos y violencia sexual. Fue abusada por un familiar cuando era niña y sufrió una violación a los 12 años. Después de los 15 años su papá también intentó abusar de ella. Ese mismo año se fue de su casa. Ser abusada e irse de su casa la puso en una situación muy vulnerable:

Y yo estaba en procesos como muy difíciles pues porque era una adolescente que no tenía contención. Mis papás me tuvieron muy jóvenes entonces no sabían qué hacer conmigo y yo era otro ser como demasiado independiente, demasiado libre pero también era un bebé, era un bebé que parecía de 20 años. Y claro yo a los 14 parecía de 20 años. Entonces entraba a muchos sitios y los manes me tocaban como si yo fuera grande y no era tan chévere. Estaba muy sola. (Entrevista 2)

Su mamá no se enteró de estas situaciones de violencia sexual y Claudia me dijo que ya no era necesario que las supiera porque le causaría dolor. “Y esta es la hora que yo a veces pienso como que debería contarle pero también digo para qué, ella qué puede hacer, ella qué va a hacer con eso. Esa información no le va a servir para nada” (Entrevista 2). Procesar su propio dolor le ha llevado años y fue gracias a las terapias alternativas que lo ha venido tratando:

A mí me hicieron una lectura de aura en Argentina y empezó hacer mucho calor, mucho calor. Y la chica me dijo que estaban paradas todas mis ancestras atrás mío y que yo era la última de las mujeres que iba a recibir abusos, que yo era la última que iba a sellar a través de mi trabajo y mi comprensión todo eso. Que yo no era la única abusada. (Entrevista 2)

Con esta información Claudia comenzó a preguntar e indagar con su mamá la historia familiar de abusos. Cuando era niña, su madre fue abusada por un vecino que le mostraba todo cuando ella era pequeña. Claudia creía que su abuela también fue abusada y, aunque ella nunca hablaría de eso, tiene la certeza de que así fue por la lectura de aura. “Entonces hay muchas mujeres que han resistido. Yo vengo de una

familia paisa y de una familia costeña, en donde ambas son supremamente machistas con las mujeres, son muy fuertes. Entonces obviamente sí hay un componente hereditario” (Entrevista 2). La resistencia en el caso de las mujeres de su familia no es rebelarse contra el patriarcado sino el silencio que permite sobrevivir a la estructura machista dada por el deseo masculino de posesión del cuerpo de las mujeres.

Sanar las relaciones de abuso de su árbol genealógico tiene que ver con la formación como terapeuta:

Y estoy en formación para ayudarle a mujeres que hayan tenido problemas de abusos, que hayan tenido problemas como los que yo tuve para que su feminidad y para que su ser y su espíritu vuelvan al bienestar y retomen dentro de su ser porque cuando uno recibe tantos abusos o se ha enfermado, todo el tiempo estás distraído. (Entrevista 2)

Claudia me explicó que parte de las lesiones uterinas de las mujeres vienen de haber sido abusadas desde niñas, en la adolescencia o en la adultez, de alguna u otra forma. Estar “distraído” es una forma de no atender algo que necesita atención. Los abusos sexuales originarían y explicarían buena parte de las enfermedades del útero, por eso es urgente sanar y evitar la distracción: “Hay cosas que no dan espera. Y yo en mi caso personal siento que no le puedo seguir haciendo el quite a esa situación como de violencia infantil que yo tuve que siempre le estuve haciendo el quite” (Entrevista 2). Cada uno de los abusos que vivió Claudia mereció un proceso de sanación vinculado a perdonar a los agresores. Aún así no deja de pensar en ello, por lo que sigue trabajando en su perdón y considera que su hijo hace parte de esa sanación: “Ese trabajo está cuando yo retome y perdone lo masculino. Es que Felipe [su hijo] ha reivindicado todas mis historias con papá, con marido, él me ha ayudado a sanar a través de su ejemplo y su manera de ser” (Entrevista 2, aclaración añadida). En este caso, sanar es perdonar específicamente a los hombres que le hicieron daño.

Relaciones de pareja

El lado masculino en los relatos de las mujeres entrevistadas entraña sus experiencias vitales con los hombres, particularmente con sus parejas. Así como sanar ha implicado voltear la mirada hacia el lado femenino que se encarna en cuerpos con útero, lo “masculino” hace parte del proceso de sanación mediante el proceso de perdonar a los hombres que les han hecho daño de una u otra forma.

Para Mariana, recordar sus experiencias con los hombres fue muy importante. Durante las terapias con Gloria asoció sus padecimientos con el hecho de haber tenido muchas parejas a lo largo de su vida. “Entonces ella llegó y me dijo: “¿Tu por qué te sientes tan atraída por tener novios, por tener hombres?”. Y yo le dije “yo no sé por qué yo sí siempre he sido muy noviera” [risas] (Entrevista 4). Mariana siempre se sintió atraída por militares aún estudiando en una universidad pública en la que no gustan de estos y aunque que su familia no lo aprobaba. En contra de su entorno, Mariana ha salido con este tipo de hombres porque: “No sé cómo explicarlo. Ser noviera, pero siempre he sentido esa necesidad. Y hombres siempre se me ha facilitado, de tanto tener novios que eso se me hace fácil” (Entrevista 4). Pero al parecer esto ha afectado su vida. Según me contó, fueron relaciones cortas que no terminaron en compromiso y que le causaron dolor porque esos hombres, muchos de los cuales conoció por redes sociales, solo la buscaban para tener relaciones sexuales. En la primera terapia, Gloria le dijo: “si ves, tú te sientes atraída por los militares porque tú estás herida, tú tienes el masculino herido” (Entrevista 4). En la primera bendición del útero, Camila también le dijo que tenía “la parte masculina herida”. Es una ecuación en la que relacionarse erótico afectivamente con cierto tipo de hombres equivale a tener el “masculino” herido y una forma de vengar esa herida.

Entonces la doctora en ese momento me dijo me dice: “tú te sientes herida con los hombres y no es de esta vida es de otra vida y tú piensas que estando con ellos, acostándote con ellos, dejándolos, tú te estás vengando de ellos y no es así”. Y le dije: “no, pero yo nunca he pensado así, a mí antes me hacen llorar”. Y me dijo: “es algo inconsciente pero tú lo asumes así. Y no, por el contrario tú eres la que se está acabando, tú eres la que está sufriendo”. (Entrevista 4)

Con este diagnóstico, podemos pensar que el “masculino herido” es una suerte de sentimiento que tiene Mariana de rencor hacia los hombres y por eso cree que estando con ellos se puede vengar de lo que le hicieron en otra vida y también en esta. Desde esta perspectiva, las relaciones monógamas heterosexuales son la norma y por eso para sanar del útero se necesita perdonar a los hombres. Por eso es que Mariana se culpa así misma que a los 42 años no haya podido establecerse en pareja, conformar una familia y tener hijos. Del mismo modo, Claudia considera que el útero enferma sino no hay “estabilidad” en las relaciones de pareja:

Reconozco la importancia de este momento de los compañeros sexuales y de la sexualidad como algo que es mucho más bonito cuando es estable. Yo fui demasiado

inestable en su momento, la pasé muy bien y me pareció una chimba y todo lo quieras pero energéticamente sí desgasta demasiado el útero y la energía del femenino personal se agota, es como que das y das y das y das y das y das desde acá [toca su vientre]. (Entrevista 2)

Como lo describe Claudia la poligamia afecta el útero porque se espera que las mujeres den de sí en las relaciones sexoafectivas y si dan a muchas personas agotan su energía. En otras palabras, el útero enferma porque no responde a los presupuestos de la monogamia patriarcal que exige que las mujeres tengan una sola pareja. Cumplir con esta expectativa alberga la posibilidad de tener un útero sano. Al encontrar la estabilidad en una sola pareja, parece que el útero de Claudia está con energía y por ende sano.

La monogamia no es garantía para un útero sano. Camila tenía una relación monógama y estable hasta que padeció su útero porque la energía de las mujeres con las que su pareja la engañó recayeron allí, produciendo infecciones y enfermedad. La energía de otras mujeres circuló hasta el útero de Camila a través de las relaciones sexuales con su esposo. En este caso, el útero sufriente le mostró a Camila una infracción de las reglas de la monogamia y de las obligaciones que supone, como la fidelidad. El incumplimiento del acuerdo monógamo puso en sintonía el útero con las reglas y expectativas sociales sobre lo que debe ser una relación.

Las tensiones con los hombres también se manifiestan en desacuerdos cuando ya hay una pareja estable. Es el caso de Patricia y los desacuerdos que tiene con su pareja sobre la maternidad y paternidad. Respecto a su aborto espontáneo, a Patricia le molestó que su pareja lo pusiera en duda. Este acontecimiento produjo una crisis en su relación: “Y luego teníamos discusiones o cosas así y a mí que me daba mucho raye eso. En el fondo me daba raye, que yo le recriminaba un poco eso pero no lo hablábamos de frente” (Entrevista 5).

De esta manera, parte de sanar su padecer fue decirle a su pareja lo que sentía. Le pareció necesario que si estaba pasando por todas esas reflexiones sobre su deseo de ser madre durante la práctica de terapias alternativas le hiciera saber a su pareja lo que significaba para ella y lo que quería. Así su útero le puso límites a su relación y eso la ayudó a compartir y comunicar sus necesidades. Su útero también le permitió identificar sus deseos y saber si estaban en concordancia o no con los de su pareja. Puesto que en

una relación afectiva las personas dan y reciben afecto, cuando no hay reciprocidad el útero se “desgasta” y por eso el amor o desamor también se siente en el útero. El útero le disputa así al corazón su rol social como órgano del amor e informa a Patricia sobre la relación de pareja que tiene y si se trata de la pareja adecuada.

Trayectorias y destinos profesionales

El útero es entonces capaz de hablar por aquellos deseos y necesidades silenciados. Esto le sucedió a Mariana con su carrera universitaria y sus expectativas como profesional en ortodoncia. Lo que le gustaba hacer desde niña era dibujar:

Pero uno como ese deseo de cumplir con lo clásico, pasar a la universidad porque los hermanos estudian en la Nacional. Pasar a una carrera tradicional porque es lo lógico en una familia donde el hermano es abogado, donde es una familia de médicos, carreras tradicionales. (Entrevista 4)

Solo hasta que enfermó e inició con la prácticas de sanación alternativas aceptó que no le gustaba su profesión. El útero le dijo a Mariana que la ortodoncia no es lo que quería para su destino profesional. No es que antes no pudiera decidir sobre su vida o fuera incapaz de dilucidar sus deseos. Pero el dolor la llevó a pausar por un tiempo su especialización, distanciarse y darse cuenta que no era feliz estudiando ortodoncia, fue una solución a la obligación de ser odontóloga. Cursando el posgrado en ortodoncia experimentó las hemorragias más fuertes y fue diagnosticada con varias masas en su útero, un padecimiento que a la vez fue una liberación. En sus palabras: “En cierto modo para mi la enfermedad fue una liberación porque yo pude escapar de esa universidad que me estaba ahogando en deudas, en problemas, en estrés. No me gustó esa universidad. Es algo que tampoco he sido capaz de decírselo a mis padres” (Entrevista 4). Gracias a tener útero, Mariana pudo esclarecer algo que ella no sabía sobre su profesión y su vida. Su útero también se expresó porque no siguió su deseo profesional sino el deber social al cumplir las expectativas de su familia y no las propias.

En el momento de la entrevista, mientras estaba en pleno proceso de acompañamiento psicológico sanación y descanso de la cirugía, estaba intentando comunicarles a sus padres que cambiaría de carrera para hacer lo que de verdad quería sin temor a la sanción familiar.

Y en cuanto a las responsabilidades. Ella también decía [psicóloga terapeuta]: “no creciste y te ves tan joven, es por eso porque es tu misma actitud. Porque tú no te paras como se

pararía una mujer de tu edad, porque no hablas como habla una mujer de tu edad sino que pareces una niña chiquita que todavía va a la universidad. Y eso mismo te va a pasar en los trabajos, como que no proyectas”. (Entrevista 4)

Se sentía muy emocionada por explorar otras opciones. Me contó que se dio cuenta que a raíz de los abortos que tuvo sintió mucho cariño por los niños. Tal vez si no dejaba la odontología se dedicaría a la odontología pediátrica, una rama no tan reconocida económicamente como la ortodoncia, pero que la haría más feliz. Era algo que no podía decirse a sí misma tampoco, pero que ahora puede por su útero, porque tiene un cuerpo con útero.

El útero que sana

En las trayectorias corporales de las mujeres que entrevisté el cuerpo ha sufrido y el útero ha sido protagonista. De acuerdo con sus relatos, tuvieron diferentes padecimientos y en varias ocasiones, pero su sanación se enfocó en el útero. El cuerpo ha hablado contándole a las mujeres de dónde y cómo surgieron sus padecimientos uterinos. Si mi intención fue seguir sus relatos y entender sus experiencias corporales mientras enfermaban y sanaban con atención a cómo el cuerpo cambia y se expresa, es preciso señalar luego de todo este proceso de qué hablan cuando hablan de útero.

Ana me contó que antes de las terapias alternativas se imaginaba el útero como “una cosa distante, yo no lo quería pensar, era como un hoyo negro” (Entrevista 6). Por el poco conocimiento sobre cómo es el útero y los dolores que ha sentido en su vientre imaginarlo como distante y negro es la opción de hacerlo presente en su cuerpo. Aceptar la sangre menstrual no la ha llevado a menstruar de manera más placentera o amorosa como a Camila, pero el conocimiento de la existencia del útero le permitió hacerse con otro cuerpo, no en un sentido orgánico, sino afectivo: “Para mí es una oportunidad que tenga esta presencia tan contundente de mi útero, tal vez es como yo que también soy contundente, entonces si forma parte de mí no lo voy a rechazar, lo voy a aceptar así” (Entrevista 6). De esta forma, el útero es una presencia palpable en el cuerpo de las mujeres, puede ser dolorosa pero también placentera, como lo afirmó Ana, el útero es un lugar del cuerpo en el que “se generan decisiones importantes, donde se genera placer, también hay displacer, hay dolor pero también hay goce y que también es un lugar donde yo decido qué pase ahí. Que pase y que no pase” (Entrevista 6). Lo que “pase y que no

pase” alude, por un lado, al uso de artefactos como la copa menstrual, pero también a la posibilidad de engendrar o no hijos. En cualquier caso, aceptar su presencia tan contundente es experimentar un cuerpo con útero, es otra manera de vivir el cuerpo y a la vez es tener y vivir otro cuerpo. Para Claudia:

Obviamente en el embarazo tú te informas un montón porque el útero es una naranja y termina siendo una papaya y vuelve otra vez. Entonces eso es como un reconocimiento absoluto otra vez, y mucho más profundo porque entonces le coges muchísimo afecto a tu cuerpo. Ya deja de ser como una objetivación que uno mismo se da también. (Entrevista 2)

En otras palabras, el útero deja de estar lejos de la mujer y se vuelve uno con ella. Ya no es esa cosa distante que sintió Ana antes de las terapias, sino un cuerpo que también es útero. No es objeto sino sujeto. Decir que tenemos un cuerpo es efectuar una separación de eso que tenemos, como una cosa externa que se posee, una forma en que se experimentan los cuerpos modernos y occidentales, algo que no nos pertenece o es nosotras mismas. El objeto distante de las prácticas biomédicas que se puede controlar o extirpar como un fragmento desechable del cuerpo se transforma con las prácticas alternativas, en cambio, en uno completo con el cuerpo. Esta capacidad hace del útero el centro de los relatos de sanación de las mujeres entrevistadas.

Desde la perspectiva terapéutica de Rocío “el útero es como un corazón” porque es allí donde estas mujeres guardan las emociones y por eso “el útero sí palpita” (Entrevista 3). Tal vez por esto es que cuando Patricia estuvo en una terapia de calor en México sintió en su vientre el útero “como otro corazón”. El movimiento del útero en su vientre le informó que estaba vivo. “Entonces yo sentía que ya tenía como dos corazones y los sentía palpitar y tal cual” (Entrevista 5). El útero tiene una experiencia sintiente. En búsqueda de sanación, Claudia comprendió que muchas de las situaciones negativas que experimentan las mujeres recaen sobre su útero. En sus palabras, es un “lugar de recepción creativa” que puede ser lastimado de muchas formas, como le pasó a ella y a las mujeres de su familia. “Como yo sufrí varios abusos en la adolescencia, entonces eso lo tenía ahí muy guardado y yo quería de alguna forma muy romántica purificarme el espacio para mi pareja que ya iba a ser como mi pareja estable toda la vida que, de hecho, es el papá del bebé” (Entrevista 2). El útero es depósito de abusos, y al mismo tiempo, espacio que crea vida. Es por esto que como dijo Rocío “Si no podemos hacer

ese proceso emocional de cómo hacemos duelo o eso, se enferma nuestro útero” (Entrevista 3).

Al hablar del pensamiento indígena que nutre sus las terapias, Rocío me explicó que hay tres puntos importantes en el origen de la vida: pensamiento, corazón y vientre:

lo que pienso, lo que hago y lo que siento. [...] Entonces en el útero es cómo materializas en el vientre, cómo materializas esto que piensas y esto que sientes. Pero si piensas y sientes y no lo materializas como que también se va acumulando, acumulando, acumulando. (Entrevista 3)

El útero es la materialización de las emociones y los pensamientos en el vientre. Útero y vientre son lo mismo pero las mujeres lo que pueden ver y tocar es el vientre. El útero, aunque material, su visibilidad es imaginada y por eso las mujeres entrevistadas lo describen de muchas formas, pero siempre imaginándolo. La descripción más detallada de su materialidad me la compartió Ana, quien hace parte de una red social en la que comparten información sobre sanación y se llama “Ventre sagrado”. Según una foto que le enviaron por este grupo el útero y “es divino por dentro es como si fueran unas hojitas, no sé si tu has visto esa foto. Y bueno, yo me lo imagino un lugar agradable, cálido, acogedor” (Entrevista 6).

La imagen del útero como un lugar cálido y acogedor coincide con la descripción de Rocío. Además de ser “como un corazón” que palpita porque “que sí lo sentimos”, pensar y sentir el útero como un corazón supone reconocer que “ahí hay vida. De que debe estar calientico, de cómo lo cuidamos” (Entrevista 3). Requiere entonces cuidados, por eso las terapias del útero fueron importantes para las mujeres al momento de sanar porque entendieron que debían cuidar de la parte enferma de otro modo. Por ejemplo, Claudia lo ha cuidado “con mucho amor y *reiki*. A raíz de todas estas terapias y de todos los nuevos grupos y herramientas que hay en internet, he encontrado mucha información sobre el útero, sobre cómo late, cómo se mueve” (Entrevista 2). Con el *reiki* se toca mucho el útero y los ovarios lo que ha hecho que se sienta muy bien de salud.

Recogiendo, el útero es presencia, sujeto, emociones, materia, vida y potencia. Ana me lo explicó así:

Más allá de lo físico es también lo que me ha permitido conectarme con mi esencia, de poder encontrarme con otras mujeres y hablar del útero. (...) Entonces es algo presente y

no solo significa que soy mujer y que me gusta ser mujer sino que también significa mi historia, mi historia familiar, la historia de mis ancestras, mi placer, porque no es solo un lugar de dolor, es de infinito placer. (Entrevista 6)

El útero da cuenta de la historia propia y familiar. El útero es potencia porque se articula con la experiencia del propio cuerpo y con las experiencias de otras mujeres. Además es potencia porque puede ser placer, lo que transforma la experiencia de un útero doloroso:

Y poder también como vivir una relación más cercana con mis genitales, con el amor, como poderme masturbar y estar tranquila. Y hacerlo a veces antes de que llegue la menstruación para que el cuerpo esté más relajado o después como que eso me genera esa posibilidad de saber que así como en la vida nada es blanco y nada es negro, hay matices, pues el útero también. Es decir, yo sufro cuatro días a cada 21 días pero el resto es un lugar de fuerza y de arraigo. (Entrevista 6)

Permitiendo que su útero la afectara, este dejó de ser ese lugar oscuro y negro, y adquirió, como dice Ana, matices, es decir, puede ser placer y dolor al mismo tiempo. Sufrir el útero es aceptar esa parte dolorosa, pero esta forma de expresarse contrasta con aquella otra que para Ana es arraigo:

Yo he sido muy libre pero a veces digo: “¿de dónde soy?, ¿dónde voy a anidar?”. Entonces ahora también hago consciencia de eso y es que el útero sí me permite arraigarme, no una cosa externa sino a mí misma. Es decir, me permite conectarme con mi esencia, con lo que soy. (Entrevista 6)

Ese útero presente que habita el cuerpo deja de ser solo un órgano para arraigar a Ana a sí misma. Es decir, el útero abre la posibilidad a las mujeres de conocerse y conectarse con lo que son. De ahí la importancia de sanarse sanándolo para conocerse de nuevo. Su potencia reside, para las mujeres entrevistadas, en que amplían su capacidad de volver hacia ellas mismas, bien sea a elaborar su historia o aceptar sus deseos actuales.

Para Rocío la terapéutica del útero consiste en una cosmovisión de lo “sagrado” y opera “desde la delicadeza que es el útero. Es el nido que debe permanecer caliente” (Entrevista 3). Para ella el útero es la representación de la delicadeza, del embrión de la vida, de sutil y lo sagrado. Ser un nido sugiere que el útero es protección y resguardo para que allí se gesticule vida, por lo que debe ser tratado como algo sagrado y delicado. El útero así se pliega a la función social asignada a las mujeres como dadoras de vida, como ya lo he mencionado, y hace de la sanación una experiencia que exige a las mujeres esencializar sus cuerpos en función de la reproducción y el lado “femenino” de la diferencia sexual. La manera de hacerse con cuerpo con útero implica potencia pero

también puede limitar a estos cuerpos cuando permanece lo que hay de heteronormativo en el útero.

Para las terapeutas entrevistadas, Camila y Rocío, esta capacidad de sanar del útero hace parte de un movimiento más grande que denominan “despertar femenino”. Camila agradeció al yagé por mostrar “que mi camino era despertarme como mujer, encontrarme” (Entrevista 1), es decir, empoderarse desde el lo “femenino”. Desde esta perspectiva, sanar es encontrarse desde lo “femenino” encarnado en el útero. Rocío describió el “despertar femenino” como un proceso que requiere la reconciliación en doble vía, consigo misma y con la Madre Tierra. Se trata de una responsabilidad adquirida por las mujeres: “pero también es la necesidad de esa nueva humanidad, de nosotras por ser las gestoras de vida, las que tenemos ese milagro de la gestación dentro de nosotras” (Entrevista 3). El despertar femenino unifica y universaliza los cuerpos de las mujeres en uno solo, uno que tiene un útero, y de esta manera, reduce la diversidad de experiencias femeninas.

Como que nos están llamando y no están diciendo entren en consciencia y la consciencia es que ustedes se reconozcan como mujeres. Y para reconocernos como mujeres debemos reconocer el útero que desde ahí parte la conexión. De ahí de cómo nos conectamos entre nosotras y de cómo hay una conexión, un solo útero. (Entrevista 3)

Aceptar el rol como gestantes de vida devuelve algo que al parecer olvidaron y que solo pueden hacer ellas al interior de sus cuerpos: reproducirse.

Lo que puede el útero

A lo largo de este capítulo he mostrado qué es sanar el útero para las mujeres entrevistadas. En primer lugar, sanar es un proceso que involucra distintos momentos a partir de una relación de comunicación con el cuerpo, de escucharlo y hablarle. Estos momentos se recogen en la intención de sanar; la observación constante de las emociones, sensaciones, pensamientos y recuerdos; requiere de la búsqueda reflexiva de los acontecimientos que desataron las enfermedades y la revisión de la historia de vida personal y familiar.

Como sanar en un proceso permanente y constante, con altos y bajos, estos momentos no bastan, así que escuchar el cuerpo atentamente por medio de las enfermedades o de

sus menstruaciones aporta información importante. Cuando las mujeres se disponen a escuchar su cuerpo emergen historias de su pasado personal y familiar que dan sentido a su presente. El cuerpo les narra estas historias. Y aunque en las entrevistas las mujeres me compartieron múltiples dimensiones de sus vidas, al hablar del útero fueron recurrentes las historias relacionadas con la maternidad, el linaje materno, las relaciones de pareja, pero también el desarrollo profesional en vínculo con los deseos y proyectos de vida como mujeres.

Basadas en sus experiencias de enfermedad y sanación, las mujeres entrevistadas produjeron formas de ser mujer que se sustentan en la esencialización del cuerpo. Para ellas el útero es una presencia en el cuerpo que aprenden a reconocer como parte de sí y no como algo diferente o ajeno a su ser. El útero son ellas mismas. El útero es un corazón que palpita cuando produce y reproduce la vida. Al mismo tiempo, el útero es un espacio en el vientre en el que se depositan emociones y pensamientos pero que tiene el potencial de hacer cosas. Si esas cosas no se hacen, como procesar emociones y cumplir los deseos, el útero enferma.

De esta manera, sanar el útero es potencia mientras se reafirma una forma esencializada de ser mujer. Si seguimos la perspectiva analítica del género propuesta por Scott (1996), esto es, a través de preguntas sobre la manera en que se define lo que es ser mujer en un contexto dado, en las terapias del útero es adherirse a la idea patriarcal y heterosexual de que ser mujer equivale a ser una madre que cumple la función reproductiva históricamente asignada a las mujeres. Todas las mujeres entrevistadas comenzaron a sanar cuando aceptaron su potencial de ser madres, aunque decidieran no serlo. Por otro lado, hacerse con un cuerpo con útero es reconocer la potencia de descubrir lo que estas mujeres no sabían sobre sus historias familiares, pero también sobre sus necesidades y deseos en términos de ser o no ser madres, el tipo de relaciones sexoafectivas y destinos laborales. Ser el útero de estas mujeres expande y constriñe al mismo tiempo, pues, como los movimientos del corazón –sístole y diástole– contrae e impulsa.

4. Reflexiones finales. Úteros capaces de sanar

Siguiendo el camino propuesto por la antropología de salud para entender la manera diferenciada en que los seres humanos experimentan la enfermedad y la salud, este trabajo se propuso comprender cómo un grupo de mujeres ha experimentado, narrado y vivido las enfermedades que afectan el útero. Para ello seguí sus trayectorias corporales de padecimiento poniendo atención a la manera en que los relatos situaban acontecimientos puntuales que desencadenaron dolores y que al recordarlos y recontarlos activaron la sanación. A partir de la revisión de la literatura académica de los estudios realizados en Colombia desde esta perspectiva antropológica, le aposté a trabajar un tema poco explorado en la reflexión etnográfica nacional: los procesos reproductivos de las mujeres. Seguí el camino de los aún escasos análisis con perspectiva de género (Viveros 1995; Tovar 2004a, 2004b) que han señalado cómo la atención médica de las mujeres ejerce control sobre sus cuerpos. Este trabajo recoge estos aportes, reconoce que las vidas de las mujeres están atravesadas por relaciones de poder que afectan la manera como viven y atienden su cuerpo, y a partir de esta investigación, muestra cómo las mujeres entrevistadas no solo están determinadas por su lugar en el orden médico y de género sino que tienen la capacidad de actuar como agentes de su proceso de sanación.

Con base en el concepto de itinerario corporal de Esteban (2004a), la categoría de trayectoria de Godard (1996) y la perspectiva sobre el cuerpo de Latour (2004), propuse la categoría de trayectorias corporales de padecimiento y sanación la cual me permitió rastrear en los relatos las experiencias corporales que han acompañado los procesos de enfermar y sanar. Seguir esos relatos supuso entender que enfermar y sanar son tanto experiencias carnales como afectivas que se tejen con diferentes acontecimientos y situaciones dolorosas de la vida de las mujeres. A la vez esta categoría me ayudó a entender los cambios que las mujeres entrevistadas experimentaron en su cuerpo con el

auxilio de tecnologías de sanación, sintiendo la presencia de su útero en el proceso de sanar. En suma, en esta investigación una trayectoria corporal de padecimiento y sanación es la historia del cuerpo contada por las mujeres a partir de la enfermedad y de la sanación. Es el andar dinámico, afectivo y sensible del cuerpo que puede ser doloroso, enfermo, carnal, sangriento, placentero, personal, compartido, histórico, heredado. También es la historia que cuenta el cuerpo desde el útero. Y es la transformación del cuerpo en su devenir uterino mientras sufre y sana en articulación con tecnologías de sanación que operan a partir de un conjunto de diagnósticos, explicaciones sobre el origen de las enfermedades y prácticas concretas para sanar el útero.

En esa vía me centré en los relatos de enfermedad y sanación de un grupo de seis mujeres urbanas de clase media y formación universitaria cuyas edades oscilaban al momento de este estudio entre los 36 y 43 años. La muestra reducida de participantes fue intencional para profundizar en el material de los relatos sobre el cuerpo y las relaciones de género que atraviesan los procesos relacionados con la salud. Sin el objetivo de generalizar, esta muestra situada ayudó a entender cómo mujeres que ocupan lugares similares en el espacio social atienden, enfrentan, negocian y producen enfermedad y salud. Al mismo tiempo, cómo esa posición, cargada de ventajas y desventajas, por un lado anima la búsqueda de posibilidades para sanar y cuestiona la lógica biomédica de atender el cuerpo, y por otro lado, reproduce un orden sexual y de género a partir de formas patriarcales de sanación y concepciones hegemónicas sobre la maternidad y relaciones erótico-afectivas.

Las mujeres se caracterizan por compartir un espacio común que es la clase social en un contexto urbano con un relativo acceso a atención médica y oferta de prácticas alternativas de sanación. Son mujeres adultas que viven solas o en algunos casos con su familia como Mariana; egresadas de universidades públicas y privadas en pregrado y posgrado como Patricia, Ana y Mariana; profesionales en diversas áreas; y que en el momento de las entrevistas eran independientes laboralmente, como Camila, Rocío y Claudia, trabajaban en entidades públicas reconocidas o fundaciones de orden nacional como Patricia y Ana, o como Mariana contaban con el apoyo económico familiar. Es decir, que todas contaban con ingresos y recursos económicos para costear distintas terapéuticas. Esta ubicación social les facilitó explorar maneras de sanar y no restringirse a lo que sus servicios médicos les prescribían. Pudieron consultar distintos especialistas

e incluso pagar consultas con médicos particulares ante la urgencia de ciertos dolores, como Mariana. También accedieron a un abanico terapéutico de prácticas que en buena parte es costoso, como me contó Claudia, puede exceder las expectativas económicas de las pacientes como le pasó a Patricia con las parteras y terapeutas que cobraron por su servicio por la importancia de su trabajo, como Camila resaltó.

La posición social compartida por las mujeres colaboró en varios sentidos. Por un parte, reflexionaron cómo ciertos tipos de atención, como el biomédico, pueden afectar su cuerpo curando algunos aspectos pero lastimando otros. Sus perspectivas críticas, feministas en algunos casos como en el de Ana, afectaron la forma en que veían el funcionamiento la biomedicina, específicamente la ginecología y obstetricia, pues agredían e irrespetaban sus decisiones de vida. Por momentos, se distanciaron de los tratamientos y medicamentos prescritos, y rechazaron prácticas agresivas con sus cuerpos. Para ellas los diagnósticos biomédicos no fueron suficientes ni sentenciadores. Sabían que había algo más y pudieron descubrirlo. Y lo descubrieron porque se dieron el tiempo y contaron con los recursos para financiar su búsqueda. No puedo detallar aquí sus altibajos económicos porque nuestras conversaciones viraron hacia otros temas, pero sus historias informaron de sus posibilidades y limitaciones mientras hablaron de sanar. Se requieren más investigaciones para observar en otras clases y grupos sociales cómo las mujeres se alejan o acercan a determinadas ofertas terapéuticas biomédicas o alternativas para el útero, de hecho, si en esos otros espacios sociales hay un útero que sanar.

A su vez, dicha posición permitió que tomaran en serio los síntomas que sintieron y no naturalizaran el dolor. Precisamente, sus interrogantes y dudas existenciales las alentaron a buscar la sanación, y en el proceso, consideraron que lo que pudo haber sido natural, heredado o normal en un momento de sus vidas podía transformarse. Ellas aceptaron su cuerpo y respondieron al desafío de entenderlo. Esta dimensión de los procesos de salud-enfermedad en relación con la clase social requiere más indagación para comprender cómo mujeres con otras posiciones sociales viven, cuentan y nombran los padecimientos.

Las seis mujeres que compartieron sus relatos han tenido trayectorias de sanación y padecimiento pero su aporte al trabajo tuvo acentos diferentes por los roles de terapeutas

y pacientes que desempeñan. Camila y Rocío, son terapeutas certificadas y Claudia es aprendiz de terapias. A diferencia de Rocío, Camila y Claudia compartieron también su experiencia como pacientes. Precisamente parte de sus trayectorias de padecimiento y sanación fue volverse terapeutas. Por su parte, Mariana, Patricia y Ana han sido pacientes y practicantes de las terapias. Los relatos de terapeutas y pacientes, aunque con roles diferentes, tienen más similitudes que diferencias porque casi todas padecieron del útero y cuestionan la atención biomédica. Se diferencian, sobre todo, en la manera en que hablan de las prácticas: las mujeres terapeutas argumentan desde los fundamentos de las terapias y las mujeres pacientes se refieren continuamente a cómo su cuerpo se siente con cada práctica de sanación.

Las mujeres terapeutas, especialmente Rocío quien me habló más de su labor que de su cuerpo, contribuyeron con sus puntos de vista sobre los fundamentos de las prácticas de sanación y de sus experiencias como sanadoras. Rocío me compartió los fundamentos de las terapias resaltando cómo útero y madre tierra son lo mismo. Camila y Claudia también hablaron de las terapias alternativas pero desde sus experiencias como sufrientes del útero, parturientas y madres. Tuve información de la perspectiva de otra terapeuta del útero desde el relato de Mariana. La historia sobre la terapeuta Gloria aportó información clave para observar cómo las prácticas alternativas están también atravesadas por relaciones de género que castigan a las mujeres por sus decisiones y comportamientos. En sus procesos las terapeutas aprendieron sobre la lógica de las terapias la cual se nutre de distintos saberes –indígenas, orientales, afro, etc.– y encontraron ventajas para liberarse de preceptos dominantes sobre la sanación, pero, al mismo tiempo, conservaron y ratificaron un orden de género que fortalece la perspectiva esencialista y naturalista sobre las mujeres a partir de la reproducción biológica, la maternidad y las relaciones erótico-afectivas.

Los relatos de las terapeutas, se acercaron a los relatos de las mujeres que practicaron las terapias desde su rol como pacientes, excepto Rocío, pues todas ellas padecieron del útero. En todas las trayectorias corporales las mujeres buscaron sanar. Las terapeutas se sanaron así mismas para ayudar a sanar a otras mujeres; las pacientes estaban sanando y, en el proceso, sanar su propia historia y la historia familiar. Sin embargo, los relatos se distanciaron en ciertos aspectos. Como las terapeutas, las pacientes han llevado a cabo un proceso de aprendizaje, pero a diferencia de las primeras, las pacientes no han

sistematizado su conocimiento, han lidiado con acontecimientos dolorosos desde los cuales han moldeado su aprendizaje. Han probado prácticas y abandonado otras, y sus puntos de vista se nutren de lo que han calibrado como mejor o no para ellas. En este sentido, es posible repensar la categoría de pacientes relacionada con la biomedicina que trata cuerpos pasivos, y referirse a mujeres pacientes-practicantes, que se encargan de su salud practicando lo que mejor las hace sentir y no solamente lo que prescribe el saber experto.

De acuerdo con lo documentado a lo largo de este trabajo, la sanación del útero controvierte los preceptos biomédicos sobre el cuerpo de las mujeres porque invierte de capacidad y potencial al cuerpo para sanarse así mismo. No obstante, las prácticas de sanación uterina no controvierten el orden de género, lo ratifican y reproducen cuando encargan al útero de sanar todo lo que duele y explican las enfermedades a partir de, por decirlo de alguna manera, el distanciamiento de las expectativas sociales de lo que debería ser una mujer, es decir, madre, gastadora de vida y monógama. Las trayectorias corporales de padecimiento y sanación de las mujeres entrevistadas se caracterizaron justamente por la contracción y expansión de sus capacidades y oportunidades para tratar su salud.

Estas mujeres padecieron por años de dolores menstruales, pero los normalizaron porque para ellas era la experiencia obvia que debían vivir por ser mujeres, sobre todo en los casos en que las mujeres de su familia también habían padecido enfermedades del útero. Es decir, no solo era un dolor normal sino heredado. De esta manera, la idea de ser mujer estaba asociada al dolor y al padecer. Sin embargo, estas mujeres transformaron la idea del dolor normal y heredado porque atendieron los dolores insoportables en su cuerpo y luego del diagnóstico, gracias a sus posibilidades económicas, apoyos familiares y perspectivas sobre la vida influenciadas por sus formaciones académicas y feministas, accedieron a tratamientos y terapias que exigieron constancia, tiempo y dinero. En el tratamiento de las enfermedades las mujeres conocieron y experimentaron una serie de tecnologías de sanación: tratamientos biomédicos y terapias alternativas. El abanico de opciones de atención de esas enfermedades se desplegó en varias prácticas tanto biomédicas como alternativas que proponían extirpar una parte del útero o el útero en su totalidad, tomar medicamentos para controlar el cuerpo, sembrar la sangre menstrual, limpiar y revivir el útero.

Los tratamientos biomédicos dirigidos a intervenir el cuerpo, sacando, quitando o controlando solo la parte enferma, las distanciaron de su capacidad de sanar sin lastimar su cuerpo. Así que en tensión con estos tratamientos, las mujeres integraron prácticas alternativas a las biomédicas que les permitieron hacerse cargo de su salud de otra manera. Mientras siguieron las prescripciones biomédicas tuvieron una relación tensa con su cuerpo, un cuerpo distante que podía ser cercenando o controlado con medicamentos como si se tratara de un objeto ajeno y sobre el cual no podían decidir. Pero tomaron decisiones cuando rechazaron o abandonaron tratamientos biomédicos agresivos como las operaciones o los anticonceptivos. Al incorporar la perspectiva de las prácticas de sanación del útero, las mujeres también decidieron hacerse con un cuerpo diferente. La relación tensa se transformó en una relación afectiva distinta, en algunos casos amorosa y compasiva, en otros dolorosa, pero siempre abierta a escuchar al cuerpo. Aún sintiendo dolor, estas mujeres comenzaron a hablar con su cuerpo preguntándose dónde se originó el padecimiento y siguiendo atentamente sus sensaciones corporales. Hacerse cargo de su salud es una modulación de las fuerzas de lo que las mujeres pueden y quieren hacer y de la capacidad de escuchar y hablar con el cuerpo sintiendo el útero.

Las mujeres se hicieron cargo de su salud explorando y tomando decisiones frente a diferentes técnicas de sanación del útero. En efecto, de pacientes pasivas de la biomedicina y su intención patriarcal de controlar los cuerpos, se convirtieron en agentes activas de su salud. No obstante, a espaldas de la biomedicina cuyo propósito era controlar el dolor o eliminar el útero, en medio de la agencia al hacerse cargo de sí mismas, las mujeres entrevistadas se acogieron y ratificaron un orden de género dualista, heteronormativo y patriarcal. Dualista porque permanece marcada la diferencia entre lo masculino y femenino como características asociadas al sexo biológico de mujeres y varones. Las terapias alternativas del útero prometen sanación cuando las mujeres aceptan que su lado femenino corresponde con el hecho de ser mujeres que gestan vida como si fuera su rol natural; cuando se refieren a lo masculino ubican a los hombres y las relaciones sexoafectivas allí. Heteronormativo porque las experiencias de la mayoría de estas mujeres estuvieron atravesadas por la idea de la heterosexualidad y monogamia como modelos, relaciones sexoafectivas y valores deseables para sanar del útero. Y patriarcal porque reproducen este sistema de dominación al percibir la relación entre la

reproducción, la maternidad y las mujeres como algo propio de estas. En las tecnologías de sanación analizadas en este trabajo, el cuerpo se vive desde una feminidad fija, establecida y universalista que halla la curación adecuándose a su capacidad reproductiva. De este modo, ratifica la continuidad entre aquellas paradojas y metáforas de la ciencia y biomedicina de siglos anteriores para establecer la diferencia sexual y explicar los ciclos vitales de las mujeres (Laqueur 1994; Martin 2001), y el cuerpo de las terapias donde se resalta el útero como centro de la sanación.

Aún así, si bien hay continuidades entre las tecnologías de sanación biomédicas y alternativas, también hay distancias que dan cuenta de la manera en que las mujeres se movieron entre las jerarquías de poder sobre sus cuerpos. El poder se puede analizar a partir de las resistencias (Foucault s.f.), así que podríamos ubicar a las terapias alternativas en áreas de resistencias al saber-poder de la biomedicina que se especializa en el cuerpo de las mujeres, esto es, la ginecología. Los relatos de las mujeres entrevistadas marcaron distancias y rupturas frente a los mandatos biomédicos. En contraposición a la biomedicina que con sus diagnósticos y prescripciones busca disciplinar y normalizar el cuerpo de las mujeres restando cualquier potencialidad de cambio ocurrido desde la agencia individual, las mujeres entrevistadas lograron con las terapias alternativas identificar una capacidad sanadora desde su cuerpo y una sanación que estaba a su cargo.

Hacerse cargo de la salud no supone que las mujeres se desaten de las relaciones de poder que atraviesan la biomedicina y la terapéutica. En ambas tecnologías se define qué es un cuerpo y de qué es capaz ese cuerpo. Foucault (s.f., 3) señala y reafirma que su largo análisis histórico sobre la sexualidad ha girado siempre en torno al sujeto y no al poder –como se podría pensar–. El ejercicio del poder y sus formas de racionalización deben estudiarse anclados a experiencias fundamentales. En el caso de las mujeres entrevistadas se trata de la experiencia de ser mujeres que atraviesan una enfermedad determinada y hacen lo posible para sanarla con el auxilio de la biomedicina y las terapias alternativas. En ambos casos las mujeres con útero son potencialmente madres y son responsables de su vida sexual. Lo que pasa es que estas mujeres se movieron de manera diferente en la constelación de relaciones de poder que las posicionan como mujeres reproductoras de vida. Vivieron un cuerpo con útero. Atendiendo las

sensaciones corporales y reconociendo sus emociones observaron otras dimensiones de la enfermedad que exceden lo fisiológico.

Al virar desde el útero como aparato reproductor y el cuerpo potencialmente cercenado por la biomedicina hacia el cuerpo uterino de las terapias alternativas, el cuerpo de las mujeres entrevistadas se transformó en otro cuerpo. Lo que pretendió la investigación fue hablar del cuerpo que se hace en las terapéuticas y lo que mostró fue la manera en que el cuerpo de las mujeres entrevistadas se transformó cuando transitó entre tecnologías de sanación diversas. Esta tesis también reveló cómo el cuerpo que es materia pero no solamente, relata historias mientras las mujeres hablan sobre su cuerpo. Con las prácticas alternativas, las mujeres se hicieron con un cuerpo que ubica su centro en el útero y que se conecta con el elementos que lo exceden como el astro lunar, la tierra y el agua de los ríos; que afecta y es afectado por el mundo. Ese otro cuerpo es un cuerpo que dice cosas. Las mujeres entablaron un diálogo con su cuerpo y comenzaron a escucharse a través de éste atendiendo sus sensaciones corporales, especialmente, lo que sentían en su vientre. La menstruación supuso una experiencia corporal clave para escuchar más fuerte. Aprender a hablar con la menstruación abrió la posibilidad de entender otras cosas, deseos, necesidades y proyectos de vida. Ya la menstruación no fue culpable del dolor como algo natural que hay que soportar cada mes, sino una mensajera que habla a través de los cólicos, la cantidad, el color, el olor sobre el mundo de las mujeres, sobre lo que quieren, incomoda o necesitan. Como Ana, para quien un sangrado abundante le está diciendo que no debería comer cierto alimentos o ciertas sensaciones menstruales le indica que es mejor quedarse acobijada en casa. Ana no se obliga a salir si no quiere y Patricia no culpa a la menstruación por no ir a un viaje. Al hacerse con el tipo de cuerpo y un útero que dice cosas, las mujeres aprendieron a seguir e identificar la dinámica de sus ciclos vitales, como la menstruación, para la organización de su vida y su cotidianidad disponiéndose para ciertas actividades, y para otras no.

Tanto en las prácticas biomédicas como alternativas el útero estaba presente, solo que en la sanación, las mujeres aprendieron a sentir otro útero. En su proceso terapéutico experimentaron un útero sufriente destinado a tener hijos y castigado por abortar; luego un útero que somatiza emociones; que enferma por las consecuencias de acciones pasadas en esta vida y en otras; y también uno en el cual las enfermedades actúan como

mensajeras. Esta última función del útero es importante porque posiciona a las enfermedades en la trayectoria corporal de las mujeres en otro lugar. En el padecer, las enfermedades se convirtieron en la posibilidad de comprender más cosas sobre sí mismas. No era lo mismo tener miomas uterinos que quistes en los ovarios o infecciones vaginales. El desafío estaba en reconstruir los hechos que rodearon la emergencia de las enfermedades en sus vidas para reconocer el conflicto personal que las desató. Este ejercicio correspondió a un proceso reflexivo de largo aliento que las mujeres emprendieron y fueron elaborando cuando incluyeron las terapias alternativas en su trayectoria. En este proceso, el útero emergió como presencia, sujeto, emoción, materia, vida y potencia para que las mujeres conectaran consigo mismas, con su cuerpo, con su historia, con sus deseos y con sus vínculos con mujeres de su pasado y de su presente. El útero presente que habitó el cuerpo dejó de ser solo un órgano para ser escenario de autoconocimiento y reconocimiento de historias. Ese útero ahora tiene la capacidad de afectar y ser afectado, es una potencia que sana porque es sensible al mundo.

Ahora, volver sobre sus historias personales en el momento de las entrevistas significó recordar cómo los acontecimientos importantes de sus vidas estaban vinculados con los padecimientos del útero. Rabia, tristeza o desilusión se hicieron manifiestas para las mujeres mientras compartieron sus experiencias conmigo. En cierta medida, el hecho de que las mujeres me contaran sus relatos de padecimiento también fue una práctica de sanación en tanto que hablaron de lo que les dolió desahogando emociones y dando nuevos sentidos a sus experiencias. Hablar sobre lo sucedido hace parte de sanar, me lo dijo Claudia cuando nos encontramos: “si tu llegaste acá es porque yo necesito soltar esto de alguna forma y bueno, tú también” (Entrevista 2). Escuchando a las mujeres entendí que mi cuerpo tal vez me estaba contando cosas y yo no había sido lo suficientemente sensible para escucharlo, como ellas, tuve que aprender a oírlo.

En primer lugar, mi cuerpo me hablaba sobre mi sexualidad. Mi cuerpo reaccionaba a las relaciones sexuales con manifestaciones tan fuertes como un manchado por células anormales o el estallido de líquido en el vientre. Enfermedades como el virus del papiloma o el cistadenoma seroso estaban anteceditos por relaciones sexuales. Las parejas y las relaciones han sido un tema importante para mí así como lo fueron para Mariana. Aunque placenteras, recuerdo que estuvieron cargadas de conflicto o culpa porque luego sentía arrepentimiento. Pero había un miedo de fondo, como en la ruta del

duelo que explicó Rocío, que en mi caso era la posibilidad de quedar embarazada a muy temprana edad.

En relación con ese miedo, los ovarios poliquísticos evocaron mi contradicción sobre querer y poder ser madre. Percibía la maternidad como algo doloroso, tal como lo había sido en las experiencias de mi abuela y de mi mamá. Es decir, tener hijos era igual a tener problemas en la vida y frustrar la trayectoria académica o laboral. Mi abuela fue madre soltera y mi madre se divorció de mi padre. Las dos criaron a sus hijas solas, con mucho esfuerzo y eso les impidió vivir sus sueños. También se convirtieron en progenitoras controladoras y sobreprotectoras con miedo y desconfianza especialmente hacia los hombres. Para evitar repetir este patrón, sin proponérmelo, desde mi adolescencia rechacé la idea de ser madre y, en cambio, seguí mis metas académicas y profesionales algo de lo cual no me arrepiento. Sin embargo, comencé a preguntarme si en realidad ese deseo de no ser madre era genuino o surgía porque no quería repetir las experiencias de mi madre y abuela. Además, en mi entorno social y círculo de amigas es bien visto no ser madre así que me sentí aprobada socialmente. Ya no sabía si esa decisión era realmente mía o de mi entorno social. En la medida en que hacía la tesis, escuchaba a las mujeres entrevistadas, practicaba estas terapias, observaba cómo me sentía en cada menstruación, sentí el útero –lo sentí por dolores, vibraciones y calor– y las ecografías de control mostraban que el diámetro de los quistes disminuía, me pregunté de nuevo si quería ser madre y descubrí que sí. Noté que había rechazado drásticamente por años algo que sí quería. Entendí que en parte esas experiencias dolorosas en mi vientre me hablaban de tensiones entre lo que quería y lo que hacía. En 2022 me hicieron una ecografía transvaginal y los resultados indicaron que ya no tengo ovario poliquístico. Afirmo que haciendo esta tesis también sané.

Entonces, con todo lo anterior, sanar en esta investigación tiene dos aspectos. Por un lado, sanar para las mujeres entrevistadas es hacerse de un cuerpo con útero que siente. Es reconocer que atendiendo los dolores uterinos se identifican situaciones y emociones que originaron las enfermedades. Por otro lado, es hacerse con un útero que al sentirlo es capaz de sanar. En este sentido, hay una distancia entre el cuerpo con útero pasivo, sumiso, controlado y potencialmente cercenado de la biomedicina y el cuerpo con útero de las terapias alternativas del que las mujeres se han hecho cargo activamente. En estas últimas reconocer el útero es aceptar un útero que siente y en el que en relatos

como el de Patricia es otro corazón que palpita. La sanación parte de aceptar esto: ser mujeres con un útero que palpita, está vivo y da vida da, pero al mismo tiempo, puede afectar el cuerpo enfermándolo o sanándolo si no se escucha atentamente.

Aprender a escuchar al cuerpo, aprender a dejarse afectar por el propio cuerpo, es devenir otro cuerpo, es transformar el cuerpo. Es necesario resaltar que no se trata de un cuerpo separado de las mujeres que se vuelve emisor de mensajes sino de una dinámica procesual en la que el cuerpo envía mensajes en la medida en que se tenga un cuerpo para recibir el mensaje, esto es, un cuerpo uterino. Podría ser el riñón enfermo como dijo Ana, pero en su caso fue el útero el que se expresó, se hizo audible. Es importante señalar que a diferencia de la teoría tradicional psicoanalítica sobre la histeria que postula que las mujeres somatizan la neurosis en el útero (Chauvelot 2001), esta investigación muestra, en cambio, que las mujeres entrevistadas adquieren la capacidad de sanar enfermedades cuando se hacen con cuerpos uterinos, es decir, cuerpos que cuentan algo a través del útero. En este trabajo las mujeres me mostraron que el útero es una potencia de sus cuerpos porque es capaz de referir al pasado del linaje familiar, al presente de las relaciones de pareja y de las decisiones sobre ser o no madre e incluso al futuro del destino profesional.

Las cosas que puede decir el útero son distintas para las mujeres que entrevisté. Escuchar el útero, además de resolver las necesidades más corporales como descansar o comer ciertos alimentos, es atender los temas que no fueron atendidos y que se escalaron al útero. Uno de estos temas es la relación con el linaje materno. Las mujeres que entrevisté reconocieron su importancia cuando comenzaron a escuchar el cuerpo no solo por aquellos dolores heredados sino porque se identificaban con o distanciaban de las historias de vida de sus propias madres y abuelas. Una de las formas que una de sus terapeutas le recomendó a Ana para tratar su útero fue que su madre le sobara el vientre. En este sentido, el útero, el vientre puede ser también una forma de generar lazos entre mujeres, en este caso, entre madre e hija. En otros casos, compartiendo los padeceres y haciendo terapia en grupo como Mariana en la bendición del útero a la que asistió con varias mujeres de su familia. De esta manera, el útero no solo habla y escucha, sino también vincula a mujeres con úteros gracias a sus úteros.

El útero también siente cómo son, han sido o pueden ser las relaciones de pareja. El aborto espontáneo de Patricia le informó sobre su deseo de ser madre y le permitió saber si estaba en sintonía o disonancia con los deseos de su pareja. El útero de Camila le habló sobre los engaños de su pareja y el de Mariana le dolía cuando los hombres de su pasado la buscaban para salir. El útero habla de esto porque se vincula con la sexualidad y el placer o displacer de las relaciones sexoafectivas. A Patricia le dolían las relaciones sexuales por el mioma y Claudia padecía infecciones vaginales porque su útero se desgataba al tener muchos compañeros sexuales.

El útero de las mujeres entrevistadas tiene potencia creativa, por ello es que en el devenir terapéutico la pregunta por el deseo de ser o no madres se escucha más fuerte. Los miomas de Mariana le contaron una historia sobre pérdidas de bebés y por eso sanando el útero reconoció su deseo de ser madre y tener una familia. Lo mismo sintió Patricia cuando la hemorragia le habló sobre un posible aborto espontáneo lo que reforzó su deseo de ser madre. En contraste, Ana reconoció que pudo haber sido madre aunque no quiso serlo, es decir, aceptó que esa potencia estaba en ella pero no era necesario o indispensable realizarla. Por su parte, el quiste de Claudia que la llevó a la experiencia con el yagé le informó que ella ya era una madre universal por ser mujer. Yo misma, al escuchar reiteradamente de boca de los médicos que tenía bajas posibilidades de ser madre por mis quistes y miomas comencé a desear lo que al parecer se alejaba de mi destino. De este modo, en su función reproductora el útero ubica al cuerpo como un cuerpo gestante y fértil, una expectativa patriarcal de la función de las mujeres en la sociedad, pero que aún resuena en este grupo de mujeres, y de alguna manera, les permite escucharse mejor.

Ese mismo útero que puede ser patriarcal al esencializar los cuerpos de las mujeres, potencia las preguntas sobre lo que las mujeres quieren o no. Y vas más allá de la herencia familiar, la sexualidad y la maternidad. El útero también habla sobre otras dimensiones de la vida como el trabajo y la profesión. La candidiasis le avisó a Mariana que no podría continuar su estancia en el posgrado de ortodoncia pues al volver a la universidad luego de su operación le generó un malestar que le reveló que estaba en un lugar que ya no quería estar. Mariana tuvo tiempo para pensar sobre lo que quería hacer durante la recuperación de la cirugía de los miomas y descubrió su interés por la

odontología pediátrica. Cuestionó asimismo las decisiones que había tomado para cumplir las expectativas de su familia aún en contra de sus deseos.

A lo largo de este trabajo y al cerrar la escritura puedo señalar que mi útero marcó mi camino como etnógrafa. El flujo que salió de mi vagina en 2010 fue un afortunado hecho que me trajo hasta acá a hablar de lo que para algunas mujeres afecta, y a veces, se silencia. Este útero mío me dijo cosas sobre el cuerpo y las terapias, de forma que, para mí, se tornó en un útero, por decirlo de alguna manera, epistémico. Útero epistémico porque la forma en que me afectó el campo excedió la producción de información y en cambio permitió reconocer otros vínculos posibles con mi cuerpo. En otras palabras, estuve vinculada con el campo desde mi cuerpo, desde mi útero, lo que me dejó vincularme con las mujeres que entrevisté para entender de qué hablaban cuando hablaban del útero. Pensar en mi útero como catalizador de esta indagación y en el útero de las mujeres como potencia que cuenta cosas y transforma el cuerpo es una forma de ser afectada por el campo y también de sanar.

Finalmente, además de contribuir a pensar la salud de mujeres de una posición social compartida y de analizar el cuerpo como proceso, movimiento y escenario de transformación, este trabajo deja abiertas varias vetas de análisis que espero responder y profundizar en otro momento. Así cabe preguntar si es posible hacerse con un cuerpo uterino que hable de otras cosas o escucharlo de otro modo para evitar reproducir modelos patriarcales sobre la vida, como la maternidad naturalizada u obligatoria. ¿Qué otras cosas puede decir el útero?, ¿habría que aprender también a no escucharlo?, ¿es posible un cuerpo uterino que no sea patriarcal aún si quiere ser maternal? Queda pendiente, situar estas indagaciones y preguntarse ¿cómo en otras clases, generaciones y grupos sociales las mujeres se alejan o acercan a determinadas ofertas terapéuticas biomédicas o alternativas para el útero?, de hecho, ¿en esos otros espacios sociales habría un útero que sanar? Espero que este trabajo amplíe las indagaciones antropológicas con perspectiva de género sobre las muchas formas que devienen los cuerpos en los procesos de enfermar y sanar, y mientras transitan en escenarios médico-terapéuticos y también otros como el académico, familiar o sexual, en los que las relaciones de poder y las agencias se entrecruzan y negocian la producción de la salud y de los cuerpos.

A. Anexo: Información sociodemográfica de mujeres entrevistadas

Nº	Seudónimo	Rol	información general				Residencia y grupo residencial					Educación y trabajo				
			Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento	Edad en el momento de la entrevista	Se reconoce como	Ciudad en la que reside	Barrio	Estrato	Actualmente vive en	Vive con	Estudió el bachillerato en	Nivel de formación	Institución	Programa de formación	Actividad actual
1	Camila	Terapeuta	Bogotá, Cundinamarca	18/01/81	39	Mujer heterosexual	La Calera	La Calera	4	Sin datos	Hija	Sin datos	Universitario	Sin datos	Publicista Terapeuta holística	Terapeuta de reconexión femenina
2	Claudia	Aprendiz de terapeuta	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Mujer heterosexual	Bogotá	La Calera	Sin datos	Sin datos	Esposo e hijo	Sin datos	Universitario	Universidad Javeriana	Filología	Traductora de inglés
3	Rocío	Terapeuta	Caparrapí, Cundinamarca	20/04/84	36	Mujer heterosexual	Bogotá	Simón Bolívar	3	Arriendo	Sola	Colegio público	Universitario	Fundación Universitaria Los Libertadores	Ingeniería aeronáutica	Terapeuta, doula y partera
4	Mariana	Paciente	Bogotá, Cundinamarca	9/06/78	42	Mujer heterosexual	Bogotá	Bosa La Estación	2	Casa familiar	Madre, padre	Colegio público	Universitario	Universidad Nacional de Colombia	Odontología	Consulta odontológica privada
5	Patricia	Paciente	Bogotá, Cundinamarca	30/04/82	38	Mujer heterosexual	Bogotá	Cataluña	4	Arriendo	Compañero y dos gatos	Colegio privado religioso	Universitario, Diplomado, Maestría y Doctorado	Universidad Nacional de Colombia Universidad Tadeo Lozano FLACSO	Antropología Gestión de Patrimonio Antropología visual Antropología	Investigadora y documentalista
6	Ana	Paciente	Viterbo, Caldas	18/02/77	43	Mujer LGBTQ+	Bogotá	Palermo	4	Arriendo	Sola y dos gatos	Colegio público	Universitario y Maestría	Universidad del Valle Universidad Javeriana	Trabajo Social Maestría en Gerencia Social	Coordinadora Nacional de Gestión Social

B. Anexo: Matriz de organización de padecimientos y tecnologías de sanación de las mujeres de este trabajo

Nombre	Punto de partida del relato	Padecimiento/diagnóstico	Contexto en el que emerge la enfermedad	Tecnologías terapéuticas practicadas (biomédicas y alternativas)	Experiencia nodal/punto de partida corporal
Camila	Relación con el padre de su hija	Infecciones vaginales Quiste en ovario derecho	Mientras estaba con su pareja y luego del parto de su hija	Yagé Ecografía Bendición del útero Siembra de la sangre	Infidelidad de su esposo Parto
Claudia	La experiencia con el huevo de obsidiana	Infecciones vaginales Quiste en ovario izquierdo	Aborto espontáneo	Yagé Ecografía Huevo de obsidiana Placenta	Violencia sexual desde su infancia Aborto espontáneo de primer hijo
Rocío	Un proceso de sanación personal a través del yagé	Sin datos	Durante su pregrado (pero no lo narró)	Yagé Partería tradicional	Decisión entre seguir con su carrera y ser partera
Mariana	Práctica de la bendición del útero luego del diagnóstico de los miomas uterinos	Sangrados abundantes Miomas en el útero Candidiasis	Mientras estaba haciendo su posgrado, estrés con la universidad, conflicto con la carrera	Bendición del útero Cirugía para retirar miomas Siembra de la sangre Antibióticos Anticonceptivos	Aborto inducido Pérdida de hijos sin saberlo Cirugía de miomas
Patricia	Problemas con la sangre desde niña (anemia, púrpura trombocitopénica con erupciones de sangre y con riesgo de desangramiento, producto de un cuadro de bronconeumonía)	Sangrados abundantes Ovarios poliquísticos Mioma	Menarquía	Inyecciones en la vagina Purga dada por las parteras Anticonceptivos Yoga para la mujer Círculos de mujeres Acupuntura	Hemorragia a partir de aborto espontáneo
Ana	Menarquía	Ovarios poliquísticos	Menarquía	Anticonceptivos Constelación familiar Baños vaginales Siembra de la sangre Grupo con mujer medicina	Aborto inducido en la adolescencia y luego experiencia con el feminismo en la universidad
Tatiana	Diagnóstico del Virus del Papiloma Humano (VPH)	VPH Células anormales en el cuello	Durante la ruptura de una relación amorosa	Anticonceptivos Cauterización de células	Diagnóstico del Virus del Papiloma Humano

Nombre	Punto de partida del relato	Padecimiento/diagnóstico	Contexto en el que emerge la enfermedad	Tecnologías terapéuticas practicadas (biomédicas y alternativas)	Experiencia nodal/punto de partida corporal
		uterino Quiste en ovario izquierdo Ovarios poliquísticos Miomias	y mientras estudiaba fuera del país	anormales en el cuello uteino Cirugía Ecografía Bendición del útero Huevo de obsidiana Siembra de la sangre	(VPH)

Bibliografía

- Abadía, César. 2004. "Políticas y sujetos del sida en Brasil y Colombia". *Revista Colombiana de Antropología*, 40: 123-154.
- Abadía, César Ernesto, Héctor Gabriel Navarrete, Adriana Gisela Martínez y María Yaneth Pinilla. 2006. "El alto riesgo: la crisis de la salud pública en el Instituto Materno Infantil en Bogotá". *Antípoda* 3: 199-226.
- Abadía, César, Andrés Góngora, Marco Melo y Claudia Platarrueda, eds. 2013. *Salud, normalización y capitalismo en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Centro de Estudios Sociales (CES), Grupo de Antropología Médica Crítica, Ediciones Abajo.
- Abadía, César, Andrés Góngora, Marco Melo y Claudia Platarrueda, eds. 2013. "Introducción general. Vida, hegemonía y praxis antropológica". En *Salud, normalización y capitalismo en Colombia*, 9-24. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Centro de Estudios Sociales (CES), Grupo de Antropología Médica Crítica, Ediciones Abajo.
- Álvarez, Ana y Gianfranco Cassiano. 2009. "Terapéutica a través de la obsidiana". *Dimensión antropológica* 16, 45: 99-129.
- Arboleda-Sarmiento, Juan Camilo y Roberto Suárez-Montañez. 2016. "Atención médica y diferencia cultural. Acceso a atención médica de mujeres musulmanas en Bogotá": *Rev. Gerenc. Polít. Salud* 15, 31: 30-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-31.amdc>
- Arango, Luz Gabriela. 2011. "El trabajo de cuidado: ¿servidumbre, profesión o ingeniería emocional?" En *El trabajo y la ética del cuidado* editado por Luz Gabriela Arango Gaviria y Pascal Molinier, 91-109. Medellín: La Carreta Editores.
- Baer, Hans, Merrill Singer e Ida Susser. 1994. *Medical Anthropology and the World System. A Critical Perspective*. Westport: Greenwood Publishing Group.

- Benavides, Fabián. 2016. *Entre la razón y la sinrazón: ¿Enfermedades mentales o males del alma?* Bogotá: Ediciones USTA.
- Beneduce, Roberto. 2006. "Enfermedad, persona y saberes de la curación. Entre la cultura y la historia". *An. Antrop.*, 40-1: 77-131.
- Berrío, Lina. 2017. "Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas". *Salud Colectiva* 13, 3: 471-487. doi: <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1137>
- Botero, Natalia, Daniela Polo y Laura Sinuco. 2015. "La lepra en Colombia: estigma, identidad y resistencia en los siglos XX y XXI". *Revista Salud Bosque* 5, 1: 67-80.
- Botteri, Ester y Jacqueline Bochar. 2019. "Saberes que conectan con el poder durante el parto: la partería tradicional en Morelos (México)". *Alteridades* 29, 57: 125-135. DOI: <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2019v29n57/botteri>
- Braidotti, Rosi. 2005. *Metamorfosis. Hacia una teoría materialista del devenir*. Madrid: Ediciones Akal.
- Buckley, Thomas. 1982. "Menstruation and the Power of Yurok Women: Methods in Cultural Reconstruction". *American Ethnologist* 9: 47-60.
- Canguilhem, Georges. 1971. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI Argentina Editores.
- Casado, Irina. 2016. "Itinerarios terapéuticos. Propuesta para la aplicabilidad en la etnografía". *Grafo Working Papers* 5: 1-30.
- Castro, Luis Carlos. 2008. "Tecnologías terapéuticas: sistemas de integración en la Regla de Ocha y el espiritismo bogotano". *Antípoda* 6: 133-151.
- Castro, Luis Carlos. 2010. *Narrativas sobre el cuerpo en el trance y la posesión: una mirada desde la santería cubana y el espiritismo en Bogotá*. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología, Centro de Estudios Socioculturales, Ediciones Uniandes.
- Chauvelot, Diane. 2001. *Historia de la Histeria: Sexo y violencia en lo inconsciente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cortés, Carolina, Carlos Alberto Uribe y Rafael Vásquez. 2005. "Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo". *Revista Colombiana de Psiquiatría* 34, 2: 190-219.
- Das, Veena. 2008. "La antropología del dolor". En *Sujetos del dolor, agentes de dignidad*, editado por Francisco Ortega, 409-436. Bogotá: Universidad Nacional de

- Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Instituto CES, Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.
- Del Monaco, Romina. 2014. "Emociones, géneros y moralidades: modos de padecer migraña en Buenos Aires, Argentina". *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 19: 121-142. DOI: <https://doi.org/10.7440/antipoda19.2014.06>
- Deleuze, Gilles. 2005. "Clase XVII. Elementos para una cartografía. Longitud y latitud de un cuerpo". En *Derrames entre el capitalismo y la esquizofrenia*, primera edición. Buenos Aires: Cactus.
- Douglas, Mary. 1973 [1966]. *Pureza y Peligro. Un Análisis de los Conceptos de Contaminación y Tabú*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- El-Kotni, Mounia y Alba Ramírez-Pérez. 2017. "Actas que reconocen, actas que vigilan. Las constancias de alumbramiento y el control de la partería en Chiapas". *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos* XV, 2: 96-109. DOI: <https://doi.org/10.29043/LIMINAR.V15I2.533>
- Epele, María. 2010. *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Esteban, Mari Luz. 2003. "El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud". *Cuadernos de psiquiatría comunitaria* 3, 1: 22-39.
- Esteban, Mari Luz. 2004a. *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Esteban, Mari Luz. 2004b. "Antropología encarnada. Antropología desde una misma". *Papeles del CEIC*, 12: 1-21.
- Esteban, Mari Luz. 2006. "El Estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista". En *Salud Colectiva* 2, 1: 9-20.
- Esteban, Mari Luz. 2008. "Etnografía, itinerarios corporales y cambio social: apuntes teóricos y metodológicos". En *La materialidad de la identidad*, coordinado por Miren Elixabete Imaz Martínez, 135-158. Donostia-San Sebastián: Hariadna editoriala.
- Estrada, John Harold, Adriana Gisela Martínez y César Ernesto Abadía. 2008. "Factores biosociales y percepciones de una vida con calidad: reto para la adherencia antirretroviral en pacientes con VIH". *Rev Fac Nac Salud Pública* 26, 2: 134-142.
- Farmer, Paul. 2003. *Pathologies of Power: Health, Human Rights and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press.

- Favret-Saada, Jeanne. 2013. "Ser afectado como medio de conocimiento en el trabajo antropológico". *Ava. Revista de Antropología* 23: 49-67.
- Federici, Silvia. 2013. "Sobre el trabajo afectivo." En *Revolución en punto cero: Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Fleischer, Soraya. 2006. "Pasando por comadrona, midwife y médico: el itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala". *Anthropologica* XXIV, 24: 51-75.
- Foucault, Michel. 1984. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo Veintiuno de España.
- Foucault, Michel. Sin fecha. *Sujeto y poder*. Escuela de Filosofía Universidad ARCIS. Edición electrónica de www.philosophia.cl
- Frazer, James George. 2006 [1890]. *La rama dorada. Magia y religión*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Garay, Gloria y Carlos Pinzón. 1999. "Salud y subjetividad urbana". En *Cuerpo, diferencias y desigualdades*, compilado por Gloria Garay y Mara Viveros, 54-82. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - Facultad de Ciencias Humanas.
- García, María Guadalupe. 2017. "De políticas globales e itinerarios de atención: etnografía de la prevención de la transmisión perinatal del VIH en un hospital público de Buenos Aires". *Revista Colombiana de Antropología* 53, 2: 63-84.
- García, Sara e Hilda Argüello. 2013. "Historias padecidas: narrativa y antropología médica". En *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*, coordinado por Oriol Romaní, 161-188. Tarragona: Publicacions URV.
- Garzón, Omar. 2018. "Medicina tradicional, alternativa y terapias no convencionales en el mercado terapéutico urbano". Tesis de Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales, Centro de Estudios Sociales (CES), Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Giberti, Eva. 1996. "Mujer, enfermedad y violencia en medicina". *Otras palabras... "Mujeres, salud y sociedad"* 1: 9-26.
- Godard, Francis. 1996. "El debate y la práctica sobre el uso de las historias de vida en las ciencias sociales". En *Uso de las historias de vida en las ciencias sociales*, Francis Godard y Robert Cabanes, 5-55. Bogotá: Cuadernos del Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social CIDS, serie II (1), Universidad Externado de Colombia.

- Goldberg, Alejandro. 2014. "Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires". *Cuadernos de Antropología Social* 39: 91-114. DOI: <https://doi.org/10.34096/cas.i39.1287>
- Gómez-Cardona, Liliana. 2021. "Recibir y donar sangre: ¿entre la solidaridad, la generación de lazos sociales y la cosificación? Las paradojas de la transfusión en un contexto clínico pluricultural". *Maguaré* 35, 1: 17-50. DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v35n1.96662>.
- Góngora, Andrés y Claudia Platarrueda. 2013. "Introducción". En *Salud, normalización y capitalismo en Colombia*, editado por César Abadía, Andrés Góngora, Marco Melo y Claudia Platarrueda, 29-32. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Centro de Estudios Sociales (CES), Grupo de Antropología Médica Crítica, Ediciones Abajo.
- Good, Byron. 1994. *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Gray, Miranda. 2010. *Luna roja*. Madrid: Gaia Ediciones.
- Guillo, Miren. 2013. "La incorporación de la investigación: políticas de la menstruación y cuerpos (re)productivos". *Nómadas*, 39: 233-245.
- Haraway, Donna. 1995. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Héritier, Françoise. 2007. *Masculino/femenino. Disolver la jerarquía*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Herrera, Tatiana. 2021. "Encuentros entre la antropología médica y la perspectiva de género en Latinoamérica, 2009-2019". *Maguaré* 35, 1: 87-126. DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v35n1.96665>
- Jodorowsky, Alejandro. 2007. *Psicomagia*. Madrid: Ediciones Siruela.
- Kleinman, Arthur. 1988. *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. United States: Basic Books.
- Kleinman, Arthur y Peter Benson. 2004. "La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina". *Monografías Humanitas* 2: 17-26.
- Kleinman, Arthur, Paul Brodwin, Byron Good y Mary-Jo Del Vecchio Good. 1992. "Pain as Human Experience. An Introduction". En *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*, editado por Mary-Jo Del Vecchio Good, Paul

- Brodwin, Byron Good y Arthur Kleinman. Berkeley, Los Angeles, Oxford: University of California Press.
- Knight, Chris. 1991. *Blood Relations: Menstruation and the Origins of Culture*. New Haven: Yale University Press.
- Lamas, Marta. 1994. "Cuerpo: diferencia sexual y género". *Debate Feminista* 10. [https://doi.org/https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.1994.10.1792](https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.1994.10.1792)
- Lamas, Marta. 2000. "Diferencias de sexo, género y diferencia sexual". *Cuicuilco* 7, 18: 1-24.
- Laqueur, Thomas. 1994. "El sexo biológico" y "La aporía de la biología". En *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra.
- Latour, Bruno. 2004. "How to Talk About the Body? The Normative Dimension of Science Studies". *Body & Society* 10 (2-3): 205-229.
- Le Breton, David. 1999. *Antropología del dolor*. Traducido por Daniel Alcoba. Barcelona: Editorial Seix Barral, S.A.
- Lemos, Maríantonía, Diego Restrepo y Camila Richard. 2008. "Revisión crítica del concepto "psicosomático" a la luz del dualismo mente-cuerpo". *Pensamiento Psicológico* 4, 10: 137-147.
- Lévi-Strauss, Claude. 1995. *Antropología estructural*. Barcelona: Ediciones Paidós, S.A.
- Lock, Margaret y Shirley Lindenbaum, eds. 1993. *The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: University of California Press.
- Lock, Margaret y Vinh-Kim Nguyen. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Lupton, Deborah. 2012. *La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Martin, Emily. 2001. "Medical Metaphors of Women's Bodies: Menstruation and Menopause". En *The Woman in the Body: a Cultural Analysis of Reproduction*. United States of America: Beacon Press Books.
- Martínez, Pablo Andrés. 2006. "Colonización y VIH/Sida: una narrativa de malestar de la amazonía colombiana". *Antípoda* 3: 179-198.
- Martínez Medina, Santiago. 2008. "Poder, conocimiento y creencia: por los caminos de la ruda en la Localidad Séptima de Bogotá, Colombia". *Antípoda* 6: 153-170.

- Martínez Medina, Santiago. 2016a. "Hacer arteria carótida en el laboratorio de anatomía. Práctica y materialidad en una asignatura de la carrera de Medicina". *Revista Colombiana de Sociología* 39, 2: 31-47.
- Martínez Medina, Santiago. 2016b. "Sobre el cuajo y el descuajo, materialidad elusiva, manos de sobandera y traducción". *Nueva Revista Colombiana del Folclor* 8: 75-87.
- Martínez Medina, Santiago. 2021. *Anatomización. Una disección etnográfica de los cuerpos*. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología, Ediciones Uniandes.
- Martínez Medina, Santiago y Julia Alejandra Morales Fontanilla. 2015. "Entre muertos y especímenes: hacer cadáveres, anatomía y medicina legal en el laboratorio". *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia* 30, 50: 127-147.
- Mauss, Marcel. 2006. *Manual de etnografía*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Mauss, Marcel. 1979 [1934]. *Sociología y antropología*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Mendoza, Viaani Coral. 2021. "Sumisas, agradecidas y obedientes. Representaciones sociales del personal de salud sobre las usuarias de ginecobstetricia de un hospital público en México". *Maguaré* 35, 1: 179-208. DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v35n1.96670>.
- Menéndez, Eduardo. 1983. *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Cuadernos de la Casa Chata.
- Menéndez, Eduardo. 1990. *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: Alianza.
- Menéndez, Eduardo. 2005. "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos". *Revista de Antropología Social* 14: 33-69. <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0505110033A>
- Mol, Annemarie. 2021 [2003]. *El cuerpo múltiple. Ontología en la práctica médica*. Bogotá: Universidad de los Andes, Ediciones Uniandes; Popayán: Universidad del Cauca, Editorial Universidad del Cauca.
- Moore, Henrietta. 1999. *Antropología y feminismo: historia de una relación*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Moreno-Altamirano, Laura. 2007. "Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica". *Salud pública de México* 49, 1: 63-70.

- Olarte-Sierra, María Fernanda, Roberto Suárez y María Alejandra Rubio. 2018. "Brigadas de salud en cardiología pediátrica: del triaje médico al triaje social". *Salud colectiva* 14, 3: 531-544.
- Ortiz Romero, Juliette. 2020. *De sufrimiento y alivio: los significados elaborados por las usuarias de Oriéntame sobre sus abortos inducidos en el segundo trimestre de gestación*. Tesis de Maestría en Antropología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Pedraza, Zandra. 2006. "Movimiento y estética para estilos de vida saludable". *Revista Médica de Risaralda* 12, 1: 50-55.
- Pedraza, Zandra. 2007a. "Saber emocional y estética de sí mismo: la perspectiva de la medicina floral". *Anthropologica*, Año XXV, 25: 5-30.
- Pedraza, Zandra. 2007b. *Políticas y estéticas del cuerpo en América Latina*. Bogotá: CESO-Ediciones Uniandes.
- Pedraza, Zandra. 2007c. "Afectos, trabajo corporal y biopolítica". En *¿Uno solo o varios mundos? Diferencia, subjetividad y conocimientos en las ciencias sociales contemporáneas*, editado por Mónica Zuleta, Humberto Cubides y Manuel Roberto Escobar, 185-191. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Perdiguero, Enrique. 2010. "A propósito de las medicinas alternativas y complementarias: sobre el pluralismo asistencial". En *Antropología y enfermería. Campos de encuentro*, editado por María Antonia Martorell, Josep Comelles y Mariola Bernal, 278-300. Tarragona: URV.
- Perdiguero, Enrique y Beatriz Tosal. 2007. "Las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres. Importancia en nuestro contexto". *Feminismo/s*, 10: 145-162.
- Perdomo, Juan Camilo. 2019. "Agencias, mundos y ontologías como escenarios de problematización de la antropología contemporánea". *Maguaré* 33, 2: 25-68. DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v33n2.86196>.
- Pinto, Manuel y Paola Ruiz-Díaz. 2012. "Integración de la medicina alternativa en los servicios de salud de Colombia". *Aquichan Norteamérica* 12, 2: DOI: 10.5294/aqui.2012.12.2.8
- Pinzón, Roberto y Rosa Suárez. 1992. *Las mujeres lechuza. Historia, cuerpo y brujería en Boyacá*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología (ICAN) y CEREC.

- Platarrueda, Claudia Patricia. 2008. "Contagio, curación y eficacia terapéutica: disensos entre el conocimiento biomédico y el conocimiento vivencial de lepra en Colombia". *Antípoda* 6: 171-195.
- Pozzio, María. 2014. "El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada': feminización y experiencias de las mujeres en la ginecobstetricia en México". *Salud Colectiva* 10, 3: 325-337. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2014.396>
- Pozzio, María Raquel. 2016. "La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica". *Revista Estudios Feministas* 24, 1: 101-117. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- Power, Camilla. 2018. "Menstruation, Biosocial Perspectives on". *The International Encyclopedia of Anthropology*, editada por Hilary Callan. JohnWiley & Sons, Ltd.
- Puerta, Claudia. 2004. "Roles y estrategias de los gobiernos indígenas en el sistema de salud colombiano". *Revista Colombiana de Antropología* 40: 85-121.
- Ramírez, Susana. 2009. "La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí". *Salud Colectiva* 5, 1: 63-85.
- Rosas, Diana. 2019. "Menstruación, epistemología y etnografía amazónica". *Maguaré* 33, 1: 75-107. DOI: 10.15446/mag.v33n1.82407
- Rose, Nikolas. 2012. *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: UNIPE: Editorial Universitaria.
- Rubin, Gaylr. 1996. "El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo". En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, compilado por Marta Lamas, 35-96. México: PUEG.
- Scott, Joan. 1996. "El género: Una categoría útil para el análisis histórico". En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, compilado por Marta Lamas, 265-302. México: PUEG.
- Sepúlveda, Rodrigo. 2008. "Vivir las ideas, vivir la vida': adversidad, suicidio y flexibilidad en el ethos de los emberá y wounaan de Riosucio, Chocó". *Antípoda* 6: 245-269.
- Serrano, Ana Silvia. 2007. *Osiris, el Huevo de Obsidiana*. Buenos Aires: Ediciones Continente.
- Singer, Merrill y Hans Baer. 1995. *Critical Medical Anthropology*. Amityville: Baywood Publishing Company, Inc.
- Spinoza, Baruch. 2019 [1677]. *Ética*. Madrid: Alianza Editorial.

- Stolcke, Verena. 2010. "Prólogo. Antropología médica: ¿biología y/o cultura?". En *Antropología, género, salud y atención*, editado por Mari Luz Esteban, Josep Comelles y Carmen Díez, 9-22. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Strathern, Marilyn. 1988. *The Gender of the Gift. Problems with Women and Problems with Society in Melanesia*. Los Angeles: University of California Press.
- Suárez, Roberto, comp. 2001. *Reflexiones en salud: una aproximación desde la Antropología*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Suárez, Roberto y Ana María Forero. 2002. *Itinerarios terapéuticos de los devotos al Divino Niño del 20 de Julio: entre las fisuras de las narrativas expertas en salud*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Suárez, Roberto, Catalina González Uribe y Juan Manuel Viatela. 2004. "Dengue, políticas públicas y realidad sociocultural: una aproximación al caso colombiano". *Revista Colombiana de Antropología* 40: 185-212.
- Suárez, Roberto, Carolina Wiesner, Catalina González, Claudia Cortés y Alberto Shinchí. 2004. "Antropología del cáncer e investigación aplicada en salud pública". *Revista de Estudios Sociales*, 17: 42-55.
- Suárez, Roberto, Elsa María Beltrán y Tatiana Sánchez. 2006. "El sentido del riesgo en la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles". *Antípoda* 3: 123-154.
- Suárez, Roberto, Natalia Niño, Rodrigo Sepúlveda y Juan Fernando Vesga. 2008. "Contextos socioculturales de riesgo para contraer VIH en Cartagena". *Antípoda* 6: 313-330.
- Tovar, Patricia. 2004a. "El cuerpo subordinado y politizado: reflexión crítica sobre género y antropología médica". *Revista Colombiana de Antropología* 40: 253-282.
- Tovar, Patricia. 2004b. "De historias, histerias e histerectomías: la construcción de los discursos médicos y los imaginarios sobre la reproducción femenina". En *Memorias seminario-taller: hacia una agenda sobre sexualidad y derechos humanos en Colombia*, coordinado por Mara Viveros, 35-61. Grupo de estudios en género, salud y sexualidad en América Latina (GESSAM), CES-Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Turner, Victor. 1969 [1964]. *La Selva de los Símbolos. Aspectos del Ritual Ndembú*. Madrid: Siglo XXI.

- Uribe, Carlos Alberto. 1999. "Narración, mito y enfermedad mental: hacia una psiquiatría cultural". *Revista Colombiana de Psiquiatría* 28, 3: 219-238.
- Uribe, Carlos Alberto y Rafael Vásquez. 2007. "Factores culturales en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: habla la mamá". *Revista Colombiana de Psiquiatría* 36, 2: 255-291.
- Uribe, Carlos Alberto, Rafael Vázquez Rojas, Santiago Martínez Medina y Carolina Castro. 2006. "Virginidad, anorexia y brujería. El caso de la pequeña Ismenia". *Antípoda* 3: 51-90.
- Vega, Rosalynn. 2017. "I(nter)dentificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México". *Salud Colectiva* 13, 3: 489-505. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1114>
- Viveros, Mara. 1995. "Saberes y dolores secretos. Mujeres, salud e identidad". En *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*, compilado por Luz Gabriela Arango, Magdalena León y Mará Viveros, 149-167. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Viveros, Mara y Marta Zambrano. 2011. "La diferencia: un concepto problemático para la antropología y el feminismo". En *El género: un categoría útil para las ciencias sociales*, editado por Luz Gabriela Arango y Mara Viveros, 143-179. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Estudios de Género.
- Womack, Mari. 2010. *The anthropology of health and healing*. United Kingdom: AltaMira Press.
- Zambrano, Marta y Margarita Durán. 2020. "Devenires laborales, historia reciente y jerarquías de género en la antropología profesional en Colombia". *Revista Feminismos* 8, 3: 51-74.

Entrevistas

- Entrevista 1. Camila. 17 de marzo de 2017. En un café en el centro comercial Andino en Bogotá. 58 minutos. Grabación de audio digital y notas de campo.
- Entrevista 2. Claudia. 21 de abril de 2017. En la casa de sus suegros en el barrio Rafael Núñez en Bogotá. 1 hora y 13 minutos. Grabación de audio digital y notas de campo.

Entrevista 3. Rocío. 21 de abril de 2017. En una café en el barrio El Polo en Bogotá. 46 minutos. Grabación de audio digital y notas de campo.

Entrevista 4. Mariana. 30 de agosto de 2017. En su casa en el barrio Bosa La Estación en Bogotá. 2 horas. Grabación de audio digital.

Entrevista 5. Patricia. 8 de septiembre de 2017. En su casa en el barrio Cataluña en Bogotá. 1 hora y 6 minutos. Grabación de audio digital y notas de campo.

Entrevista 6. Ana. 28 de febrero de 2020. En un café en el barrio Teusaquillo en Bogotá. 1 hora y 27 minutos y notas de campo.

Diarios de campo

Diario de campo 1. Encuentro con Consuelo. 21 de febrero de 2017.

Diario de campo 2. Observación participante en bendición del útero grupal. 12 de marzo de 2017.

Diario de campo 5. Entrevista con Rocío. 21 de abril de 2017.

Diario de campo 6. Entrevista exploratorio con Isabela. 28 de abril de 2017.

Diario de campo 7. Observación no participante en bendición del útero grupal. 7 de agosto de 2017.

Diario de campo 9. Observación participante en bendición mundial del útero grupal. 9 de febrero de 2020.

Diario de campo 10. Taller virtual para aprender a usar el huevo de obsidiana. 27 de septiembre de 2020.

Diario de campo 11a. Autoetnografía del huevo de obsidiana. 1 de octubre de 2020.

Diario de campo 11b. Autoetnografía del huevo de obsidiana. 2 de octubre de 2020.