



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

---

---

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**Representaciones sociales del cáncer de  
estómago construidas por una Ingeniero  
Biomédico a partir de su experiencia**

TRABAJO TERMINAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO  
DE: LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

Bacho Ramos Luz Dalila

Pineda Guzmán Antonio

Rivera Vicencio Yessica Paola

ASESORES:

Mtro. Ortiz Tepale Armando

LECTORES:

Mtra. Quinteros Sciurano Graciela Beatriz

# Índice

<b>Resumen</b>	2
<b>Abstract</b>	2
<b>1. Introducción</b>	3
<b>2. Planteamiento del problema</b>	12
<b>2.1 Pregunta de investigación</b>	14
<b>2.2 Objetivo general</b>	14
<b>2.3 Objetivos específicos</b>	14
<b>2.4 Justificación</b>	14
<b>4. Estado de la cuestión</b>	16
<b>4.1 Cáncer</b>	16
<b>4.1.1 Cáncer de estómago</b>	17
<b>4.1.2 Epidemiología y Sistemas de Salud en México</b>	23
<b>4.1.3 Dispositivo médico</b>	33
<b>4.2 Modelos de intervención psicosocial</b>	47
<b>4.2.1 Apoyo Social</b>	48
<b>4.2.2 Estilos y estrategias de afrontamiento</b>	54
<b>4.2.3 Dispositivo de la felicidad</b>	63
<b>4.3 Teoría de las Representaciones Sociales</b>	77
<b>4.3.1 La representación y el sentido común</b>	78
<b>4.3.2 Orientaciones teóricas de las representaciones sociales</b>	91
<b>4.3.3 El sujeto y la emoción en la representación social</b>	96
<b>5. Metodología</b>	101
<b>5.1 Investigación cualitativa</b>	102
<b>5.2 Estudio de caso</b>	104
<b>5.4 Entrevista cualitativa y entrevista en profundidad</b>	108
<b>5.5 Análisis y la codificación</b>	112
<b>5.6 Propuesta metodológica</b>	114
<b>6. Análisis de material empírico</b>	117
<b>6.1 Fases en el proceso diagnóstico</b>	117
<b>6.1.1 Aproximación al diagnóstico</b>	118
<b>6.1.2 Obediencia ante el diagnóstico</b>	125
<b>6.1.3 Shock emocional tras el diagnóstico</b>	136
<b>6.2 Los pilares de atención</b>	143

6.2.1	Ángeles 24/7	144
6.2.2	Mi 911	150
6.2.3	El pilar de todo	156
6.3	El opio de la felicidad	166
6.3.1	De aries a cáncer	167
6.3.2	Ocuparse lejos de preocuparse	172
6.3.4	Canalizar el sufrimiento	177
7.	Reflexiones finales	183
7.1	Representaciones sociales	183
7.2	Recomendaciones frente al cáncer	189
7.3	Dispositivo metodológico	190
7.3	Otras líneas de investigación	193
8.	Referencias bibliográficas	195
9.	Anexos	216
	Transcripción Primera Entrevista	216
	Transcripción Segunda Entrevista	228
	Transcripción Tercera Entrevista	242
	Transcripción Cuarta Entrevista	248
	Transcripción Quinta entrevista	263
	Transcripción Sexta entrevista	277
	Transcripción Séptima entrevista	292

## **Resumen**

Este proyecto es producto de una investigación sobre las representaciones sociales construidas por una Ingeniero Biomédico a partir de su experiencia al transitar por un cáncer de estómago. Primero, mostramos una revisión conceptual desde la perspectiva biomédica sobre los conocimientos que legitiman y sustentan la manera de interpretar e intervenir frente al cáncer de estómago. Después, exploramos algunas intervenciones psicosociales alternativas que persiguen la adaptación del sujeto a la enfermedad. Luego, describimos los planteamientos básicos de la teoría de las representaciones sociales. Posteriormente, explicamos la pertinencia de construir una mirada y escucha teórica, así como el uso de la entrevista en profundidad como dispositivo de intervención para recuperar la información que posibilitó la construcción de categorías de análisis. Por último, presentamos la manera en la que una Ingeniero Biomédico traduce en su discurso las representaciones sociales alrededor del cáncer de estómago a partir de su experiencia.

**Palabras clave:** *Cáncer, dispositivo médico, instituciones de salud pública, representaciones sociales, resiliencia.*

## **Abstract**

This project is the product of an investigation into the social representations built by a Biomedical Engineer based on her experience of going through stomach cancer. First, we show a conceptual review from the biomedical perspective on the knowledge that legitimizes and supports the way of interpreting and intervening against stomach cancer. Then, we explore some alternative psychosocial interventions that pursue the adaptation of the subject to the disease. Later we describe the basic approaches of the theory of social representations. Subsequently, we explain the relevance of building a theoretical seeing and listening, as well as the use of the in-depth interview as an intervention device to retrieve the information that made it possible to build analysis categories. Finally, we present the way in which a Biomedical Engineer translates into her discourse the social representations around stomach cancer based on her experience.

**Keywords:** *Cancer, medical device, public health institutions, social representations, resilience.*

## 1. Introducción

El cáncer se ha convertido en símbolo de mortalidad y condena por la cantidad de decesos que produce al año. A manera de ilustración, en 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) documentó casi 10 millones de muertes en el mundo por complicaciones derivadas del cáncer. Respecto al cáncer de estómago se documentaron en el mismo texto 769 mil muertes. En México identificamos que en el 2015 se registraron 2,205 muertes por cáncer en el estómago (Zurita *et al*, 2017: 3), mientras que para el 2020, los datos del Global Cancer Observatory mostraron que el número de muertes ascendió a 6,735 muertes. La tasa de incidencia es un tanto más elevada que la de mortalidad, a saber, en México se registraron en 2020 8,804 casos, cifra considerada de preocupación por las complicaciones que supone el cáncer al curso de vida de las personas (*Global Cancer Observatory*, 2020).

Por otro lado, el cáncer, una irregularidad celular caracterizada por la reproducción desmesurada de células cancerígenas, es detectado por medio de exámenes y pruebas médicas para finalmente ser compartido en forma de diagnóstico médico. Es precisamente, a razón de ser considerado un diagnóstico de una enfermedad que altera el funcionamiento del cuerpo y del órgano en donde se desarrolla la masa tumoral cancerígena, que se ha justificado que su tratamiento y abordaje debe ser de índole biomédica.

No obstante, en la década de los setenta en el siglo pasado se estableció un episodio decisivo en *el campo* de las ciencias sociales por la creación y construcción teórica-metodológica de nuevos enfoques para el estudio y abordaje de los procesos de salud y enfermedad, así como la aplicación y puesta en operación de este nuevo conocimiento formulado. El *campo* es para Bourdieu un espacio estructurado de fuerzas y luchas sociales entre agentes o instituciones (2008: 299), cuya finalidad es obtener el dominio y monopolio de un tipo de *capital* eficiente –esto es un conjunto de conocimientos distribuido desigualmente de forma estratégica– que, en caso de poseerlo, impone a un grupo de personas aquello que lo define y configura con la finalidad de mantener su posición u obtener mayor beneficio de ella.

Lo anterior equivale a decir que las ciencias sociales empezaron a ganar posición ante el imperio del campo biomédico. Castro (2010: 19), recupera de Menéndez el

concepto de *Modelo Médico Hegemónico* planteado en vísperas de los ochenta, cuya construcción teórica tiene por objetivo dar cuenta del privilegio de la mirada biomédica, biológica, individual, ahistórica, asocial, mercantilista y pragmática sobre la enfermedad. Es decir, una mirada sobre el individuo, para el individuo, en función del individuo, pero no con el individuo.

Al mismo tiempo, en esta década se comenzó a dar cuenta del interés académico y profesional por desarrollar modelos de abordaje interdisciplinarios para dar solución a problemáticas sociales que no alcanzaban a ser cubiertas por abordajes monodisciplinarios, como lo es el caso de la salud y enfermedad (Berger, 1979). De modo tal que surgió en la misma década, en Estados Unidos, la psicooncología, entendida como la interdisciplina que integra el modelo biomédico y el psicosocial, cuyo objetivo es el cuidado integral del paciente con cáncer, de su familia y del equipo interdisciplinario (Almanza y Holland, 2000: 196). Sin embargo, su foco de estudio se centró en los procesos de adaptación a la enfermedad en dos direcciones: una dirigida a brindar herramientas a la persona para enfrentar la enfermedad y otra orientada al desarrollo de espacios que disminuyan la posibilidad de enfrentar un evento estresor, un aspecto inherente al tránsito por una enfermedad (Martínez, 2008) y, más aún, una como el cáncer cuya asociación directa es el pensamiento de morir con sufrimiento y en periodos de tiempo cortos (Castaño y Palacios, 2013).

En México la Medicina Social, la Antropología Médica y la Sociología Médica surgieron desde los marcos de las ciencias sociales para voltear la mirada ya no sobre los cuerpos o los órganos que atraviesan por un proceso de salud y enfermedad, sino sobre la experiencia subjetiva y los significados que la acompañan de las personas que lo cursan (Bronfman y Castro, 1999; Castro, 2010). Algo semejante sucede con la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) iniciada por Serge Moscovici ([1961] 1979) desde la psicología social, particularmente con los estudios de Claudine Herzlich, socióloga francesa pionera en precipitar dicha teoría al margen de la enfermedad, con la finalidad de comprender la manera en la que las personas construyen conocimiento o interpretan fenómenos de su realidad y, en consecuencia, la manera en la que guían sus conductas y pensamientos con base en dicha interpretación.

En torno a la enfermedad y al cáncer propiamente dicho se han construido diversas representaciones sociales que, de acuerdo con Jodelet (1986), le permiten a la persona

explicar, significar, ajustarse y asimilar, en este estudio en particular, el cáncer de estómago con base en constructos socio cognitivos construidos, difundidos y compartidos por un colectivo. Le permiten también familiarizarse con lo desconocido y angustiante a través de nociones culturalmente habitables sobre la enfermedad (Herzlich y Pierret, 2005), o bien, a partir de conocimientos populares compartidos sobre el cáncer.

Hay que mencionar también que se han desarrollado estudios desde el marco de las representaciones sociales sobre la enfermedad de manera general, de entre los cuales destacan aquellos encauzados a explicar la manera en la que una enfermedad crónica, como el sida, se generaliza en el pensamiento de sentido común, un tipo de pensamiento propio de los legos, a partir de la difusión de información hemerográfica (Herzlich y Pierret, 2005), la manera en la que la difusión de estos contenidos y las construcciones históricas dan cuenta de la apropiación de las conductas del *paciente enfermo* (Herzlich y Pierret, 1985), y sus consecuencias inmediatas cuando se estudian al margen de una sociedad que privilegia la productividad y la competitividad (Herzlich, 1973, citada por Castro, 2000). En relación con los estudios dedicados al cáncer se hallaron algunos de las representaciones sociales construidas del cáncer de manera general y sus tratamientos convencionales (Sontag, 2008; Nacar *et al.*, 2012, Castaño y Palacios, 2013), y sobre los tratamientos alternativos (Palacios, 2013). En realidad, estudios que sigan esta línea de abordaje, desde la TRS, específicamente sobre el cáncer de estómago –y en general sobre locaciones particulares– son escasos, razón por la cual incursionamos desde esta teoría propia de la psicología social para comprender los significados construidos a partir de la experiencia del transitar por este tipo de cáncer.

Para aproximarnos a la comprensión de dichos significados fue necesario construir un dispositivo de intervención que privilegió la mirada y la escucha atenta y que, para lo cual, se propuso el uso la entrevista cualitativa y en profundidad para la recolección de información, pues esta nos permitió sondear en las respuestas brindadas por la interlocutora clave en función de un conocimiento mayor sobre su experiencia. Este dispositivo fue pensado para ser reportado a través del estudio de caso, una herramienta que permite profundizar e indagar sobre un caso en particular y que se destaca por su singularidad y potencial de aprendizaje.

Será preciso mencionar, a propósito de la singularidad del caso, que la interlocutora en cuestión es una mujer de 33 años de edad, egresada como Ingeniero

Biomédico por el Instituto Politécnico Nacional (IPN), quien actualmente se encuentra laborando para las Fuerzas Armadas de México en el ramo marítimo, es decir, es parte del personal sanitario de la Marina en un Centro Médico Naval ubicado en la ciudad de México. Aunado a ello, a la interlocutora se le detectó cáncer en el estómago en etapa I<sup>1</sup>, producto de una metástasis –el desplazamiento del tumor inicial a un órgano cercano– derivado de un embarazo de alto riesgo diagnosticado como Acretismo Placentario, este último considerado un padecimiento poco frecuente que se presenta durante la etapa de gestación y que tiene por consecuencias sangrados abundantes que ponen en riesgo la vida de la mujer y el hijo (Ávila *et al.*, 2016). Desde la fecha en la que se le fue diagnosticado han pasado dos años y no ha avanzado o evolucionado como para ser considerado este en otra etapa; aunque sí presentó hace unos meses una complicación hasta este momento en tratamiento.

Todavía cabe señalar que, al ser parte de la plantilla laboral de Marina, es atendida con el servicio médico naval en la misma institución donde labora y por los médicos con los que trabaja, es decir, quienes le brindan la atención médica son sus mismos colegas de trabajo, de modo tal que presumiblemente ha configurado vínculos estrechos con ellos. Cosa parecida sucede con su familia, una red de apoyo que le brinda atención en el hogar y le ayuda, hasta donde la interlocutora lo permite, con algunas de sus actividades cotidianas.

Otro rasgo a destacar es que este estudio surgió de una serie de replanteamientos desde su gestación. Un primer acercamiento a este estudio comprendía hacer una revisión sobre los significados acuñados por personas con cáncer, sin especificar la etapa de este, respecto a la *asistencia a morir*, una práctica médica que busca terminar con la vida de la persona cuando esta sea percibida como deplorable, y con especial énfasis en la eutanasia y el suicidio medicamente asistido, nociones referentes, respectivamente, a morir por medio de la práctica de un tercero –generalmente un médico–, o morir por medio de la práctica realizada por la misma persona con cáncer o algún representante de este. Esto con el tácito objetivo de aportar conocimiento a los estudios sobre la pertinencia de la muerte asistida cuando se cursa por una enfermedad crónica, como el cáncer, apelando a

---

<sup>1</sup> Las etapas del cáncer se valoran a partir de su nivel de profundidad alcanzado en el órgano comprometido y tomando en cuenta si la masa tumoral cancerígena se ha desplazado a otros órganos del cuerpo, siendo la etapa I la inicial y la IV la más avanzada (American Cancer Society, 2017).



la ausencia de calidad de vida: una evaluación subjetiva realizada por la persona con relación a sus condiciones de vida (Riveros, *et al.*, 2009: 1).

Durante la búsqueda de material bibliográfico apegado a este objeto de estudio, se identificó que en 2019 un diputado del partido Movimiento de Renovación Nacional (MORENA) realizó una propuesta al Congreso de la Ciudad de México solicitando la adición de un párrafo al Artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de derecho a la muerte digna: “toda persona tiene derecho a una vida digna y en consecuencia a una muerte digna. La ley establecerá las normas para regular el reconocimiento de la segunda”. Dicha propuesta fue rechazada por el Congreso y destacable resultó el dar cuenta de que en años precedentes se hicieron intentos similares que de igual modo fueron rechazados.

Lo anterior llevó a considerar que el debate en torno a la muerte asistida seguía en curso, aunque prescindiendo de la experiencia de las personas que atraviesan por una enfermedad crónica aún estando en vida. De modo tal que se planteó desarrollar un dispositivo de intervención que comprendiera brindar un espacio de escucha atenta y la difusión de información psicoeducativa para reorientar los significados acuñados al cáncer, todo esto en función de establecer las condiciones de posibilidad que redujeran y, en medida de lo posible, ralentizaran la evolución de la enfermedad, al menos con base en ciertos planteamientos teóricos sobre los cuales ahondaremos en esta misma investigación que defienden la idea muy bien fundada de que ante la exposición de la persona a menos eventos estresores esta tendrá mayores beneficios a la salud.

No obstante, durante la búsqueda de interlocutores clave, nos encontramos con la coparticipante de este estudio, a quien llamaremos Ada, quien por las características peculiares y singulares de su caso captó nuestra atención y decidimos, en un primer momento, desvelar aquellos recursos resilientes que le permitieron desarrollar de manera estacionaria un estilo de afrontamiento optimista ante un cáncer de estómago; aunque, a raíz de la orientación del asesor de este trabajo, se comprendió que la propuesta teórica, la TRS, contempla únicamente como *un* elemento de la representación social a los recursos resilientes, por lo que se amplió el panorama y se integraron así las representaciones sociales construidas por la interlocutora en torno a la enfermedad, sus relaciones interpersonales y su relación consigo misma a partir de su experiencia de atravesar por un cáncer de estómago y la manera en la que se traducen estas en su discurso.

De modo tal que se privilegia la experiencia y los significados de su proceso de salud y enfermedad.

Por otro lado, el presente documento se encuentra estructurado en varias partes. Una primera parte hace una exposición del planteamiento del problema, la pregunta y los objetivos de investigación, así como la justificación y pertinencia de un estudio sobre el cáncer de estómago desde la perspectiva de la TRS.

El siguiente apartado, el Estado de la Cuestión, está dividido en tres grandes apartados que comprenden, a su vez, sus propios subapartados. El primero integra los conocimientos construidos alrededor y desde los cuales se interpreta y fundamentan las intervenciones al cáncer de estómago desde la perspectiva biomédica. Se presenta la definición del cáncer, los métodos y etapas de detección, los tratamientos con los cuales se les atiende y las causas por las cuales se desarrolla. Aunado a ello, se brinda un panorama general de los índices de incidencia y mortalidad que el cáncer de estómago presenta a nivel mundial y nacional, así como las condiciones en las que se encuentran las instituciones de salud pública en México. Dicho en otras palabras, se explora la demanda de la población y la oferta institucional frente a la también denominada neoplasia gástrica. Finalmente, se hace una revisión teórico-crítica ante la hegemonía de los dispositivos de poder medicalizante, estos últimos son formaciones de conocimientos, prácticas y enseñanzas institucionalizadas y legitimadas de carácter biomédico que son impuestas a la población, generando de tal manera formas de subjetividad particulares (Foucault, 1991; 2001). Se explica lo que es un dispositivo de poder médico, así como los elementos que lo configuran y mantienen en su posición dominante, definiciones sobre la salud, la enfermedad y sus subrogados (sano-enfermo, normal-anormal) desde este marco interpretativo y sus efectos, no siempre definitivos, sobre la subjetividad de las personas.

El siguiente apartado comprende los estudios con abordaje desde el enfoque psicosocial, cuyos constructos teórico-metodológicos son utilizados con mayor frecuencia en los procesos de salud-enfermedad. Esto con la finalidad de ayudar a las personas con diagnóstico médico de cáncer y a sus familias a adaptarse a la nueva condición de vida a transitar, así como también a los profesionales de salud que brindan atención en equipos interdisciplinarios. Estos estudios suelen fundamentarse en los postulados de la resiliencia y los recursos resilientes, entendiendo por la primera, en su concepción más aceptada, la capacidad del ser humano de sobreponerse a la adversidad y

salir fortalecido de ella (Grotberg, 2002), mientras los segundos son definidos como aquellos atributos del individuo y los de su ambiente familiar, social y cultural utilizados para superar la adversidad de forma constructiva (Espinoza *et al.*, 2017: 138). Las observaciones anteriores se relacionan con la formación o mantenimiento de *apoyos sociales* –relaciones sociales e institucionales que brindan asistencia a una persona, en este caso, con cáncer (Durá y Garcés, 1991)– así como con las *estrategias de afrontamiento* –aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a resolver o minimizar el impacto producido por un evento estresor– y los *estilos de afrontamiento* –aquella disposición o actitud estable y estacionaria asumida por una persona frente a un evento estresor (Contreras, *et al.*, 2007). No obstante, al final de este mismo apartado se hace una revisión crítica a los planteamientos anteriores por equiparar la adaptación a la eliminación de lo displacentero o desagradable como lo es el dolor y el sufrimiento (Han, 2021), ambas manifestaciones inherentes a un proceso de salud-enfermedad, por lo que se integran abordajes desde la tanatología para integrar a los dos últimos en los procesos de adaptación a la enfermedad (Kübler-Ross, 1993; Kübler-Ross y Kessler, 2017).

Finalmente, el tercer apartado hace una revisión de la teoría de las representaciones sociales propuesta por Serge Moscovici (1979). Se explica con mayor detalle al realizado en líneas precedentes lo que es una representación social y sus cualidades operativas en función de encontrar la intersección entre lo social y lo psicológico, lo externo y lo interno, lo objetivo y lo subjetivo, a partir de construcciones sociales compartidas por un grupo. Se explica, además, cómo un conocimiento formulado por la ciencia se convierte en dominio del grueso de población a partir de la transformación o actualización del conocimiento de dominio científico a uno de sentido común –un cuerpo de conocimientos populares legitimado por el consenso grupal. Dicho de otra manera, se explica cómo una persona transforma un conocimiento científico para hacer uso de él en función de sus necesidades a través de tres grandes momentos: la objetivación, la creación de un modelo figurativo y el anclaje. Posteriormente, se hace una revisión de dos modelos que ampliaron el estudio de las representaciones sociales, uno de base procesual y cualitativo (Jodelet, 1989) y otro estructural y cuantitativo (Abric, 2001). Finalmente, se hace una revisión de la posición del sujeto en la TRS, un sujeto supeditado a determinantes sociales, pero también un agente creativo con la capacidad de transformarlas de acuerdo a sus necesidades, deseos y las emociones ancladas en su proceso de actualización (González, 2008; Gutiérrez, 2020). Todo lo anterior para dar

cuenta del aspecto normativo e individualista, respectivamente, de las representaciones sociales (Castro, 2000).

La siguiente parte, el apartado metodológico, describe la propuesta metodológica mediante la cual se fundamenta la creación del dispositivo de intervención utilizado en esta investigación con la finalidad de obtener el material empírico próximo a analizar. Se explican aquellos elementos heterogéneos que funcionan para configurar el dispositivo, o bien, una máquina para *hacer ver y hacer hablar* (Deleuze, 1990), es decir, se fundamenta la construcción de una mirada teórica bajo la cual se produjeron las preguntas guía de las entrevistas realizadas con la interlocutora. En este sentido, para su construcción, se fundamentan los métodos cualitativos como productores y exploradores de subjetividad y las herramientas para su recuperación, la entrevista cualitativa y en profundidad. De igual modo, se perfilan los fundamentos metodológicos de la construcción de categorías de análisis bajo las cuales se organiza el material recuperado en las entrevistas. Y, finalmente, se expone de manera sucinta y precisa la construcción *per se* del dispositivo de intervención de esta investigación: la aproximación al campo, la presentación del singular caso y los lineamientos éticos e investigativos establecidos en conjunto para organizar las sesiones de entrevista.

Por lo que se refiere a la siguiente parte, el Análisis del material empírico, se realiza en análisis del material recolectado en las entrevistas realizadas. Este material se organiza con base en las representaciones sociales apropiadas, transformadas y construidas en torno a tres ejes analíticos relacionales, a saber: la relación de la interlocutora con la enfermedad, con su familia, médicos y psicóloga tratantes y consigo misma respectivamente. Se pone especial énfasis en las representaciones sociales integradas de forma pasiva y, en mayor grado, a aquellas construidas con base en su experiencia particular al ser atendida en el Centro Médico Naval, tratada y acompañada durante el proceso por sus colegas de trabajo, su familia y su conocimiento en el área de la salud derivado de su formación académica y su experiencia laboral. Cada elemento desde el curso por su embarazo de alto riesgo, el momento en el que se le comunicó el diagnóstico de la metástasis, o bien, el cáncer de estómago en etapa inicial, y el curso de este último por diferentes momentos significativos para consolidar una diversidad de representaciones sociales de su representación del cáncer. Entre estas últimas destacan la asociación del cáncer a la ulterior muerte, la obediencia al médico y las consecuencias de

los tratamientos e intervenciones, la modificación al curso de la vida cotidiana, la transformación a la percepción de los médicos como individuos que brindan atención personalizada, la necesidad de brindar acompañamiento y orientación psicológica, la sobreprotección del otro, la percepción del paciente enfermo, su asociación a la incapacidad o inactividad y la canalización del dolor y el sufrimiento.

Finalmente, se exponen las reflexiones finales y generales, se discuten los hallazgos, se enuncian algunas problemáticas del dispositivo de intervención utilizado para esta investigación y se plantean algunas líneas de investigación al margen de la TRS que puedan favorecer la producción de conocimiento científico en torno a sucesos y procesos subyacentes al cáncer.

## 2. Planteamiento del problema

El cáncer de estómago es una problemática de salud pública por los altos niveles de incidencia y mortalidad cada vez más crecientes en América Latina y el mundo. En México, de entre una clasificación de más de treinta tipos de cánceres, la también denominada neoplasia gástrica ocupa el quinto lugar en mortalidad y el sexto en incidencia (*Global Cancer Observatory*, 2020). Este tipo de neoplasia es considerado uno de los cánceres de mayor agresividad por el bajo pronóstico de vida a consecuencia de los efectos que acompañan a cada uno de los síntomas biológicos manifestados: pérdida acelerada de peso y nutrientes por pérdida de apetito, náuseas, vómito, diarrea, entre otros.

Los estudios emergentes con orientación psicosocial ante la incidencia y mortalidad de esta enfermedad se han encauzado en la oferta institucional con la cual se hace frente al cáncer; el efecto que tiene compartir el diagnóstico de cáncer cuando el profesional de la salud no cuenta con las herramientas necesarias para brindar contención emocional al paciente; los obstáculos en la comunicación entre médicos, pacientes y familiares; la influencia sobre la salud del crear o actualizar espacios que produzcan sensaciones de plenitud y la necesidad de, por un lado, evaluar mediante *tests* estandarizados la capacidad que tienen las personas para hacer frente a eventos disruptivos y, por el otro, equiparlos o proveerles de herramientas de afrontamiento que posibiliten estados y actitudes en función de su adaptación a la enfermedad.

Abordajes como los anteriores, propios de marcos referenciales biomédicos, no pocas veces prescinden de la experiencia profunda y las significaciones construidas en torno al tránsito por esta enfermedad cargada de un universo simbólico desalentador, por lo que resalta la pertinencia de introducir perspectivas sociales y cualitativas como la medicina social, la sociología y la antropología médicas (Castro, 2010).

La psicología social, corriente privilegiada en este estudio, aporta con la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) sus cualidades operativas para explorar y comprender los significados construidos por quienes atraviesan un proceso de salud-enfermedad a partir de una serie de disposiciones sociales apropiadas y transformadas relativas a la enfermedad del cáncer.

La TRS, iniciada por Serge Moscovici ([1961] 1979), permite conocer la forma en la que los hombres comprenden su realidad y el modo en el que dirigen sus acciones

en torno a dicha realidad percibida. Las representaciones sociales son constructos socio cognitivos compartidos colectivamente a partir de la interacción o comunicación entre la representación de alguien sobre algo y la de sus pares; estas no son el reflejo del objeto, sino un sustituto imaginario de ese alguien quien cristaliza, modifica y determina formas de expresarse y comportarse –a propósito de este estudio– ante la enfermedad en el mismo colectivo. Ante esta teoría, el sujeto no es una persona pasiva, no es un paciente; es una persona activa, un agente, cuya capacidad creativa le permite actualizar las disposiciones sociales con base en su historia de vida, nivel de conocimientos relativos al fenómeno, posición política, económica y social, actitud frente a creencias e ideologías, y grados de información compartida por las personas implicadas en el proceso (Moscovici, 1979; Jodelet, 1986, 2008).

Ahora bien, los estudios en el marco de la TRS ante el fenómeno aquí abordado comprenden la construcción social de la enfermedad a través de su difusión en medios masivos de comunicación y los significados consensuados y cristalizados respecto al cáncer en general, así como los construidos alrededor de los tratamientos convencionales y los de la medicina tradicional. Cabe señalar que los estudios bajo esta perspectiva teórica referentes específicamente al cáncer de estómago son escasos, afirmación concordante con Castaño y Palacios (2013) respecto a la baja producción de conocimiento sobre el cáncer en la TRS.

Ante el panorama presentado, se enfatiza que este estudio busca aportar conocimiento al campo de la TRS en torno al cáncer, particularmente el de estómago, por medio de la recuperación del discurso experiencial de un caso atípico y singular. Ada, una Ingeniero Biomédico atendida en la institución donde labora, el Centro Médico Naval, ubicado en la Ciudad de México, cuenta con lo que se puede considerar presumiblemente una atención personalizada al poder instrumentalizar servicios médicos navales, tales como oferta selectiva de atención a la población, personal médico especializado en constante actualización y capacitación, equipo técnico y abasto farmacológico notable, entre otros. Aunado a ello, las redes de apoyo –vínculos que ofrecen a los individuos asistencia– disponibles y utilizadas comprenden a la familia y a los colegas profesionales, estos últimos también tratantes durante el proceso de salud-enfermedad. Cada uno de estos elementos, contribuyen a construir o a actualizar *singulares* representaciones sociales relativas al cáncer de estómago, por lo que para su recuperación nos planteamos la siguiente pregunta y objetivos de investigación.

## **2.1 Pregunta de investigación**

¿Qué representaciones sociales construye una Ingeniero Biomédico a partir de la experiencia de atravesar por un cáncer de estómago?

## **2.2 Objetivo general**

Analizar la experiencia de atravesar por un cáncer de estómago de una Ingeniero Biomédico y la forma en la que se traduce en su discurso

## **2.3 Objetivos específicos**

- Explorar las representaciones sociales que configuran el universo simbólico en torno al cáncer de estómago a partir de profundizar en el discurso de un caso.
- Describir la manera en la que una Ingeniero Biomédico organiza el discurso sobre el cáncer de estómago en este caso.
- Determinar el sentido que cobra el cáncer de estómago para una Ingeniero Biomédico en este caso específico.
- Proponer con base en la experiencia de una Ingeniero Biomédico algunas recomendaciones para mejorar la atención psicológica y psicosocial a personas con cáncer.

## **2.4 Justificación**

Los abordajes actuales relacionados con el fenómeno del cáncer anteponen enfoques cuantitativos enmarcados en prestaciones de servicios biomédicos y, aunque en pocas ocasiones, servicios psicológicos fundamentados en los marcos teórico-metodológicos de la terapia breve. Estos son modelos de abordaje técnico-pragmáticos privilegiados en las instituciones de salud por su aproximación de costo-beneficio que equipara brevedad con eficacia (Del Monaco, 2020) y que, en consecuencia, tiende a relegar lo sistémico y lo profundo a un aspecto contextual y con menor importancia por sus procedimientos poco objetivos (Pakman, 2010).



Abordajes como los anteriores son producto de tradiciones de pensamiento, intervención y construcción de conocimiento que se han instaurado como hegemónicos en este campo relativo al fenómeno del cáncer reproduciendo la tendencia a prescindir de la experiencia y los significados construidos por las personas que atraviesan por un proceso de salud-enfermedad (Herzlich, 2004; Castro, 2010).

La Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) (Moscovici, 1979) propone, por un lado, comprender la forma en la que los individuos significan su realidad, o bien, cómo construyen conocimiento que les pueda ser de utilidad para atender sus necesidades y, por el otro, permite comprender las transformaciones o actualizaciones realizadas por cada individuo de las disposiciones sociales asociadas al fenómeno a representar, en este caso, el cáncer de estómago.

Una apuesta teórica por modificar modelos de interpretación y de acción de los fenómenos fue postulada por Jodelet (2007), en tanto que la producción de conocimiento bajo la perspectiva de la TRS permite *corregir* la manera en la que los sujetos ven, piensan, conocen e interpretan su realidad, es decir, permite ampliar el modelo de interpretación de la realidad para producir otros modos de subjetivación y emancipación de las estructuras e instituciones sociales normativas.

A diferencia del pasado, donde la TRS era utilizada para grandes estudios basados en los métodos cuantitativos, hoy en día, existen tendencias importantes orientadas por perspectivas interpretativas, fundamentadas en los métodos cualitativos, en la comprensión de las representaciones sociales a partir de su articulación social y simbólica. En relación con lo anterior, se reafirma la pertinencia de construir conocimiento relativo al cáncer de estómago a partir de la TRS, aspecto de por sí poco abundante en lo que corresponde a tipos de cáncer en específico. Es cierto que existen estudios sobre representaciones sociales de la enfermedad y del cáncer en general, sin embargo, de locaciones particulares de este, como en el caso del ubicado en el estómago, son escasas.

## **4. Estado de la cuestión**

### **4.1 Cáncer**

Los estudios biomédicos sobre el cáncer y las instituciones de salud son vastos y variados. En este apartado se hace una selección de algunos artículos producidos desde enfoques médicos y biológicos para definir y describir el fenómeno del cáncer de estómago, aunque también hacemos una revisión teórico-crítica a este tipo de abordajes por las limitaciones estructurales que presentan a la hora de producir y construir conocimiento relacionado con el objeto de estudio en cuestión.

En primera instancia, la revisión teórica comprende a la enfermedad del cáncer de estómago propiamente dicha. Primero, se explica lo que es el cáncer, los métodos de detección utilizados para identificarlo, los estadios en los que puede ser diagnosticado y sus pronósticos de vida. Luego, indagamos sobre las causas del cáncer en distintos niveles, a saber: biológico, psicológico y derivado. El biológico alude a los factores genético-hereditarios, hábitos alimenticios, consumo de drogas o infecciones no atendidas; el psicológico refiere al mantenimiento de períodos prolongados de emociones y sentimientos displacenteros y el derivado –también parte del biológico– tiene que ver con la metástasis, o bien, el desplazamiento del tumor a otros órganos.

En segunda instancia, se hace una revisión de la demanda y oferta institucional. Dicho en otras palabras, se enuncian los índices de mortalidad e incidencia del cáncer a nivel mundial, continental y nacional, con especial énfasis en los datos duros del cáncer de estómago y, además, se describen las condiciones sobre las cuales operan algunas instituciones de salud pública en México –sector incluyente de la Secretaría de Marina (SEMAR)–, así como el abasto de insumos técnicos y farmacológicos para brindar atención a personas con cáncer.

Por último, exponemos la crítica al dispositivo médico, una formación de saber y práctica estratégica legitimada e instituida que, en tanto forma de subjetivación, produce sujetos encaminados a sostener su posición de poder. Posteriormente, se exponen las denominadas prácticas divisorias cuya característica es establecer polaridades como salud y enfermedad, sano y enfermo, normal y anormal, entre otros. Y, finalmente, se introducen las tecnologías del sí que no son sino maneras de resistir y emanciparse a los preceptos institucionales que mantienen a los sujetos sometidos.

#### 4.1.1 Cáncer de estómago

El cáncer bajo la óptica biomédica implica una serie de procesos evolutivos que requieren clarificación por la complejidad que presenta. En este apartado se muestran los elementos que desde esta perspectiva se despliegan para interpretar el cáncer de estómago y sus causas a nivel genético, ambiental y psicológico; los síntomas y sus manifestaciones y los métodos de detección y fases diagnósticas que sirven para determinar tanto el pronóstico de vida como los tratamientos de mayor instrumentalidad durante su curso. Todo esto con la finalidad de explicar y comprender el fenómeno del cáncer de estómago desde esta perspectiva de abordaje.

En las ciencias biológicas y de la salud el cáncer es un conjunto de enfermedades no transmisibles cuyos rasgos típicos son la proliferación y crecimiento incontrolable de células malignas en alguna parte del cuerpo. La división celular normal se caracteriza por su reproducción ordenada y por la muerte de cada una cuando se han desgastado. En las neoplasias –otra nominación mediante la cual se designa a este conjunto de enfermedades– sucede lo contrario, en estas el proceso se ve ralentizado o anulado llegando a formar masas denominadas tumores que en su expansión pueden alterar el funcionamiento normal de los tejidos y órganos del cuerpo (Nácar *et al*, 2012: 386; *American Cancer Society*, 2020). Con base en la descripción anterior, entenderemos por cáncer de estómago la aparición de un tumor a consecuencia de la proliferación desenfrenada de células malignas en el estómago.

Existen diferentes estrategias o técnicas para detectar el cáncer de estómago o cáncer gástrico. En una guía promovida y compilada por la Sociedad Mexicana de Oncología (SMeO) dedicada a las bases del diagnóstico, tratamiento y atención para los profesionales que se inician en esta labor, Guadarrama y Mota (2018) hacen apenas mención de las técnicas utilizadas, denominada tamizaje, para identificar un cáncer en alguna zona del cuerpo. “El tamizaje es el uso de una prueba sencilla en una población saludable para identificar a aquellos individuos que tienen alguna enfermedad pero que todavía no presentan síntomas” (Organización Mundial de la Salud, 2007, citado por Guadarrama y Mota, 2018: 79). Los mismos autores afirman que los tumores en el tracto gastrointestinal son los más complicados de diagnosticar por la presencia de síntomas inespecíficos, tales como, dolor abdominal persistente, aparición de reflujo o dispepsia (indigestión) reciente y sin causa conocida, vómito, náuseas, pérdida de apetito y, por

ende, pérdida de peso acelerada, lo que lleva a que su detección se haga cuando este se encuentra en estados avanzados.

Las medidas de detección temprana utilizadas son retomadas de las usadas en países como Japón y Corea del Sur por la alta incidencia de cáncer gástrico que en estos se presentan, estas son: endoscopia con confirmación histológica<sup>2</sup> (introducción de dispositivo médico por agujero natural que permite ver el interior de alguna cavidad u órgano), medición de los niveles de pepsinógenos<sup>3</sup> (concentraciones bajas de este son consecuencia de gastritis crónica atrófica, presencia de bacteria *H. pylori* y cáncer gástrico) y la radiografía con toma de bario (se ingiere bario, sustancia blanca/plateada, que permite visualizar alteraciones en tomas radiográficas).

El diagnóstico del cáncer se subdivide en cuatro estadios diferentes: 1) a la etapa más inicial del cáncer se le denomina *estadio 0 o carcinoma in situ*; 2) cuando el tumor no alcanza las paredes de los órganos se le considera *estadio I*; 3) a las etapas intermedias y cuando existe incidencia en las paredes de los órganos se les suele asignar la nomenclatura de *estadio II o III* dependiendo el avance y tamaño del tumor y 4) a la etapa más avanzada, con menor pronóstico de vida, se le asigna el *estadio IV*. Cabe señalar que, generalmente, se plantea una irreversibilidad del padecimiento a partir del estadio III (*American Cancer Society, 2017*).

El pronóstico de vida o tasa de supervivencia del cáncer de estómago puede medirse de dos maneras diferentes de acuerdo a la bibliografía revisada. La primera es denominada *Escala de Karnofsky*, es una escala que mide de 0 a 100 la situación clínico-funcional, es decir, el criterio de evaluación depende de la cantidad de síntomas referidos y contabilizados, así como la funcionalidad o actividad y dependencia que el paciente tenga (Trujillo *et al.*, 2013). Como medida estándar, se precisa que un valor menor a 50, es decir, cuando se requiere ayuda y atención constante, el pronóstico de vida es menor a 6 meses y cuando el valor disminuye o es igual a 30, se requiere hospitalización con atención activa y soporte técnico para mantener la vida, por lo que el pronóstico, sin precisar, es menor a un mes de vida. Puntuar 10 equivale a moribundo, y 0 se refiere a la

---

<sup>2</sup> La histología estudia la composición, estructura y características de tejidos orgánicos, por lo que se permite inferir que la confirmación histológica refiere a la aparición de alteraciones en los estándares celulares y orgánicos.

<sup>3</sup> De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer (NIA), el pepsinógeno es una enzima producida por las células del estómago. El ácido del estómago transforma el pepsinógeno en pepsina, que descompone las proteínas de los alimentos durante la digestión.

muerte. Una escala similar al Karnofsky es la *Eastern Cooperative Oncology Group* o *Escala ECOG*, pero ésta mide de 0 a 5 los síntomas y dependencia, siendo 0 el valor con mayor pronóstico de vida y 5 la muerte.

La siguiente manera de medir la tasa de supervivencia es la medición de cánceres dividida en etapas *localizada*, *regional* y *distante* producida por el Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) del Instituto Nacional del Cáncer EEUU (NIA). En la etapa *localizada* no hay signos de que el cáncer se haya propagado fuera del estómago, en la *regional* el cáncer se ha propagado fuera del estómago hacia estructuras o ganglios linfáticos cercanos y en la *distante* el cáncer se ha propagado a partes distantes del cuerpo. Basado en una media de 5 años de supervivencia, la etapa localizada tiene un 68% de probabilidad de sobrevivir ese tiempo, mientras queda en un 35% y 5% respectivamente a las otras dos etapas.

Cabe mencionar que ambas mediciones suelen tomar en cuenta el nivel de desnutrición o pérdida de peso, un síntoma y rasgo característico de los cánceres gastrointestinales. De acuerdo con Allende y colaboradores (2013), “los pacientes con cáncer [...] gastrointestinal tienden a perder una cantidad considerable de peso, desde el principio de la enfermedad”, por lo tanto, no deben tomarse como exactas estas mediciones pues dependen de estos y más factores situacionales e independientes que el propio proceso de cáncer implica.

En este sentido, si un tumor maligno se vuelve cada vez más dañino y con menores pronósticos de supervivencia conforme la etapa en la cual se detecta y con base en la etiqueta numérica diagnóstica, resulta preciso explorar, en función de un compromiso preventivo, los factores de riesgo que pueden decantar en el desarrollo de un cáncer en el estómago. Anticipamos al lector que estos factores están divididos en dos grupos, por un lado, los de carácter biológico y, por otro, los de carácter psicológico; aunque más adelante veremos que incluso los psicológicos tienen expresión en el orden biológico.

Pese a que la medicina ha avanzado bastante en los últimos años, la génesis o las causas del cáncer siguen siendo imprecisas, por lo cual los especialistas de la salud se limitan a apelar a su carácter multifactorial. Por un lado, los factores de carácter biológico son resultado de condiciones ambientales, daños al ADN o genético-hereditarios (Orta, 2018). Medrano y colaboradores enlistan como factores de riesgo la predisposición genética (existencia del padecimiento en la línea familiar), alto consumo de sal, dieta baja

en vitaminas A y C, consumo de alimentos sin refrigeración, ahumados o con altos niveles de conservadores; consumo excesivo de tabaco y alcohol; infecciones y complicaciones gástricas por bacteria *Helicobacter Pylori*; exposiciones a radiaciones, caucho y carbón y cirugía previa a úlceras benignas (2018: 127).

Otra causa asociada a la formación de tumores cancerígenos en diversas zonas del cuerpo es la *metástasis*, entendida como la transferencia de células malignas de un órgano a otro, o bien, “la colonización de un órgano distante mediante el movimiento de las células tumorales desde un tejido primario” (Guerra *et al.*, 2020: 4). Por motivos de la propia investigación aquí desarrollada, la causa de cáncer en el estómago requiere una mayor precisión debido a la emergencia poco común mediante la cual surgió, a saber, es producto de la transferencia de células cancerígenas desarrolladas en la matriz durante un embarazo de alto riesgo, es decir, el cáncer de estómago expuesto en este caso emergió a consecuencia de una *metástasis* que inicialmente fue *acretismo placentario*. El *acretismo placentario* sucede a la *placenta previa* –la incrustación de la placenta en la parte baja del útero– y es considerado un síndrome que aparece entre las veinte y cuarenta semanas de gestación en el cual la placenta presenta anormalidades en la adherencia al miometrio (músculo que empuja al bebé en el proceso de parto). Sus consecuencias directas son hemorragias o sangrados activos e indoloros severos, septicemia, tromboflebitis, transfusión sanguínea masiva e histerectomía (la extirpación de la matriz) (Ávila *et al.*, 2016; Véliz *et al.*, 2018).

Respecto a los factores de carácter psicológico, su génesis suele estar asociada a eventos altamente impactantes y con manifestaciones emocionales de larga duración. Boukaram (2011) recuperó una serie de estudios de diversos oncólogos, neurólogos, psicólogos y psicoanalistas que dan cuenta de la asociación existente entre la psique y el desarrollo de cáncer. Wilhelm Reich, discípulo de Freud, planteó que el cáncer “no es sino una manifestación de un largo proceso que estaría causado por la falta de energía vital en el cuerpo” (p. 28). Tal carencia sería producto del estancamiento de la energía sexual. Evans, discípulo de Jung, consideró que “el cáncer está causado por una tristeza inconmensurable por un duelo” (p. 29). Del mismo modo, este autor recupera desde 1926 hasta el 2010 diversos estudios que apelan a que el cáncer puede ser producto de contención de las emociones, desolación, aislamiento, desesperación, angustia, depresión, acontecimientos estresantes (traumas, separación o divorcio, pérdida de cónyuge) y la personalidad (pp. 27-34). Un estudio de realizado en 1973 muestra un esquema

integrativo, ahí Bedell identificó 4 características comunes influyentes en el desarrollo de cáncer: 1) falta de relación con uno de los progenitores, 2) sentimientos de desesperación en situaciones difíciles, 3) incapacidad para expresar las emociones propias y 4) una pérdida importante producida uno o dos años previo al diagnóstico.

Por otra parte, existe variedad de tratamientos curativos o paliativos para el cáncer. En general, ambos tipos de tratamientos tienen por objetivo presentar mejores tasas de curación, ralentizar la evolución del cáncer y/o disminuir los dolores supuestos por la enfermedad; aunque es de destacar que sus resultados muchas veces presentan secuelas displacenteras. Entre los tratamientos más conocidos y de mayor uso en la terapéutica del cáncer se encuentran la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía. Pueden ser intervenciones aisladas, aunque en la mayoría de los casos se recomienda integrar distintos procedimientos en función de la mejora de la persona.

La quimioterapia es el tratamiento principalmente asociado a la terapéutica del cáncer, aunque también conocido por los efectos adversos que produce. Para Quintana y Díaz (2018) la quimioterapia es un conjunto de medicamentos administrados a una persona con cáncer y su principal función es impedir que las células cancerosas sigan su proceso de reproducción desmesurado. A su vez, la quimioterapia puede ser administrada al identificar de manera inicial una neoplasia maligna en lo que se determina alguna otra modalidad terapéutica; aunque también puede ser administrada tras haber sido sometida a cirugía y esto con la finalidad de eliminar posibles micrometástasis alojadas de forma imperceptible en el tejido dañado. En casos de cáncer avanzado, se utiliza de manera paliativa para mejorar la calidad de vida de las personas, puesto que disminuye el dolor y mejora el estado funcional y de respuesta del órgano comprometido.

De acuerdo con Souto (2018) el tratamiento con radiaciones, la radioterapia, se utiliza con fines de manejo y control del cáncer, así como en el aumento en la supervivencia de las personas con cáncer, mediante el uso de ondas electromagnéticas (como los fotones, protones, neutrones y electrones) denominadas *radiaciones*. Desde el descubrimiento de la radiación en 1895 se documentó que esta tenía la capacidad de pasar a través de materiales que eran impenetrables a la luz, por lo tanto, se comprendió que el objetivo de la radiación como tratamiento es el de interactuar con el material de la célula. Como se expuso líneas arriba, en el cáncer las células alteran su proceso de vida, de modo tal que son consideradas inmortales y con una acelerada reproducción. En este sentido, la

interacción de la radiación con la célula, con los genes de la célula (ADN), de acuerdo con este autor, produce daño celular e incluso puede llegar a neutralizarlas. No obstante, este tratamiento produce daño tanto a las células malignas como a las células del tejido normal alrededor del tumor, cuya consecuencia inmediata son cambios en la piel, caída de cabello, náuseas, vómito, cansancio, alteraciones cognitivas, entre otros.

La cirugía es otro tipo de intervención en la cual se practica la extirpación total o parcial de órganos o tejidos dañados por tumores malignos, a esta práctica se le denomina *resección*. Herrera y colaboradores (2018) reconocen la cirugía como la intervención terapéutica de mayor eficacia por presentar mayores tasas de curación. Por medio de esta intervención se retira parte o la totalidad del tumor primario para controlar su evolución, llevar un mejor manejo en el tratamiento complementario –en general, los dos anteriormente expuestos– o eliminar el dolor, sangrado, obstrucciones o infecciones en el órgano comprometido. Cabe señalar que esta práctica depende de las posibilidades de intervenir por la profundidad o extensión del tumor maligno, a saber: una *resección completa* refiere a la remoción en su totalidad del tumor, al menos visiblemente; un *tumor irreseccable* refiere a la dificultad existente para retirar en su totalidad el tumor cancerígeno por su tamaño, profundidad alcanzada en el órgano o su extensión por el cuerpo; finalmente, la práctica *inoperable* refiere a que, por la condición física o comorbilidades de la persona, no puede realizarse la cirugía.

En resumen, se puede concluir en este primer apartado que el cáncer de estómago ha sido conceptualizado como un conjunto de enfermedades alojada en el estómago cuya característica principal es la proliferación desmesurada de células cancerígenas, a consecuencia de factores biológicos y psicológicos, estos últimos controversiales para las ciencias biológicas, con presencia de diversos síntomas asociados a pérdida de peso y de nutrientes que merman la actividad física y orgánica. Con técnicas de detección temprana poco confiables y pronósticos de vida desalentadores dependiendo la estadificación en la que se encuentre la persona a la hora del diagnóstico y la evolución *per se* del cáncer.

Ahora veamos qué aspectos, además de los antes enunciados, han colocado al cáncer y, particularmente, al cáncer de estómago, como problemática de salud pública no solo a nivel nacional, sino también mundial. En líneas siguientes mostraremos *datos duros* (cifras y porcentajes de y reconocidos por organismos internacionales) respecto a



esta problemática con el fin de demostrar la pertinencia de hacer investigación e intervención con personas que atraviesan por esta enfermedad.

#### **4.1.2 Epidemiología y Sistemas de Salud en México**

El cáncer como problemática preocupante de salud a nivel mundial es incomprendida si no se muestran cifras que permitan dimensionar dicho fenómeno. En este apartado se recuperan datos duros, por un lado, de niveles epidemiológicos, es decir, porcentajes de incidencia y mortalidad a los que ha llegado el cáncer, particularmente el de estómago, a nivel mundial, a nivel Latinoamérica y a nivel nacional, mientras, por otro lado, se muestran los montos presupuestales con los cuales han operado y se han puesto en funcionamiento las instituciones de salud en México, los logros y los obstáculos a los que se enfrentan, con especial énfasis en el desabasto de insumos técnicos, farmacéuticos, estructurales y de personal sanitario. Todo con el objetivo de vislumbrar y comprender la oferta institucional objetiva con la cual se hace frente al cáncer de estómago.

El cáncer se ha convertido en un símbolo de muerte y condena a consecuencia de su creciente incidencia y los altos niveles de mortalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en un informe descriptivo sobre el cáncer en 2021, registró en el año 2020 casi diez millones de muertes en el mundo por complicaciones y fallas derivadas del cáncer. De forma descendente, los más comunes fueron cáncer de mama, pulmón, colorrectal, próstata, piel y gástrico; aunque los que produjeron un mayor número de muertes fueron el cáncer de pulmón (1,8 millones), colorrectal (935 mil), hepático (830 mil), gástrico (769 mil) y de mama (685 mil). Con base en estos datos, concluye, que la esperanza de vida ha aumentado considerablemente, sin embargo, son las enfermedades crónico-degenerativas las que están disminuyendo la calidad de vida de las personas.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020), las complicaciones por cáncer son la segunda causa de muerte en América Latina. De acuerdo con esta organización, en 2018 se reportaron 3,8 millones de casos nuevos y 1,4 millones de muertes a consecuencia de cánceres de mama, próstata, pulmón y colorrectal.

En 2016, la SMeO ubicó este padecimiento como la tercera causa de muerte en México. Hacia febrero del 2021, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) informó que entre enero y agosto del 2020 se registraron 683,823 defunciones en la

nación, siendo 60,421 a consecuencia de tumores malignos. En el mismo documento también se comunicó que la incidencia de estos últimos en órganos digestivos<sup>4</sup> se posiciona como la primera causa de morbilidad hospitalaria en los varones y la tercera en mujeres.

No se puede obviar, no obstante, que pese a haber disminuido la morbimortalidad entre 2005 y 2015 se ha presentado un importante incremento respecto al cáncer de estómago en México en los últimos seis años. En el 2015 se registraron un total de 2,205 muertes (Zurita *et al*, 2017: 3), mientras que para el 2020, los datos del Global Cancer Observatory mostraron que, respecto a una clasificación de treinta y cinco diferentes tipos de cáncer, el también denominado cáncer gástrico o neoplasia gástrica ocupó el sexto lugar en incidencia con 8,804 nuevos casos y el quinto en mortalidad con 6,735 muertes. En lo que concierne al sexo y el cáncer de estómago propiamente dicho, las tasas de incidencia son mayores en hombres que en mujeres, a saber: 7,2 casos por cada 100,000 habitantes contra 5,4 por cada 100,000 habitantes respectivamente.

Sorprendentemente, las proyecciones de la OMS hacia México en materia de defunciones por cáncer son preocupantes porque se estimó un incremento mayor (20%) en muertes por complicaciones y fallas derivadas del cáncer contrastado con un 15% para América del Sur y un 10% para América del Norte (Quintana *et al*, 2017: 42). Cuando cifras de este calibre aparecen, no resta sino intentar profundizar –o al menos aproximarnos– a las posibles causas de la problemática. Situación que supone plantear interrogantes susceptibles de brindar respuesta.

Si, como señala Nussbaum (2012), el desarrollo humano<sup>5</sup> del cual se habla en los *informes de desarrollo humano* del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) clasifica a los países con base en una medida unitaria, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) –“resultado de una agregación ponderada de datos sobre la esperanza de vida, el desempeño educativo y el PIB [Producto Interno Bruto] per cápita” (p. 80)–, resulta imprescindible dar cuenta de las condiciones económicas y políticas que intentan soportar la calidad de atención brindada por las instituciones de salud pública en el país.

---

<sup>4</sup> El aparato digestivo está compuesto por el esófago, estómago, intestino delgado y grueso, ano, páncreas e hígado.

<sup>5</sup> Paradigma mediante el cual se comprende la creación de un entorno en el que las personas puedan desarrollar su máximo potencial y llevar adelante una vida productiva y creativa de acuerdo con sus necesidades e intereses (PNUD, 2016).

Con base en lo anterior, surgen una serie de interrogantes al respecto, a saber: ¿En qué circunstancias se encuentran los sistemas de salud en México para propiciar las proyecciones hechas por la OMS en México respecto a otros países? ¿Cuál ha sido la evolución de los servicios de atención médica en los últimos años? ¿Qué políticas públicas han surgido para hacer frente a padecimientos de salud, especialmente los crónico-degenerativos como el cáncer de estómago? ¿Qué resultados han presentado tales intervenciones económicas y políticas?

En respuesta a las interrogantes anteriores, por un lado, en 2011 Gómez y colaboradores realizaron un estudio dedicado a describir el sistema de salud de México, en donde rescatan, entre otros, las instituciones que lo conforman, los beneficios que reciben los derechohabientes, los recursos físicos, materiales y humanos de cada institución, y la evaluación de los afiliados respecto al nivel de atención. Dentro del sistema de salud mexicano comprende dos sectores de prestación de servicios de salud, el público y el privado. El *sector público* incorpora a trabajadores formales e informales en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA) Secretaría de Marina (SEMAR), entre otras. Por otro lado, el *sector privado* incorpora a compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados.

En ese año, de 48.3 millones de personas del sector económico formal, el IMSS cubría más de 80%, el ISSSTE a 18%, y PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto cubrieron al 1%. Los ramos de protección social para *población económica formal* comprenden seguro de enfermedad y maternidad, seguro de riesgos de trabajo, seguro de invalidez y vida, seguro de retiro y vejez, prestaciones sociales y seguro de guardería, así como ayuda para lactancia, subsidios por incapacidad y atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el primer hasta el tercer nivel.

En cuanto a infraestructura y equipamiento contabilizaron en 2007 23,858 unidades de salud en la nación, de los cuales 4,354 son hospitales y las demás son unidades de atención ambulatoria (mejor conocidas como citas, estudios de rutina y/o urgencias médicas, entre otros procedimientos similares). Del total de hospitales, 1,182 son públicos y 3,172 son privados, más del 60% de los públicos atienden a población sin seguridad social y los demás al resto de la población. De ellos, el 86% son hospitales

generales y 14% son hospitales de especialidad (de segundo y tercer nivel). Para medir el rubro de Hospitales de Alta Especialidad el estudio toma en cuenta la cantidad de tomógrafos, equipos de resonancia magnética y los mastógrafos. La cantidad de los primeros es de 3.4 por millón de habitantes, inferior a los 20.6 tomógrafos por millón de habitantes recomendado por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Respecto a los segundos se contabilizan 1.5 por millón de habitantes, menor a los 9.8 por millón de habitantes propuesta por el organismo anterior. Y, por último, 267 mastógrafos en el sector público, o bien, 9.3 por millón de mujeres de 25 y más. Su instrumentalidad es de 4.5 mastografías por millón de habitantes, inferior a las 19.9 recomendada por la OCDE. Esta notoria ausencia de equipo de detección y atención a enfermedades crónico-degenerativas también fue documentada por Bergalló en 2019 en un estudio realizado con médicos especialistas de distintos hospitales del país. De acuerdo con sus hallazgos, tanto las áreas disciplinarias necesarias para el manejo y atención al cáncer<sup>6</sup>, el equipamiento para diagnóstico de cáncer mamario, la disponibilidad de medicamentos y estudios genéticos preventivos se muestran irregulares en todos los hospitales donde laboran los participantes; en ninguno se halló algún rubro completo o con disponibilidades sustanciales e incluso, si se tenía, reportaron equipo obsoleto o inoperable por falta de mantenimiento.

Por otro lado, en los *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud* en México, publicado en 2016, se enuncian los progresos y obstáculos, así como las recomendaciones realizadas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) hacia los sistemas de salud nacional, comparándolos con los resultados de los análisis hechos en otros países que forman parte de este organismo internacional. En este documento solo sobresalen dos políticas realizadas por México, a saber: haber incrementado de 5 millones a cerca de 50 millones los asegurados mexicanos; y haber disminuido el gasto catastrófico (de 3.3% a 0.8%). Sin embargo, el *gasto del bolsillo*, un gasto privado directo de los hogares con el objetivo de financiar parcialmente o al 100% los servicios de salud (Organización Internacional del Trabajo y OPS, 1999: 3-5), representa el 45% de los ingresos de los sistemas de salud, siendo esta última un importante estancamiento antes que progreso.

---

<sup>6</sup> Cirugía oncológica, radiología, cuidados paliativos, patología, nutrición y genetista.

Alejado de los dos reconocimientos anteriores, se destaca que en 2016 la inversión hecha al servicio de salud fue de 6.2%, la más baja no solo por no cubrir el estándar propuesto por OCDE (8.9%), sino porque también está por debajo de los demás países que integran este organismo. En el mismo orden de datos, en el *Health at a Glance 2019*, la OCDE destaca que “el gasto sanitario representa el 5.5% del PIB”, es decir, una importante disminución comparado al 2016. Además, en ese año, el gasto de bolsillo representó el 41% de los ingresos de los servicios de salud (p. 1), una disminución que no refleja cambios para la población.

La baja inversión en salud se traduce en poca vigilancia en la atención de calidad brindada que, pese a haber avanzado las políticas de prevención y atención de primer nivel en la ralentización de algunos padecimientos crónico-degenerativos (obesidad, diabetes e hipertensión, principalmente), mantiene las tasas altas como para posicionarlo como un logro de los sistemas de salud mexicanos. Aunado a ello, la colocación como foco de atención primordial, sin desprestigiar el valor de estas estrategias, en la prevención, ha descolocado la prevención secundaria, o bien, la detección temprana y tratamiento adecuado de las enfermedades crónicas (OCDE, 2017: 20), como es el caso del *consejo genético oncológico* –entendido como un proceso de comunicación que ayuda a comprender e interpretar el riesgo y vulnerabilidad de la persona respecto a padecer cáncer (González *et al.*, 2016: 146). Lo que indudablemente también decanta y es resultado de la tercera problemática, la *atención fragmentada*, o bien, la poca organización interinstitucional, que no ha sino obstaculizado el conseguir un sistema de salud equitativo, eficiente, sustentable y de alta calidad (Allende *et al.*, 2013: 217).

¿Han surgido políticas que intenten remediar las dificultades presentes en la oferta de servicios brindados por las instituciones de salud pública? Los objetivos planteados por el Programa Sectorial de Marina sostenido desde la modificación del nombre mediante el cual se le conoce al actual Centro Médico Naval, por un lado, y la supresión del Seguro Popular y la implementación en el año 2020 del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), por el otro, aparecen como una posible respuesta a la interrogante anterior.

En relación a la primera, el Diario Oficial de la Federación del 2018 cita en el *Acuerdo Secretarial número 390 mediante el cual el Hospital General Naval de Alta Especialidad cambia su denominación a Centro Médico Naval* la Línea de Acción a la

Estrategia 1.2.5 sostenida desde el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 a “mejorar la seguridad social de los integrantes de las Fuerzas Armadas, a través de acciones que eleven la moral y la calidad de vida del personal militar y naval”. En el mismo orden de ideas, en el Programa Sectorial de Marina 2020-2024, se propone la Secretaría de Marina “proporcionar un mejor entorno social para su personal y familias, elevando su calidad de vida en todo momento”, dicho en otras palabras, se realizan esfuerzos por mantener la salud integral del personal puesto que el impacto directo puede reflejar mayor rendimiento y desempeño en sus funciones.

Por otro lado, el INSABI fue la propuesta de la administración 2018-2024 para hacer frente a las deficiencias marcadas por el Seguro Popular (su equivalente) expuestas en el Diario Oficial de la Federación (DOF) de la segunda mitad del año 2020. La principal crítica alude a la cobertura de atención a quienes no cuentan con un servicio de seguro social ya que, de acuerdo al análisis hecho por esta administración, el Seguro Popular no cubrió la cobertura nacional programada, a saber: para el año 2015 el Seguro Popular estimaba haber cubierto la afiliación para 57.3 millones de personas (Secretaría de Salud, 2016: 17), sin embargo, apenas alcanzó un índice de afiliación de 54 millones para el 2020 (DOF, 2020); además de haber dificultado la inversión que pudiera haber mejorado las condiciones institucionales, tanto de infraestructura e insumos, como en la oferta de servicios.

En el mismo documento antes citado se propone como *primer objetivo objetivo prioritario* el acceso efectivo, universal y gratuito para la población mexicana, es decir, se propone cubrir atención médica a toda la población e incluye servicios de salud, atención universal y producción a precios bajos (o gratuidad) de medicamentos, así como su abasto oportuno. Sin embargo, este objetivo no se ha salvado de críticas contundentes. En 2013, cuando operaba el Seguro Popular, el gasto per cápita era de \$3,429 pesos, mientras actualmente el INSABI provee \$2,911. En 2019 el presupuesto al primero fue de \$189,687 millones de pesos, mientras que en 2021 el INSABI recibió un presupuesto de \$198,334 millones de pesos (Saldívar, 2021). ¿Qué causa un menor gasto per cápita pese a tener mayor presupuesto? El mismo referente de antes concluye que es porque el INSABI brinda mayor cobertura a los asegurados tanto en atención, afiliación y cartera básica de enfermedades atendidas y medicamentos otorgados, es decir, existe un incremento poco sustancial al presupuesto recibido, pero también un incremento sustancial en la cobertura de asegurados y afiliados al INSABI.

Ramírez (2021), denomina *aceptación tácita del fracaso del Insabi* a los cambios de gestión operativa y administrativa porque este último será desplazado por el Programa IMSS-BIENESTAR ya que se le busca duplicar su presupuesto en 2022. El IMSS-BIENESTAR opera en 19 de las 32 entidades federativas y proporciona en sus unidades médicas servicios de primero y segundo nivel de atención. Aún sin respuesta sigue la cobertura que brindará este programa y si será financiado por el INSABI, además Ramírez destaca que este programa no tiene la capacidad ni experiencia operativa y administrativa suficiente para cubrir las demandas del segundo y tercer nivel de atención. Aspecto preocupante porque, al margen del cáncer, son estos hospitales los que proveen la atención especializada a quienes cursan por una neoplasia.

En otro orden de ideas, la oferta de medicamentos también se ha visto trastocada por las bajas inversiones y las limitadas estrategias sanitarias de los sistemas de salud. En un estudio del 2008 sobre el costo de las quimioterapias, uno de los tratamientos más utilizados para combatir el cáncer, llevado a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Marie y colaboradores determinaron que estos tratamientos varían según el grado o etapa en la que se encuentre el padecimiento, a saber: \$74,522 en etapa I, \$102,042 en etapa II, \$154,018 en etapa III, y \$199,274 en etapa IV. Por otra parte, Rendón, en 2020, expone los costos recuperados por una aseguradora privada, donde se enuncia que cada sesión de quimioterapia puede ir desde los \$60,000 hasta los \$80,000. Con base en estos datos, se puede observar, en efecto, que los costos disminuyen comparados con los de hace más de una década, sin embargo, sigue representando una cifra bastante alta que las instituciones de salud pública son incapaces de cubrir.

Entre enero y junio del 2021, refiere Cruz (2021a), los servicios de salud estatal recibieron únicamente el 3.1% de medicamentos oncológicos del total solicitado, esto es 6,533 piezas para el país entero, de 205,064 pedidas. En febrero del 2022 en Sinaloa se siguieron levantando los padres de familia a falta de medicamentos oncológicos para sus hijos (Bravo, 2002). La respuesta del INSABI fue depositar la responsabilidad sobre los hospitales por no planear sus requerimientos en tiempo y forma oportunos, lo que se traduce en recibir surtidos en *parcialidades* que obligan a personal sanitario a cambiar fórmulas o a aplazar las quimioterapias hasta que lleguen medicamentos (Cruz, 2021b). No obstante, casi un mes después ese argumento se pondría en tela de juicio por asumir el error cometido al comprar medicinas que ya no se fabricaban por la desactualización del Compendio Nacional de Insumos Médicos desde el año 2014 (Martínez, 2021).

Evidentemente, esto se traduce en una peligrosa ausencia de insumos para las personas que padecen cáncer puesto que las quimioterapias tienen por objetivo principal eliminar y ralentizar la proliferación de las células cancerígenas en el cuerpo.

¿Cuál es la relevancia social de estos últimos datos? El tema de las patentes promovidas y establecidas por las farmacéuticas privilegia el lucro económico antes que el bienestar de las personas por las altas ganancias que producen (Schifter, 2010). Para poner en contexto al lector, la OMS promueve un sistema de graduación de la calidad de la evidencia y de la fuerza de las recomendaciones para definir una intervención clínica<sup>7</sup>: Sistema GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*). De entre ellas, la prescripción de medicamentos es una práctica sometida a este sistema. El Sistema GRADE tiene por objetivo valorar si existe un grado razonable de certeza en el balance entre beneficios y riesgos, inconvenientes y costes al aplicar una intervención. Decidir si se prescribe un medicamento debe considerar la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación con base en valoraciones por consenso y estandarizadas, sin embargo, “algunos sistemas de clasificación ni siquiera tienen en cuenta el balance entre beneficios y riesgos” (Marzo y Montaña, 2007: 457).

Jesús (2010) hace una crítica a las personas que se aprovechan de la comercialización de la medicina a base de hierbas para lucrar con ella, llevando a referir que sus prácticas “no son sometidas a rigurosos análisis farmacológicos que determinen un efecto similar o superior al tratamiento usual [farmacológico] de una enfermedad” (p. 32). Aunado a ello, refiere que estos son usados por la población debido a la percepción de mayor agresividad de la medicina farmacológica, frente a la baja de efectos secundarios de los tratamientos herbolarios.

En relación con los defensores de este tipo de intervenciones de menor rigurosidad, se ha referido que a las personas que promueven y realizan este tipo de prácticas son considerados *charlatanes*. En una opinión derivada del haber acudido a una conferencia dictada a estudiantes de medicina, investigadores de la Universidad Veracruzana resaltan la intención del ponente de burlarse de un ejemplo sobre una curandera que extraía el mal de una persona al introducirle una moneda por la boca para después auscultarla y, finalmente, retirarle la moneda con el mal en ella. De modo tal que,

---

<sup>7</sup> Una intervención clínica es entendida como cualquier procedimiento indicado y aplicado por un médico a un paciente con el fin de mejorar, mantener o restaurar la salud (Marzo y Montaña, 2007: 457).



frente a la discriminación de este tipo de tratamientos, expresan la existencia de charlatanería también en la medicina farmacológica por las compensaciones que reciben de las farmacéuticas los médicos y promotores de ella (Ogata, *et al.*, 2010).

En el mismo orden de ideas, Mariana Neira, periodista ecuatoriana, escribió un libro, publicado en el año 2000, titulado *El hombre que cura el cáncer* en el que destaca un extracto compartido por Daniel Flores, un hombre que se ha ganado renombre en Quito, Ecuador, por *curar el cáncer* a base de preparaciones con plantas medicinales, cuando este quiso iniciarse en el negocio de la venta de medicina natural:

Por 1989 [...] instalamos frente al Estadio Olímpico una “farmacia” de plantas medicinales de 800 metros cuadrados, con refrigeradores, porque las hierbas deben mantenerse frescas para que no pierdan sus cualidades. [...] Nos dimos cuenta que de esa manera, los costos se incrementaban casi 10 veces y teníamos que recuperarlos [...] cuesta conservarlos en refrigeradora, y aún así, hay riesgo de que una buena parte se me pudra. Sin embargo, el problema mayor fue otro. Se empezaron a preocupar los laboratorios, mandaron intendentes con tono de amenaza. Yo vislumbre que en cualquier momento, podía hasta ir preso y, si había una confabulación de los laboratorios, de gente que tiene mucho dinero, no me iba a salvar nadie. Por ese riesgo, cerramos el local. (p. 23) (comillas en el original)

Cada uno de los textos y testimonios recuperados en relación a la medicina menos rigurosa tienen por objetivo dar cuenta de las dificultades presentes para introducir al campo biomédico este tipo de tratamientos. De esta manera, nos es posible introducir el tema de la *medicina tradicional* como política coadyuvante ante los altos costos y la ausencia de medicamentos oncológicos.

Un insuperable debate en particular surge cuando de “tratamientos convencionales”, “no convencionales y complementarios” y “tratamientos alternativos” se trata. En sentido estricto, los *tratamientos convencionales* –también denominados *tratamientos alópatas*– son aquellos utilizados por profesionales de la salud debido a que han pasado pruebas experimentales rigurosamente controladas y han probado ser seguros y confiables para su aplicación. *Los tratamientos no convencionales y complementarios* se usan en conjunto a los anteriores y son caracterizados por aliviar algunos síntomas y efectos secundarios derivados de las intervenciones convencionales (quimioterapia, radioterapia o cirugía). Por último, *los tratamientos alternativos* son categorizados como métodos potencialmente perjudiciales para las personas que hacen uso de ellos, esto porque han sido estudiados con poco interés y no han pasado las pruebas necesarias para validar su eficacia. (Boukaram, 2011: 229-230). Estos últimos dos tipos de tratamientos (complementarios y alternativos) pueden ser clasificados en la denominada *medicina*

*tradicional*. Los tipos de técnicas y diversidad de tratamientos alternativos o complementarios, así como sus efectos, serán explicitados en el apartado dedicado a las intervenciones destinadas a personas con cáncer<sup>8</sup>; aquí, como expusimos arriba, daremos cuenta de su utilidad como política pública.

En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el texto *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional*, cuyo objetivo fue proponer un plan de acción orientado a la promoción y el desarrollo de la medicina tradicional en los diferentes países que se enfrentan a los altos costos de medicamentos. *La medicina tradicional* es un saber cultural, y se define como:

...la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. (p. 8)

Goza de ser segura, su adquisición es a bajo costo y es asequible en la atención sanitaria. Otros de sus objetivos es “desterrar la idea de que el uso de remedios caseros tradicionales equivale a utilizar una medicina de categoría inferior” (p. 16), así como buscar formar parte de los planes de estudios de la formación sanitaria y una mejor aceptación por sus detractores que se resisten a prescribirla.

De acuerdo con Schifter (2010), y aunque no lo enuncia explícitamente, el documento anterior tuvo impacto en México. En un recorrido histórico cuyo objetivo es el rastreo de las diferentes farmacopeas desarrolladas en el país da cuenta de la desaparición total de la medicina tradicional en el *código farmacéutico mexicano* a partir de 1930 por la sustitución de la medicina de patente. No fue sino hasta 1994 que se volvió a abrir un pequeño espacio para las especies naturales, de modo tal que *La Farmacopea Mexicana del Nuevo Milenio* fue la edición que revisó y actualizó el texto de 1930 que no había sido interrumpido a lo largo de las seis décadas precedentes. Con base en lo anterior, no parece ingenuo pensar en el impacto, aunque algo tardío, del documento publicado por la OMS en 1978.

Con todo, se puede concluir que los presupuestos otorgados al sector salud sesgan y limitan las políticas públicas y la calidad de atención brindada por las instituciones de salud; obstaculizadas, además, por las deficiencias y ausencias en insumos y

---

<sup>8</sup> Véase el apartado de *Estilos y estrategias de afrontamiento* en este mismo documento.

mantenimiento de infraestructura, así como por la administración fragmentaria y sometida a intereses lucrativos antes que humanos. ¿De qué forma se podría generar modificaciones importantes en el actual sistema de salud pública? Una posible forma se perfila a partir de la injerencia de las ciencias sociales en el estudio de la medicina. Nussbaum (2012), siguiendo los trabajos de Amartya Sen sobre reformar modelos y estructuras médicas, invita a repensar y promover el estudio del Índice de Desarrollo Humano (IDH) no desde las categorías imperantes en el modelo utilitarista, modelo que privilegia el progreso a partir del crecimiento al PIB de cada nación, sino desde el estudio y análisis de otras variables influyentes en la constitución subjetiva para realizar cambios estructurales importantes. Esta propuesta, a nuestro juicio, requiere interrogar en sí mismos a los sistemas de salud y, a su vez, cuestionar de qué manera la institución médica obtuvo y sostiene la posición que dificulta y se resiste a los cambios desde el interior de su estructura.

#### **4.1.3 Dispositivo médico**

El cuerpo de conocimientos que organiza la experiencia, práctica y enseñanza médica, es decir, la clínica médica, es un discurso legitimado al que se suscriben las personas y por medio del cual constituyen su subjetividad, muchas veces prescindiendo o dando por sentado los perjuicios que pueden devenir de las prácticas, técnicas y referentes mediante los cuales se interpretan las enfermedades. Este apartado muestra una revisión de lo que es un dispositivo de poder médico y las formas en la que opera determinando lo que es la salud y la enfermedad, lo que es lo normal y lo patológico y las prácticas a las que debe someterse un cuerpo a partir de una visión pragmática o técnico-racional que privilegia no la vida, sino la utilidad de la vida. Aunado a ello, se muestra la capacidad del sujeto para emanciparse o resistirse a dichas determinaciones del dispositivo médico en función de su propio bienestar. Todo con la finalidad de comprender los procesos de subjetivación y emancipación del ser humano ante el dispositivo médico.

Un *dispositivo*, señala Deleuze, es un conjunto multilíneal donde cada línea adolece de homogeneidad y siguen direcciones diferentes. Es un instrumento con líneas instituidas o de sedimentación de naturaleza dinámica, por lo cual también incluye líneas de fisura y ruptura. Un dispositivo, a la vez, tiende a producir *curvas de visibilidad* y

*curvas de enunciación*, dicho en otras palabras, “es una máquina para hacer ver y para hacer hablar” (Deleuze, 1990); coloca al sujeto en una posición particular y lo convierte en otro elemento más de su propia constitución. El dispositivo se impone de forma estratégica para brindar soluciones a determinados problemas o inquietudes, se presenta en escenarios de crisis para hacerle una revisión sistemática, elucidativa y deconstructiva desde diferentes ángulos.

Los *dispositivos de poder*, no obstante, tienen un alcance mayor al referido líneas arriba. En sentido estricto, es la formación emergente de manera estratégica, compuesta por elementos heterogéneos, que se establece como dominante y en forma de verdad legitimada por brindar soluciones a determinados problemas en momentos cruciales de la historia. Dicha formación, en tanto verdad legitimada, puede operar como programa de una institución o como justificante de una práctica (Foucault, 1991: 128-9). En otras palabras, un dispositivo de poder es “una estrategia de relaciones de fuerzas [de poder] soportando unos tipos de saber, y soportado por ellos” (Foucault, 1991: 130-1).

Una institución cumple una función de “control y vigilancia y, en el marco de relaciones específicas de poder, producen discursos (éticos, científicos, jurídicos) que dominan la vida social y la moldean” (Castro, 2014: 172). Para Berger y Luckman (2001), la realidad de la vida social es el resultado de la objetivación del mundo institucional creado e interiorizado por la misma humanidad y transmitido a futuras generaciones. Esta realidad se impone como dada, es imposible modificarla a voluntad, por lo tanto, se acepta que es una realidad que ejerce poder de coacción sobre las personas. “Lo que generalmente se llama “institución” es todo comportamiento más o menos forzado, aprendido... [un] sistema de coacción sin ser enunciado” (Foucault, 1991: 132). Los dispositivos operados en instituciones desarrollan procesos de subjetivación particulares, esto es un proceso de constitución de sujetos a través de su relación consigo mismo y sus actos y relaciones que vehiculizan significados y apropiaciones circulantes en el dispositivo de poder (Foucault, 1983); “la transmisión del significado de una institución se basa en el reconocimiento social “permanente” a un problema “permanente” de una colectividad dada” (Berger y Luckman, 2001: 93)<sup>9</sup>. Cabe mencionar que pese al uso recurrente de la palabra *coercitivo* o sus derivados, el poder no es una fuerza represiva; es una fuerza creativa que produce cosas, discursos, induce placer, forma conocimiento

---

<sup>9</sup> Comillas en el original.

(Foucault, 1979, citado por Castro, 2014). En este sentido, el poder aparece como una fuerza normativa y de regulación de comportamientos.

[El poder] no es exclusivamente el ejercicio opresivo de un grupo privilegiado sobre los demás, una sustancia de la que esa minoría sería propietaria y que la usaría para sus designios en contra de una mayoría, sino un nombre para los procedimientos y los conocimientos a través de los cuales todos nosotros nos recordamos y mantenemos mutuamente en ciertas posiciones que en las vicisitudes de su devenir perpetúan un status quo sociocultural y también psicológico. (Pakman, 2010: 27)

Esta forma estratégica de imponer un poder que no es coercitivo es a razón de, entre otros, la puesta en operación del dispositivo de seguridad. El dispositivo de seguridad, de acuerdo con Foucault (2006: 19-21), comprende modulaciones en tres tiempos: la primera es la dinámica entre una ley penal que designa un mandato o prohibición con el castigo que la acompaña. La segunda establece, por un lado, marcos de vigilancia, controles y miradas que permiten advertir antes de que ocurra un fenómeno catastrófico que este va a ocurrir y, por el otro, prácticas, ejercicios y trabajos que recaen sobre el culpable con miras a su transformación, moralización o corrección. Finalmente, la tercera modulación, tiene que ver con los cálculos, los índices medios, las probabilidades de que un evento ocurra, los costes de la corrección del evento y los umbrales que designen dentro de ciertos límites lo que es aceptable del evento. De manera concreta, un dispositivo de seguridad comprende respectivamente sancionar una ley y fijar un castigo entre lo permitido y lo vedado, establecer mecanismos de control, vigilancia y corrección, así como sus prácticas adyacentes<sup>10</sup> y la inserción del fenómeno en cuestión dentro de una serie de acontecimientos probables contemplando, a su vez, los posibles costos para finalmente fijar límites de lo aceptable y penable.

...para asegurar concretamente [la] seguridad, es necesario recurrir [...] a toda una serie de técnicas de vigilancia, vigilancia de los individuos, diagnóstico de lo que estos son, clasificación de su estructura, de su patología propia, etc., todo un conjunto que prolifera bajo los mecanismos de seguridad y para hacerlos funcionar. (Foucault, 2006: 23)

Algunas consecuencia de estas técnicas de seguridad basadas en la estadística y probabilidad son, como en los casos de la lepra, peste y viruela, la exclusión, cuarentena y epidemia, respectivamente. Dicho de otro modo, ante la probabilidad de riesgos, se diseñan y ponen en marcha políticas de prevención, y, en caso de ocurrir, políticas

---

<sup>10</sup> Acto legislativo que fija la ley, acto judicial que castiga al culpable y técnicas policiales, psicológicas, médicas, entre otras, que corresponden a la vigilancia, el diagnóstico y la transformación eventual de los individuos (Foucault, 2006: 20).

disciplinarias, o bien, correctivas. En este sentido, se trata de maximizar los elementos positivos y minimizar los aspectos riesgosos e inconvenientes.

Cada una de estas labores, le corresponde al Estado. El Estado busca mantener el orden social, y para ello debe garantizar la seguridad de un territorio y de su población, sea total o en sectores específicos. A propósito de los dispositivos de poder que imponen objetivos, orientan voluntades y crean deseos y necesidades, el dispositivo de seguridad opera sobre *espacios de seguridad* establecidos por el Estado, ya que ejerce su soberanía sobre los límites de un territorio, las prácticas disciplinarias sobre el cuerpo de los individuos y la seguridad sobre el conjunto de la población. En esta nueva operación, la disciplina se distingue, y es necesario precisar, por el privilegio no sobre el individuo, sino sobre la manera en la que existe una multiplicidad de entre la cual destaca el individuo. De manera puntual, “la disciplina es un modo de individualización de las multiplicidades” (Foucault, 2006: 28)

A esta organización política y social estratégica impuesta para controlar, vigilar, coordinar y otorgar a las personas una finalidad social es lo que Foucault denomina *biopoder*. El biopoder, puede entenderse como “el conjunto de mecanismos por medio de los cuales aquello que, en la especie humana, constituye sus rasgos biológicos fundamentales podrá ser parte de una política, una estrategia política, una estrategia general del poder” (Foucault, 2006: 16). Dicho en otras palabras, el bio-poder como su nombre lo indica, puede concebirse como un poder sobre lo *bio*, sobre la vida y lo biológico, a partir de la instauración de políticas que subyugan, controlan y moldean *cuerpos dóciles*, o bien, cuerpos funcionales o máquinas para trabajar y cumplir intereses del sistema (Foucault, 2002).

A dichas políticas se les encuentra en su literatura como *biopolíticas* o *anatomopolíticas* (Foucault, 2001). La *biopolítica* o *anatomopolítica* es, en sentido estricto, el proceso mediante el cual se definen una serie de técnicas que orientan el ejercicio del poder sobre una población viviente y los acontecimientos que en ella ocurran, esto a partir de categorías biológicas a las cuales un sujeto se suscribe –en un procedimiento colectivo (como la epidemiología)– y se somete –respecto a cumplir un compromiso con dichas técnicas y regulaciones en función de su propio bienestar– (Castillo, 2013: 6-7). De la biopolítica se deriva un segundo concepto acorde a nuestro objeto de estudio, *la medicalización*, que opera como una forma de ejercicio del poder,

permitiendo que sea la autoridad sanitaria la que defina las técnicas y estrategias de atención, así como los marcos de interpretación bajo los cuales son fundamentadas y justificadas las prácticas e intervenciones, tal y como pueden ser la prescripción de medicamentos y la asignación de un diagnóstico. En este sentido, toda actividad que no cubra los criterios estandarizados y filtros institucionales, no pueden ser solventados ni legitimados (Padilla, 2019: 68-70).

¿Cuáles son algunos elementos que integran y dinamizan la estructura que sostiene el *dispositivo de poder* médico y que legitima prácticas constituyentes de determinados tipos de sujetos a partir del saber que construye e instituye? Foucault (2001) identifica dichos elementos en un cuerpo de conocimientos que organiza la experiencia, práctica y enseñanza médica a través de experimentaciones cuyo objetivo fue identificar generalidades o leyes de lo normal y lo patológico, la denominada *clínica*, emergente del poder otorgado por el Estado a los médicos desde el siglo XVIII al ser estos quienes atendieron la epidemias y plantearon políticas de higienización y autogestión de la vida. Salud, enfermedad, persona sana o enferma, normal y anormal, entre otros, aparecen como criterios instituidos y evaluativos promovidos como legítimos e incuestionables, pero con debilidades conceptuales desde ópticas críticas.

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “el resultado de bienestar físico, mental, social, moral y espiritual” (1978: 9). De acuerdo con Herrero (2016), la definición de enfermedad propuesta por la misma organización es “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”.

Canguilhem (1971), en su tesis de doctorado, realizó un estudio extenso sobre lo normal y lo patológico. En este estudio se vislumbran las formas de concebir la salud y la enfermedad, lo normal, lo anormal, la anomalía y lo patológico, así como las filosofías que diversos autores como Broussais, Bernard, Leriche y Goldstein desarrollaron para su comprensión. Vale la pena recuperar sus definiciones sobre salud y enfermedad para aproximarnos a un mejor entendimiento de esta en función de nuestro objeto de estudio.

Pese a los prejuicios que conducen a equiparar la salud con la normalidad, las definiciones de salud son prácticamente escasas en el texto de Canguilhem. Sin duda alguna, hace reiteradas alusiones a la salud, pero sólo en función de su relación con la

terapéutica o como el estado contrario a la enfermedad. Se hallaron dos definiciones, una retomada de Leriche, “la salud es la vida en silencio de los órganos” (p. 63); y otra ubicada en el examen crítico hecho por Canguilhem a conceptos poco cuestionados: “la salud [...] define un tipo ideal de estructura y de comportamiento orgánico [...] la salud es el bien orgánico” (p. 102). Otras palabras, no obstante, halladas con semejanza a este término fueron equilibrio, armonía, inocencia orgánica y estado privilegiado.

En el mismo orden de ideas y sobre *la guía de Canguilhem*, Martínez (2008) recupera del texto *Salud y enfermedad*, utilizado por varios años como referencia para enseñanza de la salud pública en América Latina, diferentes actualizaciones e interpretaciones por las cuales ha pasado el concepto de *salud*. La salud ha sido asociada a la palabra *normal*, lo equiparable a cierto nivel medio o promedio estadístico. Pero se critica la ilusión de un estado biológico estático en donde no existe la alteridad o las variaciones, ambas características de todo ser vivo: “El hombre, como todos los seres vivos, está sometido constantemente a la variación en tal forma que sus características anatómicas, fisiológicas, psicológicas e inmunológicas no admiten un modelo fijo. Este es un atributo de la vida” (San Martín, 1977: 11, citado por Salgado, 2008: 37). Bajo esta óptica, la salud aparece como una variación cuanti o cualitativa de un estado homeostático ilusorio e inexistente. Una siguiente interpretación abstrae la salud del sujeto y la coloca sobre el medio ambiente, es decir, desde una base ecológica, “salud y enfermedad son manifestaciones [...] entre el hombre y su ambiente”. Perspectiva que, como veremos en el desarrollo del concepto de enfermedad, es la sostenida por Canguilhem en su tesis doctoral.

Ante la tutoría de Martínez, el hombre se ha acostumbrado casi imperceptiblemente a hablar de salud debido a su propia inscripción social frente a la organización de esta última y los servicios ofertados por las instituciones de salud. La creciente oferta de salud preventiva con miras a proporcionar salud a la población, el Sistema Nacional de Salud que organiza los servicios ofrecidos, el Sector Salud que promueve y gestiona políticas públicas y los asuntos relacionados con administración y financiamiento de los aparatos anteriores (como ejemplifica con la investigación en salud) no hacen sino hacer perceptible que es la salud “lo que se produce en esos servicios” (p. 39).



A esta operación de acostumbrar al hombre a volver casi imperceptibles los procesos que sostienen y legitiman las definiciones de salud en el marco del Sector Salud, Chapela (2008) lo explica a través de las prácticas y ejercicio del poder hegemónico – entendido como aquel que escribe, marca, graba y expresa las condiciones de la subordinación del sujeto– que *corporeizan* los cuerpos (p. 21). El cuerpo corporeizado es producto de dos elaboraciones, una alusiva a la ya expuesta líneas arriba desde Foucault como proceso de subjetivación a través de las instituciones sociales y las prácticas legitimadas para crear *cuerpos dóciles*, y otro, si bien similar al planteamiento foucaultiano, necesario de ampliación bajo la perspectiva de Chapela para ser comprendido. Para esta autora, se requieren dos definiciones para hablar de *promoción de la salud*. Rastrea hasta 1986 la definición oficial promovida por la OMS:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer en su mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. (OMS, 1986: 4, citado por Chapela 2008: 17)

En este sentido, poder “realizar sus aspiraciones” depende de entender la salud como “la capacidad humana corporeizada de decidir y construir futuros viables y alcanzarlos” (p. 22) –o bien, el efecto de *corporeizar* cuerpos– y como “la capacidad humana de mirar al pasado para gobernar el presente para construir futuros viables” (p. 17). Esta última refiere a la necesidad del hombre de contar con información, entendimiento y comprensión de quién es, cuál es su problema, cuál el contexto, cuáles los recursos con los que cuenta su entorno y, solo a partir de ahí, poder imaginarse a sí mismo futuros posibles (p. 18). Conocer los recursos materiales, simbólicos y subjetivos con los que se cuenta se convierte en imperativo de promover y comprender la salud. Ante estas dos posiciones, la de Martínez y la de Chapela, la salud no aparece como lo contrario a la enfermedad, sino como la significación acuñada por quien la vivencia a partir de su propia historia de vida, los procesos a los que se ha suscrito y los obstáculos presentados en su vida alrededor de la enfermedad.

Por otro lado, respecto a la enfermedad, Broussais, la entiende como “el exceso o defecto de la excitación de los diversos tejidos por encima y por debajo del grado que constituye el estado normal” (p. 25). Para Bernard la enfermedad “es una expresión perturbada, exagerada, aminorada o anulada” (p. 43). Leriche la concibe como “aquello

que molesta a los hombres en el normal ejercicio de su vida y en sus ocupaciones, y sobre todo aquello que los hace sufrir” (p. 63). Y, por último, para Goldstein “la enfermedad es un modo de vida estrechado [...] es una nueva vida caracterizada por nuevas constantes fisiológicas” (p. 143), es también –continúa más adelante– “la aparición de un nuevo orden vital” (p. 147). Cada una de estas definiciones coincide en considerar que la enfermedad es un cambio respecto a *lo normal*, y de la misma forma aparecen una serie de sinónimos a lo largo de toda la obra, además de los antes mencionados, tales como: variación, inervación, aberración, alteración, afección, modificación, desviación, desproporción, desorganización, alienación, irregularidad, desarmonía, catástrofe, obstáculo, alejamiento de lo común, déficits y elevaciones (precisados mediante los prefijos *hipo* e *hiper* respectivamente).

Cabe señalar que uno de los argumentos sostenidos por Canguilhem es que la salud y la enfermedad no existirían sino únicamente a partir de su relación con la norma, con lo normal. *Lo normal* no es una condición orgánica, sino una capacidad para normar la vida. A propósito de su supuesto contrario inmediato, lo *anormal*, este autor retoma otra construcción etimológica para concebirla, pasando del *an-omalo* (desigual, rugoso, irregular) (p. 97) al *a-nomos* (contrario a la ley). De modo tal que se entiende a *lo normal* no como un juicio de realidad (orgánica), sino como “un juicio de valor, una noción límite que define el máximo de capacidad de un ser” (p. 86), cuyo juez de la transformación impuesta por la enfermedad es el propio individuo con base en la capacidad u obstaculización que perciba para atender las exigencias que el medio ambiente le impone; “tiene que ser juzgado siempre con relación a la situación frente a la cual reacciona y a los instrumentos de acción que el medio ambiente le ofrece” (p. 143). Con todo, la *clínica*, tal como la concebía Foucault, extendida durante años desde la mirada fisiológica por sobre la experiencia del paciente requería para Canguilhem una reconfiguración en su operación y defiende una clínica que no se base en una legitimación sostenida a través de la historia, sino sobre una “clínica [que] pone al médico en relación con individuos completos y concretos, y no con órganos y sus funciones” (p. 61).

Ante las consideraciones anteriores, una persona sana o enferma es aquella que evalúa su situación a partir de si esta se percibe en condiciones de atender las demandas y exigencias de su medio ambiente. Esto implica una visión desde la cual el sano o el enfermo no es necesariamente dependiente de variaciones fisiológicas u orgánicas, de la vida limitada a su condición vegetativa, en la que este no es sino un *paciente* y no alguien

activo de su propio proceso. Siguiendo a Canguilhem, Martínez y Chapela, la persona (sana o enferma) puede vivir con variaciones o alteraciones, y ella misma, el agente – aquel que no es *paciente* sino quien toma sus decisiones–, siempre puede hacer algo con la vida y con su cuerpo; y lo hace adaptándose al medio. Un ejemplo, como toda aseveración del tipo anterior requiere, lo expone Canguilhem de la siguiente manera; aunque anticipamos que en ella hacemos equiparable normal y anormal con sano y enfermo sin que esto neutralice el argumento aquí sostenido:

Para apreciar lo normal y lo patológico es necesario no limitar la vida humana a la vida vegetativa. [...] Con una enfermedad como el astigmatismo o la miopía se podría ser normal en una sociedad agrícola o pastoral, pero se es anormal en la marina o en la aviación. [...] se comprende bien cómo, en los medios ambientes propios al hombre, el mismo hombre se encuentra, en diferentes momentos, normal o anormal, teniendo los mismos órganos, si se comprende cómo la vitalidad orgánica se despliega en el hombre como plasticidad técnica y avidez por dominar el medio ambiente. (1971: 153)

Ahora bien, retomando el argumento foucaultiano sobre la posición y el poder que obtuvieron los médicos sobre los cuerpos a partir de las epidemias, resta dar cuenta de sus actividades sanitarias al margen del debate entre lo normal y lo anormal. El *médico* tiene por función, señala Canguilhem (1971: 34), “preocuparse por la aberración que [se] experimenta, para volverla a llevar por medios convenientes al punto en el cual reside la salud”. En este sentido, el objetivo perseguido por los médicos es la cura a través de técnicas e instrumentos que lo posibiliten, esto es la terapéutica y los medicamentos respectivamente, cuyas definiciones proporciona el mismo autor antes citado. *Curar* implica devolver a la norma una función o un organismo que se ha apartado de ella (p. 89), noción similar a la concepción de la *terapéutica*, que no es sino la corrección y regulación de los excesos orgánicos (p. 35); y estos fines son alcanzados por medio de los *medicamentos*, cuyo objetivo es volver a conducir las propiedades a un tipo natural (p. 93). Como se puede observar, todas y cada una de las prácticas desarrolladas por y en las instituciones de salud persiguen, por un lado, el normar y crear regulaciones que produzcan, mantengan y modelen cuerpos dóciles y, por el otro, corregir estados de desorganización y obstaculización de la vida en función del medio ambiente inmediato y las exigencias impuestas por este.

Bajo estas premisas anteriores, y situando el contexto en el modelo de producción capitalista cuyo objetivo es la acumulación incesante de capital, una consecuencia inmediata es la relación *sanidad-trabajo*, que quiere decir que “ya no es la sanidad la que ofrece al mercado de trabajo personas listas para entrar en él, sino que es el mercado de

trabajo el que es utilizado como llave de entrada para poder acceder al sistema sanitario”, lo que pasó a configurar el término de *asegurado* (Padilla, 2019: 40). En este sentido, las biopolíticas pretenden “prolongar la vida eliminando las causas de mortalidad” (Brito, 2016: 30), ahora no solo se requiere tener salud para vivir, sino que se insta a seguir lineamientos que lo hagan a uno vivir y lo mantengan vivo. El mismo autor antes citado lo expresa mediante la operación del reemplazo del derecho de *dejar vivir* por el poder de *hacer vivir*<sup>11</sup>.

Todas y cada una de las prácticas estratégicas de control, vigilancia y regulación de la vida antes expuestas se instituyen y producen sujetos sometidos a dichas prácticas. Además estos sujetos persiguen los mismos objetivos que las instituciones impusieron porque se han convertido en una necesidad y en un ideal para ellos, por lo cual una desviación a ellas lo vuelven y lo hacen sentirse a uno anormal. Canguilhem demuestra esta operación de poder en la siguiente pregunta: “¿...[a un estado alterado por restablecer] es necesario denominarlo normal porque se apunta a él como a un fin que es conveniente que la terapéutica obtenga, o bien, la terapéutica apunta a él porque es considerado como normal por el interesado?” (1979: 92).

Lo que Canguilhem vislumbra es una forma de apreciación de los individuos de búsqueda y demanda por servicios de salud a consecuencia de haberse moldeado y guiado sus deseos y necesidades con base en las instituciones medicalizantes. Con todo, se permite entrever los tres modos de objetivación expuestos por Foucault que transforman a las seres humanos en sujetos, a saber:

La primera son los modos de investigación que tratan de darse a sí mismos el estatus de ciencia. [El segundo refiere a] la objetivación del sujeto en lo que llamaré “prácticas divisorias” [y] finalmente [...] la forma en que el ser humano se convierte a sí mismo, o a sí misma, en sujeto. (1983: 241).

Es el propio dispositivo de poder médico medicalizante el que determina la conducta de los individuos, les impone ciertas voluntades, les crea deseos, necesidades, demandas, exigencias y los somete a ciertos fines, objetivos o prácticas legitimadas que le permitan a este dispositivo mantener su posición privilegiada y dominante sobre a quienes se les impone. No obstante, Foucault –durante la elaboración de los trabajos sobre la sexualidad y consciente de que su proyecto se refiere a la producción y conocimiento del sujeto– dio

---

<sup>11</sup> Esta misma operación puede encontrarse en Pakman (2010: 31) como individuos que antes solicitaban “ayuda” y ahora piden “soluciones” para seguir siendo productivos lo más pronto posible.

cuenta de otro modo de transformación del sujeto que no tienen que ver con su sometimiento, sino, por el contrario, con su emancipación y liberación de dichos procedimientos de coerción, las denominadas *técnicas* o *tecnologías del yo* o *del sí*:

[son] técnicas que permiten a los individuos efectuar por sí solos una serie de operaciones sobre sus propios cuerpos, sus propias almas, sus propios pensamientos, su propia conducta, y hacerlo de manera tal de transformarse, modificarse y alcanzar cierto estado de perfección, de felicidad, de pureza, de poder sobrenatural, etc. (Foucault, 2016: 44-5)

Foucault (2016), en las conferencias celebradas en el Dartmouth College de los Estados Unidos en 1980, expuso que para comprender al sujeto, para realizar una genealogía o una hermenéutica del sujeto, se requería contemplar la interacción entre las técnicas de *dominación* o *coacción* y las técnicas del *yo*. Refería también que una relación de poder entre quien *gobierna* y el *gobernado* no era una forma de obligarla a hacer lo que quiere quien gobierna, ya que “siempre hay un equilibrio inestable, con complementariedad y conflictos, entre las técnicas que se ocupan de la coerción y los procesos mediante los cuales el sí mismo se construye o se modifica por obra propia” (p. 45).

El sujeto no es más una máquina pasiva a merced de las instituciones. Bajo esta óptica, y a propósito de los conceptos que aquí se desarrollan, los trabajos de Arthur Kleinman cobran especial relevancia en torno al dispositivo de poder médico. Para Kleinman (1988; 2006) existe una diferencia conceptual entre enfermedad (*disease*), padecimiento (*illness*) y malestar (*sickness*). En sus hallazgos se considera que “la enfermedad [disease] en el paradigma médico occidental es el mal funcionamiento de procesos lógicos en el individuo; mientras que el padecimiento [illness] representa las relaciones personales, interpersonales y culturales” (Kleinman, 2006: 141). Más adelante escribirá que ni la enfermedad ni el padecimiento deben ser consideradas como entidades, sino como modelos explicativos que reflejan constantes relaciones multinivel entre aspectos separados de un fenómeno complejo, fluido y total, y a esta relación él la denomina *malestar* (*sickness*).

La enfermedad (*disease*) refiere al modelo biológico, a las alteraciones o disfunciones orgánicas, lo que en este marco crítico equivale a los subrogados de *la clínica* foucaultiana, o bien, formas de objetivar al sujeto y someterlo a prácticas médicas que lo etiquetan. Por otro lado, desde las tecnologías del yo estamos entendiendo que el padecimiento (*illness*) refiere a formas en las que el sujeto percibe, explica, experimenta y comprende lo que acontece en su cuerpo, por lo que adolece de organizaciones *clínicas*

que lo someterían<sup>12</sup>. Kleinman (1988) no refiere a un *sujeto*, sino a una *persona enferma* (*sick person*), y la entiende como un agente activo, un agente que en conjunto a su familia toma las decisiones sobre los cuidados y el propio curso del proceso salud-enfermedad con base en las redes de significaciones construidas y compartidas culturalmente.

Mead (2000) propone una manera de comprender la conducta del cuidado de sí frente a la enfermedad: el «mí» presenta la situación dentro de la cual tiene lugar la conducta, y el «yo» es la reacción a tal situación. Esta doble separación en situación y reacción es característica de cualquier acto inteligente. Lo que pondría en contexto una facultad del individuo a mesurar su conducta a través de reacciones conscientes que permitan cuidar de sí frente a la enfermedad.

Para tomar decisiones en torno a la enfermedad y los cuidados, Foucault hace mención que el cuidado de sí, una mirada sobre uno mismo, de tal suerte que solo puedo cuidar al otro en tanto logré el cuidado de sí mismo como parte del autoconocimiento del propio individuo (Hernández y Toro, 2017). Depositando en el sujeto la responsabilidad para autogobernarse dentro de la sociedad ya como el personaje de enfermo que representa.

Comprometiendo así al Estado, al individuo a través de la sociedad que identifica al individuo y lo regula a través del condicionamiento de recursos, pues ya no representa el personaje de individuo sano, sino es un enfermo. Bajo esta objetivación de enfermo, el individuo debe de cumplir algunas asignaciones sociales. Esto influye en la auto apreciación del sujeto pues ha abandonado su condición de sano y recae en una exigencia social, es decir, el deber de ser fuerte frente al dolor.

Hasta este momento hemos descrito, en un primer momento, el mecanismo de sometimiento institucionalizado por medio de saberes, prácticas y enseñanzas cuya finalidad es la objetivación las mentes y los cuerpos y, en un siguiente momento, describimos las tecnologías que le permiten a la persona, en su calidad de agente, a liberarse o emanciparse de aquellos mecanismos que lo sometieron. No obstante, este agente no es capaz de actuar con completa libertad, sino que debe ajustarse a un mecanismo regulador, la policía, para asegurar el orden en el territorio y con la población

---

<sup>12</sup> Castro (2000) explica esta operación al decir que las personas acuden al médico con un *padecimiento* y regresan a casa con una *enfermedad*.

dentro de la cual se desarrolla, es decir, dentro del Estado. “La policía es la encargada de asegurar el esplendor del Estado. [...] La policía es, en efecto, el arte del esplendor del Estado en cuanto a orden visible y fuerza resplandeciente” (Foucault, 2006: 358-9).

El Estado, por medio del dispositivo de seguridad, como se refirió líneas arriba, debe garantizar el orden y la seguridad en un territorio y con una población específica. El estado debe gobernar su territorio y a su población, sin embargo, el gobernar en sí mismo es un arte. Debe poner en operación diversos mecanismos y técnicas como las descritas hasta este momento para asegurarse de ofrecer las condiciones de vida que no le produzcan excedentes o insuficiencias que comprometan el orden establecido: “debe asegurarse de que los hombre vivan y vivan en gran número, debe garantizar que tengan de qué vivir y, por consiguiente, que tengan lo suficiente para no morir demasiado o no morir en cantidades demasiado grandes” (Foucault, 2006: 376). En este sentido, el *arte de gobernar* tiene que ver con el mantenimiento y el restablecimiento del equilibrio al interior del territorio.

Mantener el estado de equilibrio requiere servirse de la policía no solo para mantener el orden visible sino también para acrecentar sus fuerzas. Para acrecentar sus fuerzas debe ofrecer seguridad, de manera puntual, debe encargarse de la instrucción de niños y jóvenes para su ulterior profesionalización, debe ocuparse de los pobres, los accidentes, las amenazas, la enfermedad, impedir que estas últimas ocurra y, en caso de ocurrir, repararlas y ayudar a las víctimas, debe velar, también, por la gestión de recursos, velar por la compra y vigilar los precios de ventas, así como de velar por la lealtad y la modestia de los ciudadanos.

[En breve] lo esencial y característico es que lo que constituye el corazón mismo de la policía, [...] cuando tratamos de ver de qué se ocupan, a qué cosas deben prestar atención, [se advierte] que son la educación y la profesionalización, [...] la educación que debe formarlos a fin de que puedan tener una profesión, [esto es] todo un conjunto de controles, decisiones, coacciones que recaen sobre los hombres mismos (Foucault, 2006: 369)

Por consiguiente, el Estado estimula, determina y orienta su actividad de una manera eficaz y útil para sí mismo bajo el argumento muy bien fundado de otorgar seguridad, esto es evitar o solucionar catástrofes en su territorio y a su población, al mismo tiempo que se asegura de que este argumento se produce, se distribuye, se pone en circulación garantizándole ser él el verdadero piloto para extraer fuerzas de dicho argumento.

La eficacia del dispositivo de seguridad y la policía como mecanismos de regulación, control social y gestión de recursos, depende de la manera en la que se hacen circular ideas, voluntades y mandatos desarrollados y controlados por el Estado que los pone en operación. En este sentido, esto es un ejercicio de sometimiento frente a amenazas no solo de catástrofes inciertas como las ambientales o virales, sino también sobre las rebeliones sociales que puedan emerger a manera de resistencia, emancipación o liberación de los mismos dispositivos de poder.



## 4.2 Modelos de intervención psicosocial

La construcción teórica y metodológica para hacer frente al fenómeno del cáncer requirió ampliar los abordajes psicosociales debido a que en los marcos biomédicos se tienen limitaciones y obstáculos presupuestales, de abasto de medicamentos, desactualización y falta de mantenimiento a equipo técnico de detección, en políticas de promoción de la salud, universalidad de servicio de salud para el grueso de población y por una mirada que privilegia la atención sobre los cuerpos y los órganos. La literatura en este ramo es amplia, razón por la cual hacemos una selección de algunos que permitan vislumbrar distintos enfoques y resultados entre dicha vastedad para así también justificar la crítica realizada a este tipo de estudios en lo que se ha denominado *dispositivo de la felicidad*.

El primer apartado hace un repaso sobre las cualidades que tiene sobre la salud el desarrollar redes de apoyo que compartan información pertinente con relación a la atención y cuidados, así como el beneficio de otorgar acompañamiento y afecto durante el curso de la enfermedad. En seguida, se hace una revisión sobre la manera en la que se comunica el diagnóstico de cáncer, sus limitaciones y las formas en que se traducen en las alianzas formadas entre médicos, pacientes y familiares. Finalmente, se muestran algunos estudios que dan cuenta de algunas razones por las cuales el acompañamiento institucional se observa obstaculizado ante la demanda de la persona enferma.

El segundo apartado hace una revisión teórica de los denominados estilos y estrategias de afrontamiento, ambos conceptos relacionados con la disposición de la persona para transitar por la enfermedad. Estos preceptos requieren de una distinción entre los esfuerzos hechos a atender el problema y canalizar las emociones emergentes de eventos estresantes (las estrategias), y la actitud con la cual se hace frente a ellos (el estilo) resaltando, en seguida, los obstáculos de consenso por los cambios en las nomenclaturas analíticas que sesgan la construcción de un lenguaje común. Por último, se enuncian estudios teóricos y aplicados para dar cuenta de los beneficios que tiene para la salud el esforzarse por canalizar o transmutar el dolor y el sufrimiento.

El tercer apartado contiene una crítica a los constructos teóricos y metodológicos que fundamentan tanto el apoyo de las redes interpersonales como los esfuerzos y actitudes para transitar por la enfermedad, ya que reproducen y sostienen el imperativo del sé funcional y de utilidad para el sistema. Se voltea la mirada sobre las emociones como componente biológico-químico a uno de relatividad cultural para demostrar que su

complejidad no debe ser reducida, como los estudios de la resiliencia hace, a un elemento de reactividad biológica.

#### **4.2.1 Apoyo Social**

Las redes de apoyo de las cuales se puede servir una persona que atraviesa por un proceso de salud-enfermedad le proporcionan estados de bienestar muchas veces estables. En este apartado exploramos las distintas formas de analizar el apoyo social, primero como una transacción con potencial benefactor, seguido por su cualidad amortiguadora de eventos estresores, una tercera a través de su disponibilidad e instrumentalización y una última mediante de los diferentes tipos de apoyo social (emocional, informacional, instrumental y profesional). En el marco de la psicooncología interesa reconocer las modalidades de relación desde el inicio de la relación médico-paciente-familia. La finalidad radica en comprender los efectos que tienen los apoyos sociales en el proceso adaptativo del individuo frente a la enfermedad.

Cuando una persona llega a un Hospital de Alta Especialidad, hospitales con equipo especializado para tratar y realizar estudios de patologías graves, tras haber sido canalizado por algún médico que valoró la posible presencia de un tumor en el organismo se deben contemplar las necesidades que de esta surgen, así como las posibles respuestas que pueda tener ante el proceso por el cual está atravesando. Las primeras evaluaciones que esta hará tienen que ver con las personas y recursos externos que tiene a su disposición y de las cuales puede hacer uso en función de su tratamiento (Schnoll *et al.*, 2002): sus *apoyos sociales*.

En un estudio realizado por Durá y Garcés (1991) se exponen las formas de conceptualizar y operativizar el concepto del *apoyo social*, así como sus implicaciones psicosociales en personas con alguna enfermedad oncológica. En un primer momento, se ocupan de resaltar los beneficios sistémicos del término y, en seguida, se añade su carácter coadyuvante del mismo. Ambos apelan a la sensación de control sobre su medio ambiente y permiten aportar beneficios a quien hace uso de ellos.

Las ideas básicas sobre las cuales descansan las concepciones anteriores son dos, la conexión social y la interacción de ayuda; los beneficios sistémicos aluden al

sentimiento y percepción de pertenencia a algún colectivo, o bien, a la conexión social, puesto que tiende a asociarse a los grupos primarios, a la formación de alianzas y al ser miembros de grupos sociales. Mientras, por otro lado, su implicación conductual y coadyuvante apela a que este es el resultado de una transacción entre dos o más personas cuya finalidad es beneficiar a quien lo recibe. No obstante, pese a los intentos por separar uno de otro, los autores antes citados recuperan una concepción amplia e integral de ambas posturas que ya había sido propuesta por Hobfoll y Strokes en 1988, obteniendo como resultado la definición de apoyo social “como aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada” (1991: 258).

El término de apoyo social va más allá de la atención a la integración social y las interacciones de ayuda; su carácter multidimensional resulta de suma importancia por permitir discriminar entre su naturaleza, sea esta objetiva (recibida) o subjetiva (percibida), cuando existe un proceso de enfermedad mediando. Sobre lo anterior, y sin reducir su utilidad únicamente a procesos de salud-enfermedad, Durá y Garcés (1991: 258-260) recuperan tres perspectivas de abordaje del apoyo social como coadyuvante para los individuos: 1) los efectos sobre la morbimortalidad de los individuos; 2) el potencial de ajuste a evento productor de distrés<sup>13</sup> y 3) su potencial modulador de los dos anteriores. El primero resalta la influencia de las relaciones y vínculos sociales sobre la salud física y mental, así como la calidad de vida y el tiempo vivido. El segundo estudia la relación que guarda el apoyo social con los procesos adaptativos ante situaciones que producen distrés, en este último la relación no es sobre la salud, sino sobre un proceso particular de desajuste. Por último, el tercero integra las dos perspectivas anteriores, resaltando así su valor modular por amortiguar el impacto que tendrían los eventos productores de distrés sobre la salud de las personas. Los resultados de estas perspectivas de abordaje son semejantes a los documentados por otros estudios (Almanza y Holland 2000; Allende y Verástegui, 2013; Boukaram, 2011, Robert *et al.*, 2013; Rodríguez, 2017; Ruíz *et al.*, 2021).

---

<sup>13</sup> “... ajuste a un evento *estresante*” en el original. El *distrés* es una “experiencia emocional displacentera, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual y emocional), social y/o espiritual, que interfiere con la habilidad de afrontar efectivamente una enfermedad o una situación problemática en particular” (Almanza y Holland, 2000: 199).

Por su carácter multidimensional, se pueden rescatar otras dos formas de analizarlo. La primera es por medio de tres categorías de evaluación y medición. Una primera variable evalúa la conexión social a partir de *medidas estructurales*, o bien, medidas objetivas o tangibles, tales como tamaño del grupo al que se pertenece, su densidad, la frecuencia con la cual se utiliza y la accesibilidad a determinadas redes de apoyo. La siguiente valora aspectos de carácter cognitivo y subjetivo, es decir, a través de una valoración cognitiva se evalúa la percepción de los apoyos a los que se esté conectado. La valoración de la satisfacción y la calidad de las acciones que otros pudieran estar dispuestos a realizar es dependiente de lo recuperado por Tardy (1985) como apoyo *activado* diferenciado del apoyo *disponible* y el apoyo *recibido percibido*, entendiendo que del apoyo *disponible* se *activa* una parte al utilizarse y, de ahí, deriva la percepción del *recibido*. Sin embargo, aún con la distinción anterior, se torna complicado su análisis indiscriminado, por lo que retomamos las siguientes puntualizaciones al presentarse, a nuestro juicio, de forma si no integral, menos dispersa.

1. **Direccionalidad:** Refiere a si el apoyo se recibe, se brinda o ambas acciones a la vez por parte de los implicados.
2. **Disposición:** Refiere a la potencialidad de recibirlo y al recibirlo propiamente dicho (no todo apoyo social disponible brinda el apoyo cuando se requiere). En líneas arriba se hablaría de la distinción entre apoyo *activado* y apoyo *disponible*.
3. **Necesidad de describir y evaluar:** Refiere a la calidad y naturaleza del apoyo recibido, dando cuenta de los posibles efectos que este tenga sobre quien lo recibe.
4. **Contenido:** Evalúa el impacto que tienen los distintos tipos de apoyo social sobre quien los recibe<sup>14</sup>.
5. **Conexión:** Refiere a la fuente de la cual proviene el apoyo social, sea de la familia, los amigos o alguna red de apoyo artificial. (Tardy, 1985, citado por Durá y Garcés, 1991: 261-2)

La siguiente forma de analizarlo es mediante los *diferentes tipos de apoyo existentes*. Según House (1981), el apoyo social puede ser distinguido de entre tres tipos distintos, a saber: *emocional* (seguridad de confiar en alguien), *instrumental* (acceso y disponibilidad de ayuda directa) e *informacional* (recibir información adecuada o consejo). No obstante,

---

<sup>14</sup> Una de las críticas realizadas al análisis del apoyo social se fundamenta en la susceptibilidad de producir procesos iatrogénicos sobre quien recibe el apoyo.

en un estudio actual, Ruíz y colaboradores (2021: 55), pese a no asumir su concepción formal, integraron tácitamente un cuarto tipo, el apoyo *profesional* (participación y atención activa del personal sanitario). De acuerdo con los mismos autores anteriormente citados, el apoyo del personal sanitario (*profesional*) es relevante por el contacto y acompañamiento brindado durante todo el proceso de enfermedad. Con base en lo anterior, parece ser que este cuarto apoyo no es formalizado por la ausencia o falta de cercanía del acompañamiento sanitario que suele caracterizar a la relación médico-paciente (Arzate *et al.*, 2013; García y Alvarado, 2009). Regresaremos y puntualizaremos con mayor detalle a esta última afirmación en un apartado dedicado a esta problemática.

Con todo, se puede concluir que el apoyo social es un término interaccional que analiza la estructura, la descripción y percepción de la dirección, contenido y disponibilidad del apoyo recibido de entre los diferentes tipos existentes (instrumental, informacional, profesional y emocional), cuya finalidad es valorar y amplificar el potencial benefactor sobre la salud y el ajuste a eventos productores de distrés de las redes de apoyo, sean estas naturales (familia, amigos y colegas profesionales) o artificiales (brindadas por organizaciones o instituciones de apoyo). En este sentido, se debe tener en cuenta que la percepción sobre la gravedad y amenaza de tal o cual padecimiento toma en consideración los apoyos sociales.

¿Dentro del margen de la psicooncología qué estudios se realizan con base en el carácter sistémico, amortiguador y coadyuvante de los apoyos sociales? La búsqueda realizada permite identificar en esta categoría cuatro abordajes distintos, a saber: comunicación de malas noticias, relación o alianza médico-paciente-familia, educación de médicos tratantes y el papel de la familia en el tránsito por la enfermedad.

De acuerdo con Almanza y Holland, *la comunicación de malas noticias (CMN)* es definida como toda información otorgada por un profesional sanitario que produce alteraciones en la vida de una persona y, a la vez, lo deja con pocas posibilidades tanto subjetivas como objetivas ante tal suceso (2000: 197). Por su naturaleza, esta noción va acompañada de la *relación o alianza médico-paciente-familia (relación M-P-F)*. Esta última es entendida como una relación de respeto mutuo y confianza, así como un espacio de interacción establecida con empatía y comunicación (Arzate *et al.*, 2013: 44). Un tema que no se debe dejar fuera por las implicaciones éticas y bioéticas que se perfilan es la

cuestión de los modelos de relación médico-paciente. Sánchez (2002), se encargó de describir cuatro modelos de relación, que nosotros integramos en el siguiente cuadro:

<b>Modelos principales de relación médico paciente</b>	
Modelo paternalista o instrumental	Concibe al paciente como un ser frágil e inmaduro que se debe guiar y es el médico quien toma las decisiones sin considerar las necesidades y preferencias del paciente.
Modelo informativo	El médico se limita a informar al paciente sobre las diversas técnicas diagnósticas y terapéuticas, de modo que él en su calidad de usuario es quien toma la decisión final.
Modelo interpretativo	El médico se relega a una posición consultiva y proporciona información, opciones y consecuencias; su papel implica aclarar dudas del paciente y recomienda un tratamiento acorde a las necesidades intercambiadas con él. Es el paciente quien decide finalmente.
Modelo deliberativo, participativo o colaborativo	El médico y el paciente discuten información, opciones de tratamiento y consecuencias de los mismos. La decisión la toma el paciente con base en las recomendaciones hechas por el médico, este último emplea la persuasión moral mas no la manipulación con la finalidad de respetar las demandas, necesidades y valores del paciente.

**Fuente:** Arzate, C. E., Ochoa, F. J., y Alvarado, S. (2013). La relación médico-paciente-familia en Oncología. En *GAMO, Vol. 12, Núm. 1*, (pp. 41-48).

De forma ideal, se estima que el modelo regente sea el deliberativo, participativo o colaborativo, aunque suele haber discrepancias e inconsistencias cuando son llevados a la práctica. ¿Cuáles son las condiciones a cubrir para lograr brindar el modelo ideal antes enunciado? Se requiere establecer una atmósfera de confianza para compartir la información del diagnóstico y la relacionada con las interrogantes que surjan en ese momento, así como permitir las expresiones emocionales de quien recibe la noticia (Almanza y Holland, 2000: 198). La finalidad de una relación de confianza es dotar de elementos a la persona para tomar decisiones en conjunto entre el paciente, el médico y la familia (Arzate *et al.*, 2013; Ascencio, 2013: 278). En este mismo sentido, se han rescatado las percepciones y expectativas que el paciente espera del personal de salud que, a su vez, califican como factores positivos, tales como: que muestre motivación, interés, colabore en equipo, cuente con amplia experiencia, maneje el miedo a la muerte y al dolor adecuadamente, pida la opinión, escuche, explore, informe y responda a dudas (Kübler-Ross, 1993, 2018; Arzate *et al.* 2013; Ascencio, 2013; Ruiz *et al.*, 2021).

En contraposición a una adecuada relación entre los implicados, se han documentado diferentes razones por las cuales las alianzas terapéuticas pueden verse

obstaculizadas: el descenso sustancial de empatía en estudiantes de medicina conforme se van adentrando a las instituciones de salud para su formación (González *et al.*, 2014), esto debido a que los residentes y médicos de mayor rango reproducen prácticas autoritarias con los residentes de menor rango de entre las cuales destacan el entrenamiento para la incertidumbre y el destinado a brindar atención distante (Castro, 2014); la poca preparación y capacitación de los profesionales sanitarios para brindar contención a los pacientes, así como dificultades para comunicarse y tocar aspectos psicosociales con ellos (García y Alvarado, 2009); y las defensas psicológicas derivadas de la ansiedad que deviene ante la confrontación con la muerte propia del médico tratante o algún familiar cercano (Allende y Verástegui, 2014; Celma y Strasser 2015).

En suma, la comunicación de malas noticias, la relación médico-paciente-familia y la conducta de los médicos hacia los pacientes tienen como principal característica otorgar orientación ante un evento estresor como lo es el padecer cáncer. Es evidente la debilidad de estos abordajes e intervenciones por las controversias ante su práctica, por esta razón la familia aparece como prestadora de apoyos sociales y se integra a la atención de personas con cáncer.

*La familia*, en su carácter sistémico, es un grupo donde se establecen recíprocas dependencias y vínculos afectivos entre sus miembros (Villadares, 2008: 3). Los estudios revisados sobre su papel en el cuidado y atención a pacientes con cáncer tienden a privilegiar su papel como facilitadora de contención y expresión emocional, así como mostrarse como fuente de satisfacción habitual (Melguizo *et al.*, 2019; Rodríguez, 2017). Por otro lado, suelen señalar las modificaciones y cambios que supone la llegada de un familiar con cáncer, tales como: los costos por tratamiento, necesidad a veces de mudarse para estar próximos a los hospitales, el delegar por parte del paciente tareas a sus demás familiares, lo que indudablemente traería consecuencias de sobrecarga a los cuidadores, así como las dificultades en relaciones maritales (Kübler-Ross, 1993, 2018; American Society of Clinical Oncology, 2018).

Con todo, se puede concluir que el apoyo social privilegia las redes de apoyo naturales y artificiales, objetivas o subjetivas, internas o externas de las cuales se sirve la persona con cáncer para amortiguar y ayudarse ante la emergencia y el diagnóstico de esta enfermedad. Debido a las dificultades presentes en los sistemas de salud pública, la familia cobra importante relevancia y ésta queda sometida a modificaciones divergentes

que requerirían un estudio aparte y en profundidad para dar cuenta de las dificultades a las cuales *afrenta una* familia. Este aspecto escapa a los objetivos de esta investigación, sin embargo, sí debemos dar cuenta de la forma en la que quien padece cáncer le hace frente a las modificaciones sistémicas antes expuestas.

#### **4.2.2 Estilos y estrategias de afrontamiento**

La actitud y los esfuerzos tanto cognitivos como del comportamiento dirigidos a neutralizar o disminuir el impacto de un evento con alto potencial estresor, como lo es el atravesar por un cáncer de estómago, le permiten a los individuos adaptarse y a dicha situación. En este apartado distinguiremos tres diferentes modos de afrontar eventos estresores, a saber: a nivel cognitivo, conductual y fisiológico. Aunado a ello, discernimos entre una forma de afrontamiento estacionaria, estable y duradera, frente a las acciones dirigidas, sea a la emoción o al problema, contextuales, variables y cambiantes tanto a un paciente enfermo y –a propósito del objeto de estudio– las formas en como un profesional de la salud afronta dicho proceso. Con todo, se comprende cómo determinada actitud y determinadas conductas benefician o perjudican el proceso de adaptación a la enfermedad.

El afrontamiento se ha definido de diversas formas y se le han asignado numerosas clasificaciones, operacionalizaciones y distinciones de aplicación y análisis. Lazarus y Folkman, a quienes se suele citar para precisar lo que se entiende por afrontamiento, lo definen como una respuesta diversa y dinámica que se genera como resultado de una circunstancia productora de distrés (Rodríguez, 2006: 76). Esta circunstancia productora de distrés es análoga a la forma en la que los dos autores citados conciben *un problema*, que no es sino una situación ante la cual no se tiene una respuesta o forma de actuar inmediata y previamente evaluada para disminuir su coste de error (FeSP, 2015). En este sentido, una definición de mayor amplitud implica concebir el afrontamiento como “aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores [productores de distrés o problemas] sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud” (Contreras *et al.*, 2007: 171).



Aun con las definiciones anteriores, no se minimizan las aportaciones hacia el significado de afrontamiento de otros autores; por ejemplo, y siguiendo sobre la misma definición, se pueden rescatar otras cuatro formas de concebirlo:

1. Para Lipowski el afrontamiento es la actividad cognitiva y motora que maneja una persona enferma para lograr conservar su probidad de manera física y psíquica para así poder compensar algún daño que no pueda revertirse.
2. Desde la mirada de Weisman y Wonden, el afrontamiento se refiere a lo que una persona comienza a realizar ante algún problema para conseguir un consuelo, una mejoría o una solución.
3. Pearlin y Schooler definen al afrontamiento como una respuesta ante situaciones estresantes que apoya a la prevención o a controlar diferentes malestares emocionales. En este sentido, sobresale el criterio de protección del afrontamiento.
4. Por último, Caplan define que el afrontamiento es la conducta que adapta el individuo para aminorar las manifestaciones de la actividad emocional después o durante las situaciones para llevarlos a un límite tolerable. (Soriano, 2002: 73-4)

Estas estrategias o acciones adoptadas por la persona, de acuerdo con Font y Cardoso (2009), pueden ser distinguidas entre *afrontamiento como disposición estable* y *afrontamiento contextual*, lo que nos obliga a distinguir entre los *estilos de afrontamiento* y *las estrategias de afrontamiento*, respectivamente. El primero refiere a una noción cambiante supeditada a las exigencias de determinado problema y es entendido como la disposición asumida por la persona frente a la enfermedad, este puede ser *positivo u optimista*, caracterizado por un ajuste y control adecuados a la enfermedad; *aproximativo*, distinguido por la selección hecha por la persona sobre lo que quiere y el momento en que lo quiere saber; *evitativo*, referido a eludir la enfermedad y delegar las decisiones a un representante, entre otras variaciones siempre dependientes de la evaluación adaptativa que se tenga frente a ella (Contreras *et al.*, 2007: 171-2; Ruiz *et al.*, 2021: 53-4). El estilo de afrontamiento implica entenderlo frente un continuum nunca estático que lo vuelve susceptible de modificarse ante intervenciones excedentes (no necesariamente de carácter negativo), como lo sería una complicación o una mejoría en el cuadro clínico de cáncer.

El segundo, las *estrategias de afrontamiento*, son conceptuadas por Lazarus y Folkman como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes

que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Contreras, 2007: 171). Con base en lo anterior, se entiende que los *estilos de afrontamiento* son una forma de afrontamiento disposicional, estable y duradera, pero estacionaria<sup>15</sup>, y las *estrategias de afrontamiento* son aquellas respuestas cognitivas y conductuales variables, cambiantes, contextuales y situacionales ante productores de distrés.

Las *estrategias de afrontamiento* se pueden categorizar en función de la dirección hacia donde se dirigen los esfuerzos cognitivos y conductuales, cuya diferencia radica en que estos sean dirigidos hacia el problema o hacia las emociones emergentes. Las *estrategias centradas en el problema* se asocian a un menor coste de error en las acciones realizadas y tienen por objetivo resolver o modificar el evento problema que produce distrés. Por otro lado, las *estrategias centradas en la emoción* se asocian con un mayor coste de error por desarrollar respuestas impulsivas e irracionales y, por ende, se busca modificar la forma en que se interpretan y evalúan las situaciones para afrontar de mejor manera el productor de distrés, así como evitar un deterioro del estado emocional (FeSP, 2015). De este modo, “los esfuerzos conductuales de afrontamiento serían más útiles para controlar el estrés, mientras que los esfuerzos psicológicos cognitivos lo serían para el control de las consecuencias emocionales” (Font y Cardoso, 2009: 28-9).

Los modelos de abordaje y medición de estilos y estrategias de afrontamiento suelen hacerse acompañados de test estandarizados en los que se acostumbra utilizar una taxonomía o categorización bastante amplia sobre los resultados obtenidos (Riveros *et al.*, 2009; Schiappacasse y González, 2016; Galindo, 2019), sin embargo, como refieren Font y Cardoso (2009), “no existe consenso sobre cuántas estrategias de afrontamiento hay que diferenciar” (p. 30); por poner un ejemplo, y sin intención de profundizar en estas, se pueden encontrar *estrategias* tales como distanciamiento, negación, minimización, escape, evitación, autocontrol, reevaluación positiva, atención selectiva, comparaciones positivas, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, planificación en la solución de problemas, actuar sobre la amenaza, etc. (Contreras *et al.*, 2007; Font y Cardoso, 2009; García y Gómez, 2016; Rodríguez, 2006). Existe la

---

<sup>15</sup> Cuando referimos a que los estilos de afrontamiento son *estacionarios*, estamos haciendo alusión a los *estados estacionarios* tal como los plantea García (2000): “los ‘estados estacionarios’ no son estáticos, sino que mantienen una configuración que está sujeta permanentemente a perturbaciones que no exceden de cierta magnitud, más allá de la cual el sistema se organiza” (p. 133). (comillas en el original).

posibilidad de que diferentes nombres refieran a la misma estrategia o viceversa, diferentes estrategias aparezcan con el mismo nombre.

Ahora bien, tras describir el concepto de afrontamiento, sus distinciones y sus estrategias preventivas y correctivas, surgen otras interrogantes con base en el objeto de estudio de esta investigación, a saber: ¿Cómo se circunscribe el afrontamiento cuando se tienen conocimientos y cercanía al área de la salud? ¿Existen particularidades de un profesional de la salud cuando deja de tener el control sobre las decisiones que condicionan el curso de la enfermedad? ¿Cuáles son y cuáles son sus actitudes ante el padecimiento de una enfermedad?

Diversos estudios y publicaciones periodísticas han recuperado la experiencia de lo que parece haberse consensuado en la frase *cuando el médico es el paciente*. Debido a su posición de poder por ser portadores de conocimiento, se ha considerado que los médicos, o bien, los profesionales de la salud, son pacientes difíciles; tienen importantes dificultades para aceptar el rol de paciente, que implicaría dejar de tener el control sobre las intervenciones relacionadas con su recuperación y, por ende, tienden a hacer consultas informales con colegas de trabajo, trabajar enfermos por el estigma existente de su exención a la enfermedad e incapacidad para percibirse vulnerables, el recurrir a la automedicación e incluso a aceptar argumentos y tratamientos sin base racional o científicamente comprobada, como pueden ser los tratamientos alternativos de la medicina tradicional o el rescate e incremento de las ideas religiosas (Albújar, 2015; Álvarez, 2018; Elaskar y Salomón, 2019).

Como se puede observar, la variabilidad de estilos y estrategias de afrontamiento es abismal, es difícil y contraproducente intentar forzar un comportamiento a una categoría que pudiera limitar su expresión. Esto último puede ser salvado si se retoman las tres técnicas diseñadas por la Federación de Empleadas y Empleados de los Servicios Públicos (FeSP) (2015), tanto preventivas como correctivas, con miras a la adaptación ante productores de estrés: 1) cognitivas (recursos cuya finalidad es la reinterpretación o reorientación de la situación); 2) conductuales (promueven conductas adaptativas a partir de acciones dirigidas a afrontar el problema); y 3) fisiológicas (inducen a la realización de ejercicio para regular el malestar emocional y físico).

Consideramos que las dos primeras de esas técnicas han quedado claras con la exposición previamente hecha sobre el afrontamiento. Las técnicas fisiológicas, no obstante, requieren y exigen una mejor definición no solo por no figurar antes de su enunciación, sino porque en el marco de la salud, y particularmente sobre el objeto de estudio de esta investigación, el cáncer de estómago, son de suma importancia, tanta que se ha designado otra etiqueta que nos ayuda a identificarlas en la literatura: *la psiconeuroinmunología* (PNI), entendida como el estudio de las relaciones entre el sistema nervioso, el endocrinológico y el inmunológico (Mustaca, 2001), así como sus consecuencias clínicas (Camelo, 2005).

Las relaciones entre la vida psíquica y la salud, señala Camelo (2005), han sido intuitivas desde hace bastante tiempo. Boukaram, recupera desde 1926 hasta el 2010 en orden cronológico los estudios que dan cuenta de la relación existente entre la dimensión psicológica y el desarrollo o la gravedad del cáncer. Los resultados de estos estudios tienden a señalar excedentes distresores como preámbulo de la enfermedad (2011: 31-4). En este sentido, la idea sobre la cual descansan los aportes de la PNI es que la respuesta inmunológica puede ser condicionada; se ha encontrado asociación entre los eventos que producen estrés y el decremento de la respuesta inmunitaria (Camelo, 2005; Boukaram, 2011; Botasso, 2021; Dispenza, 2014; Mustaca, 2001; Salgado, 2014).

Los aportes de la PNI siguen en acuciante discusión por las pocas precisiones y reproducciones de resultados que sus estudios muestran. Suele acusársele de fundamentar sus resultados en testimonios seleccionados deliberadamente; aunque uno de los argumentos poco cuestionados que sus defensores sostienen es que tiende a privilegiar el uso de tratamientos alternativos, tradicionales o placebos, cuyas injerencias sobre el organismo pocas veces tienen efectos adversos. En este sentido, estos tratamientos o prácticas, si no mejoran a la persona que los utiliza, tampoco le harán mayor daño. Lo que nos dejaría la interrogante de cuál es el mecanismo o proceso que se vive al interior del cuerpo para que ocurra la relación entre cerebro, sistema endócrino e inmunológico.

De acuerdo con Dispenza (2014), un pensamiento es capaz de expresarse de diferente manera en el organismo; la principal distinción hecha alude a la producción de adrenalina y cortisol (hormona del estrés desplegada por el sistema endócrino) cuando en la mente toman lugar pensamientos negativos. Todo pensamiento produce conexiones neuronales por las cuales se transmiten neuropéptidos que pasan a ser sintetizados en

proteínas por las células y generan expresiones particulares en las mismas. De este modo, se concluye que un pensamiento puede estimular o inhibir la actividad celular, incluyendo a las células inmunitarias. Con todo, la invitación que hace la PNI es a modificar conductas y pensamientos para producir expresiones celulares acorde a estas nuevas estructuras, con la finalidad de irrumpir con el círculo vicioso sostenido hasta su modificación:

Tener los mismos pensamientos de siempre nos lleva a tomar las mismas decisiones. Tomar las mismas decisiones nos lleva a manifestar la misma conducta. Manifestar la misma conducta nos lleva a crear las mismas experiencias. Crear las mismas experiencias nos lleva a tener las mismas emociones. Y tener las mismas emociones nos conduce a los mismos pensamientos. (Dispenza, 2014: 93-4)

En resumen, con estas concepciones se puede concluir que el afrontamiento es una acción, un esfuerzo y una respuesta (cognitiva o conductual), o también la manera en la que se coloca un sujeto ante situaciones que tienden hacia la alteración, el malestar y el sufrimiento, o bien, el estrés, cuyo objetivo final es proteger, regular y, en medida de lo posible, conservar un estado de integridad física, psicológica y emocional.

¿Cuáles son las estrategias y técnicas, tanto preventivas como correctivas, utilizadas en el marco de la psicooncología? Nuestra búsqueda nos permitió identificar, además de las previamente descritas (*estrategias centradas en la emoción y estrategias centradas en el problema*), estrategias instrumentales, disposicionales y conductuales. Antes de pasar a describirlas se hace de conocimiento al lector que estos estudios presentan dificultades para replicar resultados fidedignamente cuantificables<sup>16</sup> por lo que son de difícil asimilación para muchos profesionales. Se anticipa que su principal sustento deviene de los aportes de la psiconeuroinmunología, y en tanto tal, hace alusiones a las creencias, la religión y a los estados homeostáticos del cuerpo y el medio ambiente.

*La organización de la vida parece asemejarse a las muñecas rusas*, escribe Boukaram (2011: 92) para introducir la organización holográfica. La *organización holográfica* parte del principio de que el *todo* está compuesto por *partes*, o, dicho en otras palabras, un *entorno* es un conjunto de *componentes*. “Al entorno también se le denomina macrocosmos y al componente microcosmos” (p. 93). Para constituir el macrocosmos se requieren elementos conjuntos, ¿cuáles son estos elementos? La partícula más pequeña

---

<sup>16</sup> Recordemos los criterios a cubrir en la construcción de conocimiento *científico* impuestos por el dispositivo de poder medicalizante, así como los criterios de valoración de las GRADE.

en la vida es el fotón de luz, y a partir de él comienza una escala ascendente hasta llegar al universo, a saber: un conjunto de fotones de luz forma un átomo, un conjunto de átomos forma una molécula, se sigue a una célula, luego un tejido, órganos, sistemas biológicos, organismo vivo (como los humanos o animales), ecosistemas, planeta, sistema solar, galaxia y el conjunto de todas las precedentes consolidan el universo. Bajo este mismo principio opera la epigenética y, como ya intuirá el lector, la psiconeuroinmunología. La *epigenética* es el estudio de los efectos del entorno *más allá* (de ahí el prefijo epi) sobre los genes. Se ha rastreado a Bruce Lipton como el primer investigador que dio cuenta de la influencia y los efectos del entorno sobre las células (el entorno de los genes).

En un experimento que realizó en la década de los sesenta, Lipton reprodujo una célula madre y las resultantes las dividió en tres placas de petri, cada placa con un método de cultivo diferente. La hipótesis de Lipton fue que al ser todas las células (componentes) producto de una misma célula madre, estas no debían variar, aunque el método de cultivo (entorno) fuera modificado. El resultado fue el contrario a su planteamiento; tuvo como resultado células musculares, grasas y óseas, por lo que se concluyó que las expresiones genéticas de las células no eran naturales o regidas por sí mismas, sino que podían ser modificables y condicionadas con base en las condiciones de cultivo. Esto es, la modificación del entorno para condicionar la expresión genética.

En la organización holográfica también se sostiene que cada conjunto de elementos, sea en la escala que sea, se convierte en el entorno de sus componentes precedentes. Con esta afirmación y los estudios de la epigenética se permite comprobar que el ser humano, un organismo vivo, es el entorno de sus órganos, tejidos, células, etc., y a su vez, este es un componente dependiente de las condiciones de su entorno (que no necesariamente se limita a condiciones biológicas).

Ya desde el desarrollo de la psiconeuroinmunología quedó claro que estos procesos se libran a nivel químico, a niveles de neurotransmisores (neuropéptidos) que son los mensajeros químicos que comunican la actividad cerebral a las células del cuerpo. Aquellos mensajeros asociados a una química positiva son la dopamina, oxitocina, endorfinas, todas asociadas a la felicidad y al placer; mientras las de la química negativa son principalmente el cortisol y la adrenalina, ambas asociadas al estrés.

Castaingt (2007), al igual que Dispenza (2014), dio cuenta de la relación entre los pensamientos y los procesos biológicos y químicos en un estudio cuyo objetivo tácito

fue integrar los aportes de la antropología con la neurociencia. El planteamiento básico es que todo pensamiento está condicionado por la cultura y, por ende, los neurotransmisores que devienen de la interacción con el entorno social van a estar condicionados por la misma. En este sentido, Boukaram (2011) y Dispenza (2014) afirman que la vida en la actualidad es una vida de despliegue de cortisol y adrenalina la mayor parte de cada uno de los días. Se vive pensando en el pasado y en el futuro generando preocupación para evitar reproducir el primero o prever el segundo, no hay espacio para el presente, para el aquí y ahora. Esto se traduce, de acuerdo al modelo holográfico y a la epigenética, en niveles elevados de neurotransmisores negativos en el entorno (cuerpo) de los órganos y células. Vemos con mayor claridad ahora cómo es posible que los estados emocionales desmedidos y de larga duración puedan producir cáncer. Añadamos, además, el cursar por una enfermedad con la carga simbólica que tiene el cáncer más sus manifestaciones químicas propias de la misma enfermedad; se obtiene un entorno bastante preocupante que puede no solo inhibir la respuesta inmune, sino también propiciar y acelerar el desarrollo y evolución del cáncer, a saber: la adrenalina eleva la frecuencia cardíaca y la presión arterial, haciendo que las células demanden una mayor cantidad de nutrientes, y estos pueden ser absorbidos por las células tumorales o, en casos peligrosos, inducir la metástasis.

Con base en lo anterior, las técnicas instrumentales utilizadas para el tratamiento a personas con cáncer de estómago son la *medicina tradicional*, tales como las prácticas rituales (limpias chamánicas, brebajes medicinales, amuletos, etc.), tés herbarios (particularmente la manzanilla y la zanahoria en el manejo de cáncer de estómago); *medicina homeopática* (medicamentos placebos a base de hierbas) en caso de presencia de depresión *estimulación magnética transcranial* y *biofeedback* (prácticas de estimulación guiada de zonas del cerebro para propiciar los químicos de la felicidad); y *terapia psicológica o psiquiátrica*, acompañada de *risoterapia* (Boukaram, 2011, Dispenza, 2014).

Respecto a las técnicas disposicionales nos hallamos en terreno de la espiritualidad, la creencia y la fe. Implica aceptar y reconocer que nuestros sentidos son incapaces de percibir el medio en su totalidad, los sentidos brindan un conocimiento parcial de la realidad (Boukaram, 2011), por lo que la presencia de fuerzas trascendentales y desconocidas puede estar ahí sin que sea notado. La creencia en Dios, en santos, ángeles, en avistamientos a familiares fallecidos, figuras e imágenes espirituales o imágenes de

una persona (chamán, brujo, huesero, yerbero, etc.) influyen en la evolución beneficiosa de quien les deposita su fe (Kübler-Ross, 2017, Salgado, 2014; Strauss, 1995).

Las últimas, las técnicas conductuales, son acciones destinadas a mediar, disminuir o eliminar el impacto negativo: ejercicio físico, respiración abdominal, dietas, meditación, yoga y/o escuchar música de agrado.

El objetivo final tanto de los apoyos sociales como de estas medidas/estrategias de afrontamiento es generar un *entorno* beneficioso que produzca expresiones celulares positivas aun cuando las condiciones están en contra de quien padece cáncer. Se trata de propiciar la producción de neurotransmisores de la felicidad a través de redes de apoyo, de pensamientos positivos y conductas tendientes a estados homeostáticos del cuerpo y su entorno inmediato y no tan inmediato. Es importante enfatizar, no obstante, que cada una de estas técnicas enunciadas deben ser dialogadas con el médico tratante; no son técnicas aplicables sin supervisión profesional.

Esta guía “complementa” los conocimientos médicos actuales pero no los sustituye [...] TODAS las recomendaciones médicas actuales para la detección así como los tratamientos reconocidos, deben respetarse íntegramente. [...] En lo que respecta al deporte, los masajes y el yoga, [se debe] consultar a un profesional de la salud si las posturas son compatibles con tu estado físico. (Boukaram, 2011: 125) (mayúsculas en el original y comillas nuestras)

Siguiendo la taxonomía referida en el debate sobre los diferentes tipos de tratamientos para el cáncer, se reitera que las técnicas aquí descritas son integradas en la categoría de *tratamientos no convencionales y complementarios*, sin embargo, se defiende la postura de los *tratamientos alternativos* con base en la propuesta de la OMS a su aplicación y promoción en las políticas de salud pública. Como estos estudios que dan cuenta de su utilidad y pertinencia hay muchos, y también pueden ser ubicados bajo el término de *resiliencia*, un concepto polémico en las ciencias sociales. En líneas siguientes daremos cuenta de la construcción teórica-metodológica de este concepto y las críticas a las que ha sido sometida, proponiendo nuestra forma de concebirla en función del objeto de estudio y los objetivos perseguidos por la investigación.



### 4.2.3 Dispositivo de la felicidad

La felicidad parece el ideal a alcanzar cuando se enfrenta un proceso de salud-enfermedad. Los conceptos y estudios antes explorados dan cuenta de la forma en la que se busca o negar las emociones o dirigir las y orientarlas en función de un ajuste que suponga beneficios al individuo. En este apartado hacemos una revisión de las formas en las que se ha conceptualizado la emoción en cuatro periodos históricos, así como su relación con los postulados de algunos teóricos de la resiliencia quienes se esfuerzan por crear, mantener o actualizar espacios que reduzcan o neutralicen el potencial de riesgo para mantener la emergencia de emociones de índole placentera. Aunado a ello, se presenta una crítica al *dispositivo de la felicidad* que no hace sino negar y acrecentar el temor al dolor y sufrimiento, impidiendo muchas veces asignarle un significado y, por ende, sucumbir a él cuando algún evento con alto valor disruptivo se presenta. La finalidad de este apartado es demostrar tanto beneficios y perjuicios implicados en el intento por mantener ambientes que nieguen la alteridad con base en la propuesta tanatológica de la aceptación a procesos de duelo por pérdida de la salud.

Hasta ahora hemos dado cuenta de las diversas técnicas y estrategias utilizadas por la psicooncología en el manejo y la optimización del entorno para un mejor ajuste psicosocial ante el cáncer. Sin embargo, no hemos aclarado las razones por las que consideramos a los *recursos resilientes* como una categoría que integra a las otras dos abordadas, los apoyos sociales y los estilos y estrategias de afrontamiento. Además, hasta este momento, se ha utilizado sin definir otra noción polémica de forma indiscriminada, *las emociones*. Como se ha permitido entrever en líneas arriba, las emociones aparecen como una respuesta biológico-química, impulsiva e irracional, que requiere ser reorientada y reinterpretada en función del ajuste o adaptación ante eventos productores de distrés (*afrontamiento centrado en la emoción* y *psiconeuroinmunología*). Interpretada de esta manera, las emociones no son sino un obstáculo a evitar en función de una manera óptima de hacer frente a las adversidades, a eventos y experiencias productoras de distrés. ¿Existe otra manera de concebir a las emociones en el marco de las ciencias sociales? De ser así, ¿qué implicaciones tienen sobre la forma de concebir el concepto de resiliencia?

De acuerdo con Bolaños (2015) el estudio de la emoción ha pasado por cuatro transformaciones en el curso de la historia. El primer momento se ubica previo al siglo XX y en este se concibe a la emoción como una respuesta o reacción fisiológica y de

carácter irracional. El siguiente ocurre a principios del siglo XX y es caracterizado por el intento de neutralizar la visión que opone al individuo y la sociedad y a la emoción de la razón. Un tercer momento ocurre a mediados del siglo XX con las interpretaciones de la emoción como producto de la internalización de estructuras sociales que determinan la orientación de esta<sup>17</sup>. Y, por último, un momento que demarca el relativismo de las emociones expresadas en las diferentes culturas.

A finales del siglo XX, William James “definió las emociones como reacciones fisiológicas irracionales por adolecer de una forma más o menos inteligente” (Bolaños, 2015: 180). Esta perspectiva se sostiene en la actualidad aún cuando su estudio ha presentado modificaciones. Tanto Boukaram (2011) como otros autores de los textos citados para justificar la psiconeuroinmunología (componente fisiológico) y el afrontamiento centrado en la emoción (componente irracional) privilegian el componente biológico-químico de la emoción, siendo estas “señales especializadas que traducen un mensaje específico relacionado con una situación vivida” (p. 42). Estos mensajes, en forma de neurotransmisores, pese a contemplar la organización holográfica entre el entorno y sus componentes, parecen prescindir deliberadamente del entorno cultural, y esto queda demostrado en la siguiente definición: “Las emociones son normales y esenciales. No son ni buenas ni malas. Si las llamamos ‘emociones negativas’ es solo por la sensación desagradable (el miedo) que las acompaña” (p. 46).

A finales de la década de los años treinta en el siglo pasado, Norbert Elías añadió con sus estudios sobre procesos de civilización las relaciones existentes entre la estructura social y la estructura emotiva e individual (Bolaños, 2015). Elías (1992) distingue entre una especie de emoción primaria y una emoción condicionada, respectivamente denominadas *excitación o emoción espontánea* y *emoción controlada*. Lo esencial en la propuesta de este autor es que la emergencia tensitiva (tensión) de la excitación debe ser autocontrolada y autorregulada en función de la aprobación social enmarcada bajo los imperativos de la civilización, esto evita ser considerado (y sentirse) un *salvaje* o un ser *anormal*.

El siguiente paso por el curso de las transformaciones de la emoción fue promovido por Foucault, Bourdieu y Le Breton (Bolaños, 2015) y, de acuerdo con

---

<sup>17</sup> Anticipamos al lector que dedicaremos un espacio privilegiado a este momento por su pertinencia en la investigación.

Castaingts (2007), Damasio. Los aportes de Foucault y Bourdieu no distan de las concepciones antes mencionadas sobre los dispositivos de poder y los procesos de subjetivación del individuo sometido a ellos. Bolaños rescata de Bourdieu su concepción sobre las emociones como “prácticas que emergen de las disposiciones corporales siempre condicionadas por un contexto histórico y cultural” (2015: 185). En este sentido, tanto Damasio (1989) como Le Breton (1998) empiezan a producir un marco interpretativo desde el paso de la emoción biológica a la social y la maleabilidad del individuo desde etapas tempranas de su vida respectivamente. Para Le Breton (1998) un ser humano nace totalmente limpio, abierto y libre, cuya condición le permite adquirir los conocimientos y estrategias de socialización (como las sensaciones, experiencias, la atención, el afecto) para que se pueda desarrollar, desplegar y comunicar en sociedad. En su inserción a la sociedad y a la cultura, este empieza a modelar su lenguaje, sus gestos y sus maneras de expresar las sensaciones (excitaciones) emergentes de estímulos internos o externos puesto que se agregan algunas determinantes interpretativas, a saber: en cómo percibe el mundo, a las personas y el significado que le da a cada una. Le Breton distingue a la emoción de la afectividad; la primera aparece con su connotación biológica puesto que se debe y se puede controlar con base en los estatutos afectivos, que no son sino el componente moral que media la relación entre el individuo y el mundo.

¿Cómo se logra este proceso de mediación? Para Damasio (1989) existen tres tipos de emociones –entendidas por él como la repercusión de un suceso que ya ha pasado, que está ocurriendo o que va a suceder, en otras palabras, una respuesta ante un evento: las emociones primarias, como la alegría, tristeza, miedo, ira, sorpresa o repugnancia; las emociones secundarias, vergüenza, celos, culpa, orgullo; y las emociones de fondo, bienestar, malestar, calma o tensión. Como se permite entrever, en sus clasificaciones existe un componente espontáneo y uno de apropiación o reflexión que, según él mismo, se diferencia por la durabilidad de cada una y la llegada a la consciencia de estas. Por lo tanto, el paso entre emoción y afectividad se da por medio de la durabilidad que se le da en la consciencia tras un proceso de reflexión<sup>18</sup>. Con todo, Le Breton concluye que la

---

<sup>18</sup> Castaingts, (2007) realiza la misma distinción pero utilizando los dos estados de consciencia descritos por Damasio, a saber: la consciencia primaria (acto al nivel de los animales que permite dar cuenta de las cosas en el mundo), y la consciencia de orden superior (acto propio del ser humano que implica reconocer los propios actos y afectos en función de un pasado, presente y futuro).

emoción se expresa a través del lenguaje corporal que vehiculiza determinantes sociales (1998), es decir, la emoción se expresa, mas no es esta ya una expresión.

El último momento, que se ha denominado *antropología de las emociones*, fue iniciado por Le Breton y complementado con los aportes de Lutz y White. Para estos autores “las emociones se constituyen biológicamente como movimientos musculares faciales, aumento de la presión arterial, como procesos hormonales y neuroquímicos y como instintos ‘cableados’ que constituyen una psique humana genérica” (Bolaños, 2015: 186). Lo que Le Breton comenzó conceptualizando como una mezcla de sensaciones del cuerpo, en gesticulación y significados, se le añade el componente bioquímico neuronal trabajado por Lutz y White a finales del siglo pasado, Castaingst a inicios de este siglo y tácitamente por los defensores de la psiconeuroinmunología.

Es cierto que al inicio mostramos a estos últimos estudios como contrarios a la integración entre cultura y bioquímica, sin embargo, esto fue de manera estratégica y deliberada por una razón: realmente no aparece una distinción clara entre psiconeuroinmunología y cultura sino a partir del texto de hallado de Castaingts (2007) y, apenas con un esfuerzo por visualizarlo, en Dispenza (2014), es por esto que necesitábamos desarrollar mejor los planteamientos de la antropología de las emociones para una mejor comprensión. Pasemos ahora a los estudios sobre resiliencia, un concepto que persigue generar ambientes o entornos que posibiliten y sostengan emociones agradables aunque el entorno propicie emociones negativas (adversidades).

El primero en utilizar el término Resiliencia fue Bowlby en vísperas de la década de los sesentas, quien la definió como “resorte moral, cualidad de una persona que no desanima, que no se deja abatir” (Múñoz y De Pedro, 2005: 112). Más tarde, Vanistendael, a quien se le atribuye el haber desarrollado una definición que posibilitó la primera generación de investigadores en resiliencia, la definió como “la capacidad de triunfar, de vivir, de desarrollarse de manera positiva y socialmente aceptable, a pesar del estrés o de una adversidad que implica normalmente el grave riesgo de resultado negativo” (Poletti y Dobbs, 2005: 16). A partir de entonces surgieron variaciones similares como la de Grotberg (2001: 20), “resiliencia es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad”, o la de Cyrulnik (2016: 9), “la posibilidad de volver a la vida después de una agonía psíquica traumática o en condiciones adversas”. Este pequeño acervo de definiciones

sobre resiliencia coincide en considerar a la resiliencia como la capacidad del individuo para hacer frente a la adversidad y salir fortalecido de ella.

Los estudios sobre resiliencia han sido adaptados y aplicados en ciencias sociales para dar cuenta de la influencia que la construcción y promoción de recursos resilientes tiene sobre el íntegro desarrollo de los niños, aun cuando sus condiciones son categorizadas como *de alto riesgo* (Grotberg, 2001; Muñoz y De Pedro, 2005; Espinosa *et al.*, 2017), también se han ocupado del papel de estos sobre la constitución de la calidad de vida y el mantenimiento de la salud (Seligman y Crikzentmihaly, 2000, citados por Grotberg, 2001; Suárez, 1996), y la creación de entornos que disminuyan el potencial de impacto negativo de las adversidades (Cyrulnik, 2016; Madariaga *et al.*, 2016). De modo tal que, como recuperan Muñoz y De Pedro, “la resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción [y] la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo” (2005: 112).

Cada una de estas precisiones nos permite asociar la resiliencia con el *apoyo social* (resistencia/amortiguador de productores de distrés) y con el *afrentamiento* (disposición para forjar y sostener un comportamiento vital positivo). En este sentido, se sostiene nuestra forma de percibirlo como un concepto de mayor alcance y amplitud al grado de integrar en él mismo a los otros dos conceptos. Con todo, recuperamos la definición de resiliencia propuesta por González y Valdez, citados por Espinosa y colaboradores (2017: 138), por integrar sus dos componentes, enfatizando que no es cualidad únicamente del individuo: resiliencia es “el resultado de la combinación entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social, y cultural (externos) que posibilitan superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva”.

Es cierto que la resiliencia, entendida en los términos antes expuestos, cumple con su compromiso social y, a su vez, descansa sobre intervenciones con miras a disminuir el potencial iatrogénico de quienes atraviesan por adversidades, problemas o eventos productores de distrés –términos análogos antes utilizados–, sin embargo, no ha quedado exenta de críticas que antes de refutar sus planteamientos, los debilitan.

Recordemos la noción de *dispositivo* una vez más. Parafraseando a Foucault (1991), el desarrollo y aplicación de nuevos dispositivos estratégicos que resolvieron un determinado número de necesidades y demandas sociales en momentos históricos clave

tiene por consecuencia inmediata la creación de muchos otros con impactos variados y cuya estructura se debe desentrañar. Lo anterior nos exige cuestionarnos sobre a qué *dispositivo* referimos cuando hablamos de la actual sociedad neoliberal. Para Byung-Chul Han, en la actualidad vivimos en lo que él ha denominado *la sociedad del rendimiento*, cuya característica principal es invisibilizar una nueva forma de subjetivación y sometimiento a través de la sensación de libertad del sujeto; “el sujeto del rendimiento, que se pretende libre, es en realidad un esclavo [...] se somete a coacciones internas y a coerciones propias en forma de una coacción al rendimiento y la optimización” (Han, 2014: 7). El sujeto del rendimiento es empresario de sí mismo, se ocupa de su propia empresa, se autoexplota en ella misma. A diferencia de las sociedades disciplinarias descritas por Foucault (2002), donde el poder coercitivo era ejercido desde afuera del sujeto sobre él mismo para formar cuerpos dóciles, en la sociedad del rendimiento se explota la libertad y logra que los hombres se sometan a sí mismos. Por lo tanto, este sujeto es amo, verdugo y esclavo en sí mismo, se convierte en cierto modo en un medio de producción en miras hacia la optimización acelerada; “en lugar de hacer hombres sumisos, intenta hacerlos dependientes” (Han, 2014: 18) para mantenerlos funcionales, productivos y brindando respuestas acorde a los intereses perseguidos en esta sociedad. Es un poder amable e inteligente que no actúa en contra de las voluntades de las personas; la dirige a su favor.

Al igual que las *biopolíticas* en las sociedades disciplinarias, existe un símil en las sociedades del rendimiento, *las psicopolíticas*. Estas políticas tienen por principal característica el no conformarse con tomar, vigilar, controlar y moldear cuerpos dóciles; también ejercen el poder con la intención de trascender la conquista de lo somático para tratar de tomar el pensamiento, o bien, la psique (Han, 2014). La política por excelencia de la sociedad del rendimiento es la autoexplotación y la autooptimización; parafraseando a Han (2014), ahora te autoexplotas y crees estarte realizando. *La vida se reduce a un proceso biológico que hay que optimizar* (Han, 2021: 31).

De la misma manera que con los términos anteriores, en la sociedad del rendimiento existe un análogo a la *medicalización*, la *saludificación* y, en materia del cáncer propiamente dicho, la *molecularización*. El primero se refiere a la instauración y legitimación de las prácticas preventivas como ideologías que configuran ciertas formas de expresión conductual y cognitiva, como la *autogestión* de la vida (Padilla, 2019: 69).

La *molecularización* es definida como la legitimación y articulación de estudios genéticos en cuanto a la posición de los genes y las moléculas, cuya alteración o carga genética lo vuelve a uno susceptible de desarrollar cáncer. Ambos conceptos son heredados de las políticas preventivas impuestas por el dispositivo médico: la epidemiología y el *consejo médico oncológico* respectivamente. Se instauran como *políticas del riesgo en potencia* (Castillo, 2013) y tienen por consecuencia inmediata el producir la sensación de ser el *soberano* de la propia vida, de modo tal que el desarrollar tal o cual enfermedad, o morir por ella, será responsabilidad del individuo mismo (Padilla, 2019: 49). Con esto no queremos decir que la epidemiología o el consejo médico oncológico pierdan importancia, finalmente, son estrategias en torno a la salud y sus objetivos no deben ser menospreciados. Antes de mostrarse como polos opuestos, estos aportes son complementarios.

Una última analogía entre el dispositivo médico medicalizante y el médico saludificante se encuentra en la gestión de la muerte. Anteriormente se citó lo que Brito (2016) identificó como el paso del *dejar vivir* por el poder de *hacer vivir*. En la sociedades del rendimiento no basta con suscribir los cuerpos a prácticas legitimadas, sino también a la psique para autogestionar y autooptimizar el cuerpo, ya que vitalidad y vivir no son sinónimos (Han, 2021), la vitalidad resulta de medir las proporciones corporales en torno a estándares de belleza. Lo bello y óptimo desdibuja, sino es que borra, lo atroz, los fracasos, lo negativo.

¿Cómo se circunscribe la sociedad, el sujeto del rendimiento, las prácticas preventivas legitimadas y las emociones expresadas y condicionadas por dicha sociedad en torno a la crítica aquí sostenida frente a la resiliencia? La sociedad del rendimiento “quiere activar, motivar, optimizar y no obstaculizar o someter” al sujeto del rendimiento en su empresa (Han, 2014: 16). El dolor, sufrimiento, las emociones negativas o displacenteras, los problemas, los productores de distrés o las adversidades no caben en este tipo de sociedad por imposibilitar u *obstaculizar* su incesante optimización y producción acelerada. Esto llevó a Han (2021) a asignarle una connotación diferente a la sociedad que busca incansablemente evitar o, mejor aún, rebatir toda posibilidad de hacer emerger tales condiciones de vida, *la sociedad paliativa*. La sociedad paliativa se caracteriza por el imperio de la *algofobia*, un tipo de fobia al dolor o miedo generalizado

al sufrimiento, cuya consecuencia inmediata es la reducción desmesurada de la tolerancia al dolor. Se vive en un estado de “anestesia permanente” (Han, 2021: 11).

El común denominador de las intervenciones que buscan desarrollar u optimizar los recursos resilientes tiene sus cimientos en producir o modificar las condiciones ambientales asociadas a la latente manifestación de alteraciones sistémicas u orgánicas en el individuo puesto que estas son “consideradas factores de riesgo por estar asociados a una alta probabilidad de ajuste negativo” (Villalba *et al.*, 2016: 68). La resiliencia procura optimizar los *nichos* potencialmente dañinos y riesgosos (Cyrułnik, 2016). Resiliencia es un concepto de carácter preventivo, anticipatorio y planificador; impide la vivencia de los peligros, problemas, fracasos; limita la exposición abrupta a la adversidad; preside la lógica del *ganar-ganar* (Grotberg, 2001). No hay espacio para lo negativo, para la pérdida, la tristeza, la depresión, emociones de naturaleza *negativa*. La resiliencia legítima, sostiene, procura y profesa la felicidad.

El *dispositivo de la felicidad* es el regulador por excelencia de la sociedad neoliberal del rendimiento. “La nueva fórmula de dominación es «sé feliz»”<sup>19</sup> (Han, 2021: 23). El estado de insensibilidad al dolor y la continuidad de la felicidad se traduce en formas de hacer *rendir* a los sujetos. La resiliencia se convierte en catalizador de incremento en el rendimiento. De modo tal que las profesiones derivadas de las ciencias sociales y de la salud, como la psicología positiva –recupera Han–, desarrollan intervenciones con miras al borramiento de la *incapacidad*. “La exigencia de optimizar el alma, que en realidad la obliga a “ajustarse” a las relaciones de poder establecidas, oculta las injusticias sociales” (Han, 2021: 24)<sup>20</sup>. La psicología positiva reproduce modelos de autoexplotación, automotivación y autooptimización.

Si, como hemos visto, la psicooncología hace uso de los aportes de la psicología sistémica, cognitivo-conductual y, ahora, la psicología positiva, así como de la psiconeuroinmunología y la epigenética, todas promotoras de la felicidad, ¿dónde queda la crítica aquí hecha a estos modelos de intervención psicosocial en materia de atención a personas que padecen cáncer?, ¿Acaso pierden su validez como psicología aplicada? Consideramos que no pierden su validez y vigencia en el marco de la psicooncología puesto que sigue otorgando resultados significativos con sus intervenciones, como las

---

<sup>19</sup> Comillas españolas en el original.

<sup>20</sup> Comillas nuestras.



expuestas en el apartado anterior, a las personas que atraviesan por un cáncer. Sin embargo, los incesantes esfuerzos de estos marcos interpretativos basados en la resiliencia por regular, evitar, disminuir o neutralizar la emergencia de eventos disruptivos le impide a la persona asignarle un significado a su experiencia cargada de un universo simbólico y real de dichos acontecimientos. En este sentido, privilegiamos la asignación de significados a la pérdida y al dolor, ambos inherentes a un proceso de salud y enfermedad, pero con base en los planteamientos de la tanatología y la crítica expuesta por Han.

Un referente fundamental pasa a ser la doctora y psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, a quien se le atribuye el nacimiento del estudio de la tanatología, disciplina encargada del estudio de todo fenómeno relacionado con la muerte y los procesos de *duelo* que la acompañan. El cáncer integra ambas perspectivas, es una enfermedad asociada a la muerte y en sí misma encarna la *pérdida* de la salud.

Algunos de los estudios de la doctora Kübler-Ross estuvieron centrados en el significado social de la muerte y sus implicaciones en las actitudes y emociones emergentes en pacientes, médicos y familiares (1993), el desarrollo de su teoría sobre el *duelo* y su aplicación ante las diversas modalidades de *pérdida* (Kübler-Ross y Kessler, 2017), el acompañamiento profesional hacia la tendenciosa y ulterior muerte de personas con alguna enfermedad crónica (2018), y, de sus obras más polémicas por su carácter metateórico que la llevaron a recibir críticas despectivas ante la supuesta pérdida de objetividad, el estudio sobre el trascender de la vida al desligarse de la vida terrenal (2017).

En tales obras, un componente sustancialmente reiterado y característico de los postulados tanatológicos es la necesidad de no reprimir y mejor dar apertura y paso a toda manifestación emocional y conductual dado que se justifica en el tránsito por un proceso de duelo. Si bien Kübler-Ross no brindó una definición sobre el duelo en los materiales revisados, permite inferir que el proceso de duelo tiene que ver con las respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales de una persona para adaptarse a la pérdida de un objeto, este último con diversos grados de significatividad para quien lo vive. De acuerdo con Cabodevilla, el duelo suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que suceden a la pérdida de un objeto con el que el sujeto en duelo estaba vinculado. En palabras más concretas, este mismo autor refiere que el duelo, del latín *dolus* (dolor), “es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien o de algo” (2007: 165).

Las pérdidas de aspectos de sí mismo como la salud, partes del cuerpo, capacidades motoras, valores, expectativas o ilusiones son una de las diversas modalidades del duelo, cuya intensidad no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino de la inversión afectiva invertida en la pérdida (Cabodevilla, 2007: 164). En relación con lo anterior, desde el psicoanálisis identificamos otro de los modelos existentes para explicar el duelo. En vísperas de los años veinte del siglo pasado, en *Duelo y melancolía*, Freud ([1917] 1976) también concebía el duelo como una reacción ante una pérdida, sin embargo, hace una distinción de intensidades entre *el duelo*, la reacción ante la pérdida del objeto de amor, y *la melancolía*, la respuesta ante la pérdida del amor del objeto, siendo la segunda la equiparable con un duelo patológico, aquel que compromete el curso de la vida cotidiana de manera importante, y la primera a un proceso recurrente y normal al que el individuo se enfrenta en el curso de su vida.

Para este último autor, la elaboración del duelo requiere volcar la libido depositada en el objeto de amor perdido sobre su *yo*, una instancia reguladora de energía libidinal, para, posteriormente, ser volcada o reinvestida a un nuevo objeto de amor (Freud, [1917] 1976). Por lo que se refiere a los trabajos de la doctora Kübler-Ross y Kessler (2017: 15-29), el proceso de elaboración del duelo puede dividirse en cinco diferentes momentos que posibilitan una readaptación ante eventos productores de expresiones disruptivas, como la tristeza y la ira, por ejemplo. Las *cinco etapas de duelo* son *negación*, se niega el hecho de alguna pérdida con la finalidad de dosificar el impacto intenso y doloroso; *ira*, sustituto defensivo para evitar que sentimientos disruptivos afloren antes de estar preparados para afrontarlos; *negociación*, acto dirigido a pactar alguna deuda con tal de regresar a un estado de serenidad previo a la pérdida; *depresión*, emergencia desmesurada de tristeza, sensación de vacío, característica de las respuestas ante la pérdida<sup>21</sup> y *aceptación*, se acepta la realidad de la pérdida y se reconoce que es la realidad permanente.

Es importante destacar que estas etapas no son fijas ni sucesivas, pueden ser incluso regresivas, es decir, se puede transitar de una a otra, vivir diferentes al mismo tiempo y, en caso de considerarse superadas, se puede volver a experimentarlas. Además, no existe cosa como *el* duelo a transitar, sino *los* duelos por experimentar, ya que estos

---

<sup>21</sup> *La pérdida [implica] una situación depresiva, y la depresión es una respuesta normal y adecuada. Lo raro sería no sentirse deprimido tras perder...* (Kübler-Ross y Kessler, 2017: 24).

pueden ser vividos por diferentes objetos perdidos, pero también porque cada duelo se vive de manera individual: “la expresión del duelo no es universal, ni uniforme, ni homogénea y posee diferentes matices, expresiones, ritos y comprensiones desde variables socioculturales” (Cabodevilla, 2007: 167).

Los autores hasta aquí recuperados dan cuenta de las expresiones fisiológicas, conductuales y cognitivas de la persona que experimenta un proceso de duelo. En ellos es notoria la constante de expresiones de carácter negativo, de entre las cuales destacan la tristeza, culpa, ansiedad, negación, evitación, impotencia, abulia, añoranza, desesperanza, el enojo, autorreproche, miedo, desamparo, abatimiento, aplanamiento, aislamiento, embotamiento, entre otros.

Cada una de las etapas, con las respectivas emociones y conductas que manifiesta, “son importantes; son los mecanismos de protección de la psique [...] ayudan a dosificar el dolor de la pérdida, [son] la forma que tiene la naturaleza de dejar entrar únicamente lo que somos capaces de soportar previo a su aceptación” (Kübler-Ross y Kessler, 2017: 17). El dolor, los sufrimientos y las penas inmunizan (Han, 2021). Cabe destacar, para evitar confusiones, que la doctora Kübler-Ross hace uso del término *depresión* no como la clínica medicalizante que la concibe como una enfermedad o trastorno mental. Para ella, la depresión *es un acto de equilibrio* que sigue a una pérdida.

Por muy difícil que sea de aceptar, la depresión posee elementos que pueden ser útiles en el duelo. Nos obliga a “ir más lentos” y nos permite evaluar de forma real la pérdida. Nos obliga a reconstruirnos de nuevo desde la nada. Limpia el camino para crecer. Nos lleva a un lugar en lo más hondo del alma que no exploraríamos en circunstancias normales. [...] “Hay que dejar que los dolientes experimenten esta pena...”. (2017: 26) (comillas nuestras).

La intención de señalar ciertas oraciones con comillas en la cita anterior es dar cuenta de una forma distinta de concebir los procesos de afrontamiento o de producción resiliente ante la crítica de Byung-Chul Han. La etapa de la depresión, tal y como la concibe la doctora Elisabeth Kübler, permite a las personas plantearse las preguntas más filosóficas que no se harían en el estilo de vida tan acelerado que se lleva día con día (1993) y a permitirse experimentar tales emociones, aunque sean catalogadas de disruptivas para así conseguir la aceptación de las manifestaciones personales y sociales ante las pérdidas. El proceso de duelo permite una reintegración amplia entre eventos del pasado en el presente, una especie de *metamorfosis* (Kübler-Ross, 2017) tras el vacío transitado; “empezamos el proceso de reintegración, en el que intentamos recomponer las piezas que

se han fragmentado” (Kübler-Ross y Kessler, 2017: 27). Aspecto que también refiere Han en su libro, y que anticipamos una disculpa por la larga cita que sigue a esta afirmación:

El dispositivo de la felicidad cosifica la felicidad. La felicidad es más que la suma de sensaciones positivas que prometen un aumento del rendimiento. No está sujeta a la lógica de la optimización. Se caracteriza por no poder disponer de ella. Le es inherente una negatividad. La verdadera felicidad solo es posible en *fragmentos*. Es justamente el dolor lo que preserva a la felicidad de cosificarse. Y le otorga duración. El dolor *trae* la felicidad y la *sostiene*. *Felicidad doliente* no es un oximorón. Toda *intensidad* es dolorosa. En la *pasión* se fusionan dolor y felicidad. La dicha profunda contiene un factor de sufrimiento. Según Nietzsche, el dolor y la felicidad son dos hermanos, y gemelos, que crecen juntos o que [...] juntos *siguen siendo pequeños*. Si se ataja el dolor, la felicidad se trivializa y se convierte en un confort apático. Quien no es receptivo para el dolor, también se cierra a la felicidad profunda... (2021: 27). (cursivas en el original)

Para Freud, recupera Han, el dolor es un síntoma que apunta a un bloqueo en la historia de una persona. A consecuencia de ese bloque la persona es incapaz de seguir dentro de su historia. Es por ello que la terapia tiene por objetivo liberar a la persona de dicho bloqueo para volver a disolverse en su historia. Asignarle un significado al dolor es liberarlo del *sinsentido* (Han, 2021: 38-39), liberarlo de ser reducido a una mera respuesta biológica.

Para Han el dolor tiene múltiples significados. A propósito del duelo como pérdida de un objeto con el cual se estuvo uno vinculado, este autor refiere que el *dolor es vínculo* en el sentido de que los vínculos intensos pueden llegar a ser dolorosos. De igual manera, el *dolor es diferencia* ya que acentúa umbrales que impiden que el cuerpo y el mundo caigan en la indiferencia, como por ejemplo los órganos que se dan a conocer en su propio dialecto del dolor. También el *dolor es realidad* que se da a conocer en las fricciones. Y, entre otros más, el *dolor estimula la imaginación*, ya que ante su emergencia sucede la búsqueda de remedios para desaparecer lo insoportable.

Otro aspecto trabajado por Han, a propósito de la *algofobia* y el *sinsentido* a la experiencias que producen dolor y sufrimiento como aspectos inherentes a la vida misma, es el tema de la muerte, cuya aparición en pensamiento ocurre al recibir un diagnóstico de cáncer. Para Elías (2009), el ser humano es el único ser vivo que teme a la muerte porque sabe que va a morir. La muerte, al igual que el dolor, es una compleja configuración cultural (Han, 2021: 19). Cabodevilla hace un breve recorrido sobre la manera en la cual la concepción de la *buena* o *mala* muerte ha variado en el curso de la historia. En la Edad Media, la buena muerte era aquella que ocurría lentamente y anunciaba su llegada, siendo una mala muerte aquella repentina. Del siglo XIV al XVIII,

la muerte adecuada era aquella que producía dolor, agonía y sufrimiento. En la actualidad, la muerte se resguarda cada vez más en espacios privados; “la muerte ha dejado de considerarse una parte de la vida, convirtiéndose en algo molesto de lo que ya no se habla ni siquiera con quien la está vivenciando cercana” (Cabodevilla, 2007: 165).

Rimpoché (1994: 57-58), expresa que esta forma de mirar a la muerte como un tabú, como un suceso a ocultar, es consecuencia del modelo económico neoliberal que privilegia el consumismo y, por ende, la tendencia del individuo a aferrarse a la vida para seguir consumiendo. De modo tal, que invita a las personas a entender que para aceptar la vida se debe aceptar desprenderse de ella cuando se anuncie la muerte. Finalmente, Han (2021: 90) afirma que muerte y dolor van juntas; en el dolor se anticipa la muerte, por lo cual al neutralizar el significado del dolor se niega el significado de la muerte. Concluyendo de esta manera que una vida sin muerte ni dolor ya no es una vida humana, *sino una vida de muertos vivientes*.

En la sociedad paliativa nos olvidamos por completo de hacer que el dolor sea narrable, [...] de expresarlo con lenguaje, de revestirlo de una narración [...] Hoy el dolor está totalmente desconectado de la imaginación. Se le priva de lenguaje para reducirlo a un asunto de técnica medicinal. Los analgésicos se anticipan a la narración, a la imaginación, y la sedán. [...] El dolor es atajado antes de que ponga en marcha una narración. (Han, 2021: 58-59)

Con todo, no queda duda sobre la pertinencia de la crítica realizada por Han respecto al dispositivo de la felicidad como producto de la explotación de la libertad y la autooptimización no solo de los cuerpos sino también de las mentes. Con todo este recorrido, damos cuenta de que el dolor, la pérdida y la muerte, todos procesos inherentes a la vida y a la enfermedad, requieren ser narrados, significados y cargados de sentido ante la emergencia de una enfermedad crónica como el cáncer.

En resumen, las intervenciones basadas en el desarrollo, producción o amplificación de los recursos resilientes de los que se sirve una persona que padece cáncer de estómago son concebidos, al margen de esta investigación, como *una* solución ante la cantidad de duelos por los que atraviesa quien transita este proceso. Sin embargo, este tipo de prácticas que legitiman y promueven la construcción o actualización de *nichos* o ambientes y entornos propicios para regular, amortiguar, mediar, controlar, disminuir o neutralizar la conmoción producida por la enfermedad, si bien tiene por objetivo *dosificar* el dolor, evita a la larga proporcionarle significado a la experiencia subjetiva. Por otro lado, permitirse sentir y expresar las respuestas fisiológicas, conductuales y cognitivas

que emergen durante este proceso, particularmente la etapa de la depresión desde la tanatología, evita que la persona caiga en un *sinsentido* y, en consecuencia, se convierta en un muerto viviente incapaz de otorgar significado a la enfermedad y los sucesos subyacentes.

La puesta en operación de la Teoría de las Representaciones Sociales nos permite comprender las construcciones y apropiaciones de la compleja configuración cultural desde la cual se han sostenido históricamente ciertas representaciones en torno a la enfermedad y al cáncer propiamente dicho. Es una teoría que nos posibilita indagar y negociar significados de entre los cuales el dolor, la pérdida, lo disruptivo, lo negativo e incluso la muerte son comprendidos desde su configuración y difusión cultural.

### 4.3 Teoría de las Representaciones Sociales

La teoría de las representaciones sociales fue propuesta por Serge Moscovici para dar cuenta de cómo piensan las personas, o bien, cómo las personas construyen conocimiento a partir de disposiciones sociales relativas a diversos fenómenos que se apropian para interpretar su realidad y guiar sus conductas. Esta teoría del campo de la psicología social salva las dicotomías existentes entre lo social y lo individual permitiendo una perspectiva integradora sin caer en psicologismos o sociologismos.

En primera instancia, desarrollamos los principales planteamientos teóricos contruidos por Moscovici en su tesis doctoral, *El psicoanálisis, su imagen y público*. Se inicia con una breve distinción entre el planteamiento de las representaciones colectivas desarrollada por Durkheim y las representaciones sociales de Moscovici. Después se explica por qué esta teoría invierte la operación de construcción de conocimiento al transformar el conocimiento científico al de sentido común e instrumentalizarlo en función de las necesidades de las personas. Para, finalmente, explicar los tres momentos por los cuales se transita para construir una representación social: objetivación, formación de núcleo figurativo y anclaje.

En seguida, se explican dos orientaciones emergentes ante esta teoría propuestas por Jean Claude Abric y Denise Jodelet que, respectivamente, exponen un modelo estructural basado particularmente en estudios de corte cuantitativo, y uno procesual y fenomenológico basado en un estudio extensivo y laborioso desarrollado por la misma autora con un enfoque mixto, es decir, cuantitativo y cualitativo.

Por último, el tercer apartado integra a esta misma teoría, por un lado, el componente afectivo de las representaciones sociales y, por el otro, el lugar del sujeto ante las críticas realizadas sobre su potencial del consenso. En este sentido, ambos planteamientos, lo emotivo y creativo del sujeto, operan como justificante de la actividad de la persona para construir representaciones a partir de lo aprehendido socialmente. Este planteamiento se sirve de las estrategias o esfuerzos por emanciparse de las ataduras impuestas por las instituciones y los dispositivos de poder, por lo que es una propuesta similar a la desarrollada en el apartado de *dispositivo médico* desarrollado líneas arriba.

### 4.3.1 La representación y el sentido común

La teoría de las representaciones sociales fue introducida por Serge Moscovici en la década de los sesenta del siglo pasado con la intención de darle dinamismo a la teoría de las representaciones colectivas de Emile Durkheim. En este apartado exploramos el libro de *El psicoanálisis, su imagen y su público* –el primer texto donde se desarrolla esta teoría– y pondremos especial énfasis en la forma en la que un sujeto, un *científico aficionado*, saca cierto conocimiento de su contexto de estudio donde se creó y lo filtra con base en su experiencia e historia de vida para representarlo, o bien, transformarlo en un conocimiento del que pueda disponer para cumplir con sus necesidades o deseos que lo llevaron a acercarse al objeto representado. Dicho en otras palabras, explicaremos la forma en la que un conocimiento científico se convierte en conocimiento de sentido común a través de tres procesos constitutivos de representaciones sociales, a saber: objetivación, formación de núcleo figurativo y anclaje o naturalización.

En su tesis doctoral, Moscovici ([1961] 1979) retrotrae *un concepto perdido*, la representación social. En dicho texto el autor se plantea el objetivo de “describir y comprender cómo el psicoanálisis se ha integrado en la sociedad francesa” (p. 24) a través del discurso de 2,265 parisienses distribuidos en seis grupos formados con base en la clase social ocupada o la ideología sostenida, por un lado, y a través del análisis de distintas notas periodísticas que hablaban directa o indirectamente del psicoanálisis con o sin objetivos ideológicos y políticos de por medio, por el otro.

Tal y como se expuso líneas arriba, la teoría de las representaciones sociales deriva de los estudios de Durkheim en torno a las representaciones colectivas. Según Ramírez (2007), la idea de alquimia y de fusión, o bien, de *síntesis química* como resultado de la aglomeración de representaciones individuales para generar representaciones colectivas, fue retomada por Durkheim de Wundt:

Nosotros entendemos por ‘representación’ (vorstellung) –escribía Wundt, citado por Ramírez, en 1886– la ‘imagen’, que un ‘objeto’ engendra dentro de nuestra consciencia. El mundo –en tanto que lo conocemos– se compone únicamente de nuestras representaciones (p. 23) (énfasis en el original).

La crítica de Moscovici a los trabajos antes mencionados remite a la posición no dinámica de una representación, además de que esta aparece como un contenido *engendrado o reflejado* de forma pasiva. “Toda representación –escribe Moscovici– está compuesta de



‘figuras’ y expresiones socializadas” (1979: 16)<sup>22</sup>, y más adelante llama la atención a entender una figura como “más que la imagen, [como] el hecho de que no se trata solamente de un reflejo, una reproducción, sino también de una expresión y de una producción del sujeto” (p. 43). Entender la representación de forma pasiva es equiparable a decir que es una forma arcaica y primitiva de pensar y situarse en la realidad. Darle una connotación activa es entenderla como una creación expresa en una textura psicológica de lo que es para un individuo la sociedad, la cultura:

No reconocer el poder creador de objetos, de acontecimientos, de nuestra actitud representativa equivale a creer que no hay relación entre nuestro “repositorio” de imágenes y nuestra capacidad de combinarlas, de obtener de ellas combinaciones nuevas y sorprendentes. (Moscovici, 1979: 32)

Moscovici coloca al sujeto como imperativo de transformación para crear un entramado, para reelaborar, remodelar, reconstruir, retocar, actualizar, en breve, para representar los objetos de la realidad. Toda representación es una representación de alguien sobre algo, de un individuo sobre un objeto; aunque siempre una representación diferente al objeto, nunca su reflejo<sup>23</sup>.

Una representación es un contenido mental. Un contenido mental es una elaboración, un trabajo cognitivo a nivel de formación de imágenes y establecimiento de lazos mentales, cuya finalidad es aprehender y dar significado a objetos y fenómenos de la realidad poco familiares para los individuos que, a su vez, modifican y guían sus acciones en función de ella. Comprender las motivaciones que impulsan la familiarización con lo desconocido y el proceso por medio del cual un aspecto y/o elemento de la realidad es transformado en representación son aspectos retomados y explicados por este autor a lo largo de su obra.

Siendo, una representación, producto de la manipulación y utilización de informaciones, Moscovici invita a realizar su análisis haciendo a un lado las polaridades sostenidas por la ciencia dominante que se sobrevalora y que, a su vez, desestima las producciones de sentido de los colectivos e individuos –la forma en como estos adquieren conocimiento–, el llamado *sentido común*. El sentido común es un cuerpo de conocimientos populares compartido y comunicado por un colectivo basado en el

---

<sup>22</sup> Comillas nuestras.

<sup>23</sup> Para Jodelet (1986), una representación es un “sustituto de...”, un “en lugar de...” y reafirma que una representación social nunca es el reflejo del objeto representado.

consenso. Este tipo de conocimiento tiende a infravalorarse por carecer de sistematización debido a que la ciencia, en su concepción más aceptada, es un tipo de conocimiento sistematizado y sometido a controles experimentales que le permite al científico abordar y atender fenómenos por los que atraviesa la sociedad. Puntos polares tales como mentalidad lógica y prelógica, pensamiento crítico y automático, pensamiento racional e irracional, pensamiento reflexivo y natural figuran y sostienen la perennidad de la concepción del sentido común como una forma de pensamiento primitivo y sin luces. Para Moscovici este proceso tiene anverso y reverso, por lo que la labor de la teoría de las representaciones sociales es comprender no cómo un conocimiento de sentido común (las *prenociones*<sup>24</sup>) se convierte en conocimiento científico o sistemático, sino al contrario, cómo un conocimiento científico se convierte en ordinario y de sentido común (Moscovici y Hewstone, 1986).

Hasta este momento solo hemos hablado de lo que es una representación, un contenido mental, acompañada de su carga social y cultural; así como de la naturaleza que se le adjudica al conocimiento de sentido común con base en posiciones polares entre lo científico y lego. No hemos hecho reparo en definir lo que es en sentido estricto una *representación social*, que, si bien ya está indirectamente descrita líneas arriba, no sobra recuperar la definición propuesta por el fundador de esta teoría para tener una visión menos dispersa. Una representación social, en su anticipada complejidad es...

... una organización de imágenes y de lenguaje porque recorta y simboliza actos y situaciones que son o la convierten en comunes. [Dicho en otras palabras] es una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. [...] es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integra en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Moscovici, 1979: 16-8)

El sujeto, bajo la óptica de esta teoría, es un *sabio* o un *pensador aficionado*, caracterizado por la curiosidad y creatividad con la cual un científico aborda sus objetos de estudio. Es un consumidor de ideas científicas ya formuladas. Adquiere estas ideas a través de la interacción con otros individuos, sean estos profesionales como médicos, políticos o psicoanalistas, o con pares que comparten los colectivos en los que viven su día a día. El sujeto distorsiona y simplifica el objeto. Es en su deseo y necesidad por otorgar sentido a

---

<sup>24</sup> Bourdieu y colaboradores (2008) recuperan de G. Bachelard el término de *prenociones* como característico del conocimiento lego que requiere ser sometido a sistematización para adquirir estatuto científico.

su realidad, por familiarizarse con lo desconocido o angustiante, y por adquirir competencias y una posición de poder, que los individuos crean representaciones sociales. Dicho en otras palabras, algunas de las motivaciones que llevan a los individuos a construir y crear representaciones sociales son: comprender cómo funcionan las cosas, estar al corriente y no ser ignorantes, llenar lagunas, suprimir distancias, familiarizar lo insólito, dominar la vida y obtener prestigio en el colectivo.

Las representaciones sociales, aun cuando existen algunas *dominantes*, no son estáticas, siempre se encuentran en constante transformación. Los individuos interactúan y comparten sus representaciones con las representaciones de otros, lo que permite que estas se mantengan en constante cambio. Dichos intercambios implican diferentes posicionamientos dependiendo *la clase y la cultura* a la que estos pertenecen, es decir, comprenden el carácter social compartido.

El carácter social de la representación pasa por tres diferentes dimensiones: *información, campo de la representación y actitud* (o posición) ante la representación. La primera se refiere a la organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social. El segundo alude al contenido concreto, menos disperso y limitado del objeto representado. Y el tercero a la inclinación que se tenga al objeto representado (favorable o desfavorable). Cuando Moscovici expone que “la presencia social de una ciencia es percibida por un sujeto en función del grupo al que pertenece, de la información que posee y de su actitud con respecto a esta ciencia” (p. 65), está concluyendo que el individuo se representa un objeto solo después de haber tomado posición sobre él, es decir, la representación depende de la evaluación que haga el individuo; es una representación subjetiva de lo objetivo. Con esta última conclusión se reafirma el valor creativo e individual en la representación, diferenciada del valor normativo y coercitivo que enuncia Durkheim a finales del siglo XIX. Cabe mencionar que Moscovici sobrevalora el trabajo cognitivo que constituye una representación, aunque más adelante expondremos estudios teóricos que integran al estudio de las representaciones sociales el constitutivo emocional en estas.

Más allá de las motivaciones que llevan a un individuo a construir y crear representaciones sociales, existen presiones sociales que los hacen buscar la manera de participar en los intercambios de representaciones: la *relación de adecuación*. El individuo tiene, en función de su adaptación, la necesidad de adecuarse a su medio y de

adecuar su medio a él. De acuerdo con el mismo autor, existen tres condiciones en la relación de adecuación que, además, forman parte del proceso constitutivo de la representación, a saber: *dispersión de la información, focalización y presión de inferir*. Como se expuso arriba, todo grupo colectivo cuenta con *información dispersa* que le es útil y es utilizada por el individuo, sin embargo, esta información es filtrada con base en su inteligencia, nivel de conocimientos, sus intereses y sus deseos, por lo que es una circunstancia de elección<sup>25</sup>. *Focaliza* su atención en elementos particulares y guarda distancia con otras del mismo medio. Finalmente, los dos procesos anteriores lo obligan a tomar posición en función de otorgar una *respuesta* (basada en *inferencias*) que el mismo colectivo entienda para continuar siendo partícipes de los intercambios.

En relación con lo anterior, Paicheler (1986), en un estudio titulado *La epistemología del sentido común: de la percepción al conocimiento del otro*, expone las diferentes teorías propuestas para comprender cómo es que los individuos se relacionan entre sí siguiendo determinantes colectivos, como lo es la inferencia sobre la personalidad de las personas a partir de indicios consensuales percibidos en ellos. Cada una de las teorías coincide en dar cuenta de un prototipo de personalidad generalizado que sirve de evidencia y marco de referencia para hallar relaciones entre ciertos atributos, rasgos, indicios, o características estables correspondientes al comportamiento de las personas. Es un proceso de observación y clasificación que le permite a los individuos, por un lado, organizar su entorno y, por el otro, resumir, comprender y anticipar su propio comportamiento en función de la participación en intercambios sociales. Este autor invita a notar la tentativa incongruente y absurda en su título, ¿cómo es posible hacer una epistemología del sentido común? A lo que responde que la psicología social ha puesto de manifiesto el funcionamiento cognitivo del individuo y sus relaciones interpersonales. Moscovici dirá al respecto que el trabajo de esta psicología es encontrar la lógica de lo ilógico.

¿Cuál es el común denominador tácito en las enunciaciones antes expuestas? La denominación, nominación, el nombramiento, en concreto, el lenguaje. Una representación social, en tanto imagen reelaborada o actualizada, requiere y obtiene un significado. El concepto se vuelve perceptible, lo indirecto muta en directo, lo abstracto

---

<sup>25</sup> En este sentido, Moscovici (1979) pese a referir explícitamente que el nivel de educación no influye en la representación construida, su estudio en sí mismo permite entrever que es una variable de peso en las adecuaciones que se hacen de esta.

en concreto, lo externo en interno. El individuo requiere tener un elemento casi tangible, concreto, antes de convertirlo de nuevo en abstracción que le permita organizar e interpretar su realidad, y modificar sus acciones en función de sus elaboraciones. El carácter dinámico de las representaciones sociales depende de un proceso de bajada y subida recíproco, es decir, de lo social a lo individual y de lo individual a lo social para repetir el proceso.

Moscovici (1979) consideró que su formación dependía de dos grandes procesos, a saber: la *objetivización* y el *anclaje* o *naturalización*. En el hecho de construir una teoría en donde intersectan lo social y lo psicológico, lo externo y lo interno, se intenta evitar caer en reduccionismos sociologistas o psicologistas, por lo tanto, este autor también brinda importancia al componente cognitivo por medio del cual un saber o conocimiento social es aprehendido por los individuos y transformado para ser utilizado en la vida cotidiana. Este último proceso es, en efecto, parte constitutiva del proceso de anclaje, sin embargo, ocurre antes otro proceso que posibilita el anclaje y que no es la objetivización, hablamos de la creación de un *modelo figurativo*. Estos tres momentos son, en resumen, aquellos por los cuales se transita para crear o actualizar representaciones sociales<sup>26</sup>.

De acuerdo con Denise Jodelet (1986), filósofa francesa y colaboradora directa de Moscovici que amplió el campo de estudio de las representaciones sociales, el centro del trabajo de Moscovici fue demostrar respectivamente, a través de los procesos de la *objetivización* y el *anclaje*, cómo lo social transforma en representación un conocimiento y cómo esta representación transforma o cambia la visión que tiene un grupo de personas del mundo en el que vive.

La *objetivización* se refiere a la capacidad de convertir una noción abstracta en concreta que le permita a los individuos traducirla y utilizarla en un lenguaje que unifica el discurso científico y lego, el sentido común. Para Moscovici “objetivar es reabsorber un exceso de significaciones materializándolas [...]. También es trasplantar al plano de la observación lo que solo era interferencia o símbolo” (1979: 76). Un símbolo es la objetivación de un aspecto de la realidad que corresponde a ella misma (Berger y

---

<sup>26</sup> En su bibliografía, estos tres momentos también pueden ser encontrados como *personificación*, *figuración* y *ontización* (Moscovici y Hewstone, 1986).

Luckman, 2001). En la teoría de las representaciones sociales el símbolo se convierte en signo, y en tanto tal los individuos buscan hacerle corresponder una realidad.

El proceso de objetivación es resultado de otro denominado *descentralización*, cuyo objetivo es transportar los elementos de la lengua científica al lenguaje corriente o de sentido común<sup>27</sup>; así como del conocimiento cultural ostentado y la posición social, política, económica, religiosa, etcétera, que ocupen los individuos tanto en su grupo como con respecto a otros y con base sus necesidades y urgencias, la denominada *selección*. Estos dos momentos (descentralización y selección) indican que los individuos hacen una objetivación que deriva en una interpretación parcial del objeto a representar. Los lazos entre representaciones se tornan autónomos y variables y a partir de ellos, expone Moscovici, se puede constituir un esquema.

El esquema que resulta de la objetivización, la descentralización y la selección parcial de los objetos es lo que se conceptualiza como *modelo figurativo*<sup>28</sup>, el segundo proceso de construcción o creación de una representación social, y es invocado cuando aparece una imagen de estructura que sintetiza los elementos objetivados en el proceso anterior. Es figurativo porque “no es solo una manera de ordenar las informaciones, sino [por ser también] el resultado de una coordinación que concreta cada uno de los términos de la representación” (Moscovici, 1979: 86). Lo abstracto muta y edifica un esquema, una estructura. La exactitud de esta imagen de estructura es relativa, lo importante de ella es el esfuerzo hecho por concentrar la mayor cantidad de conceptos y la autonomía dinámica de la cual es dotada. Dicha dinámica conceptual es utilizada en su valor significante, funge como *marco cognoscitivo estable* que orienta percepciones, pensamientos, juicios, comportamientos y relaciones interpersonales. Permite acuñar significados particulares. Permite *naturalizarlos* y hacerlos instrumentales hacia la realidad de los individuos.

El último proceso, el de *naturalización* o *anclaje*, refiere a la transformación, significación y domesticación en sí misma de la representación social. La abstracción adquiere y corresponde a la realidad plena de cada individuo. Según Moscovici, “a través del proceso de anclaje, la sociedad cambia el objeto social por un instrumento del que puede disponer, y este objeto se coloca en una escala de preferencia en las relaciones

---

<sup>27</sup> Jodelet (1986) nombra a este proceso *descontextualización* y se refiere a sacar de su contexto que le dio vida a una noción para integrarlo al de sentido común.

<sup>28</sup> Para Jodelet (1986) este momento es denominado *formación de un núcleo figurativo*.

sociales existentes” (1979: 121). El acervo conceptual disponible en la imagen de estructura se acerca, se delimita, para obtener el estatuto de *marco de referencia y red de significaciones*. De modo tal que el objeto trascienda de la operación de “ser de lo que se habla” a ser aquello “a través de lo cual se habla”. La representación anclada – significada– designa, guía y orienta determinadas formas de actuar, de pensar y de interpretar la realidad. La representación social se torna evidencia y así describe y explica los objetos o fenómenos.

Esta triada conceptual<sup>29</sup> es un proceso que va, en primera instancia, de la teoría a su imagen y, en seguida, de su imagen a la edificación de la realidad pertinente a cada individuo. En palabras de Moscovici, este proceso tiene, “por un lado, la función de sustituir el sentido por una figura, es decir, objetivar, [...], y por otro, sustituir la figura por un sentido, por lo tanto, fijar los materiales que entran en la composición de una representación determinada” (p. 44). En su sentido más amplio, “una representación social es un marco de referencia para interpretar la realidad, un esquema o guía de acción, y una operación cognitiva para integrar la novedad” (Pavón *et al.*, 2016: 64).

Para ilustrar mejor, algunos estudios en torno al cáncer bajo la perspectiva de la teoría de las representaciones sociales los desglosamos en dos objetos de estudio diferentes: representaciones sociales de la enfermedad del cáncer, sus tratamientos y los métodos de detección (Sontag, 2008, Castaño y Palacios, 2013; Nácar *et al.*, 2012); y las representaciones sociales de la medicina tradicional (Palacios, 2013).

Una representación del cáncer reiterada en diversos estudios es *símbolo de mortalidad y condena*. En un breve recorrido histórico, el cáncer era –y aún es en algunos contextos– asociado a la emergencia por posesión demoníaca o castigo divino puesto que no tenía explicación alguna por la falta de instrumentos de detección o análisis celular (Castaño y Palacios, 2013). Al haber avances en los estudios celulares, comenzaron a construirse representaciones sociales en torno a su evolución y su desenlace que pueden ser acotadas en tres direcciones distintas: de orden psicológico, físico y social.

Las representaciones sociales próximas a una variable *psicológica* son tristeza, desesperación, desesperanza, miedo, vergüenza, pérdidas estéticas y un irruptor del

---

<sup>29</sup> También hallada en la bibliografía como *personificación, figuración, y ontización* respectivamente (Moscovici y Hewstone, 1986).

proyecto de vida. Las alusivas a la variable *física* son aparición de bultos en el cuerpo, fiebre, dolor tormentoso, náuseas, aumento o pérdida de peso sin explicación, debilitamiento, incapacidad, dependencia y susceptibilidad de morir. Y, por último, las que corresponden a la variable *social* son el cambio y flagelo a nivel familiar y social, algo que se debe ocultar, un mal augurio, una catástrofe económica, aislamiento y la muerte social (Nácar *et al.*, 2012; Castaño y Palacio, 2013).

Habría que decir también que Sontag (2008) recupera dos elementos más que configuran las representaciones sociales del cáncer a partir de las metáforas relacionadas con esta enfermedad<sup>30</sup>. En un ensayo titulado *La enfermedad y sus metáforas: El sida y sus metáforas* se aproxima en un primer apartado a la tuberculosis y al cáncer, de entre las cuales destacan, además de las anteriormente enunciadas, aquellas cuyas características tienen que ver con la *actitud* ante la enfermedad y el *animismo* del padecimiento. Respectivamente, se requiere una actitud de lucha o de batalla para acabar con los enemigos, invasores, asesinos al acecho, animales de rapiña, mutantes o colonizadores –las células cancerígenas.

Al mismo tiempo, esta actitud de lucha contra los invasores, se ve traducida en las representaciones sociales de los tratamientos y los métodos de detección. Los primeros pueden evaluarse de acuerdo al tratamiento utilizado, es decir, las quimioterapias son representadas a partir de la destrucción o envenenamiento de células cancerígenas en una guerra química; la radioterapia representada por el bombardeo aéreo con rayos destructivos; y las cirugías por medio de la mutilación, amputación, extirpación, exorcismo, castración, vaciamiento o extracción del ente que vive dentro de uno (Sontag, 2008). El objetivo final de estos tratamientos se sostiene mediante la creencia de que la efectividad de estos es directamente proporcional a la cantidad de síntomas desagradables producidos (Castaño y Palacios, 2013). Por otro lado, en cuanto a los métodos de detección destacan el rasgo hereditario y la posibilidad de desarrollarlo por la exposición a la radiación u otros químicos utilizados para diagnosticar un cáncer (Nácar *et al.*, 2012).

En relación con las representaciones sociales de la medicina tradicional, Palacios (2013), en su tesis doctoral dedicada a las representaciones sociales de la medicina

---

<sup>30</sup> De acuerdo con González (2007: 17), la organización imaginaria que atraviesa los discursos y significados de las personas se encuentra en las representaciones sociales, los mitos y las creencias, por lo que permite inferir, sobre el mismo orden de ideas, que las metáforas y las analogías también forman parte de dicha organización imaginaria.



popular donde participó con personas con cáncer, sus médicos y sus familias en un contexto colombiano, identifica que estos se han objetivado a través de pensamientos y sentimientos positivos por ser de carácter natural e inofensivo, y por un imaginario alrededor de su actuación mágica y poderosa para salvar y sanar a las personas mediante prácticas rituales conocidas por la población.

Bajo esta perspectiva, la medicina popular es producto de un saber distinto al del médico; para este último es una práctica producto de la ignorancia, mientras que para la población lego es un saber propio y de su dominio, cuya eficacia se deposita en la esperanza, la creencia y la fe. Dicho en otras palabras, la medicina popular (tradicional) tiene mayor rango de eficacia cuando la persona que lo recibe cree, tiene fe y mantiene la esperanza de que así sucederá.

Otro rasgo del trabajo de Moscovici se caracteriza por el *análisis estadístico* hecho a los discursos recuperados de los interlocutores clave que participaron en su estudio. Y fue este mismo proceso, aunque más remarcado, el que utilizó en su análisis de notas periodísticas. Como hemos señalado antes, las representaciones sociales son aspectos que se difunden y comunican en las interacciones. El análisis de notas periodísticas apela a su carácter masivo de comunicación, también a modo de representación porque, en *El psicoanálisis, su imagen y su público*, la selección de notas no se limita a recuperar aquellas que fueron escritas por psicoanalistas o entrevistas a ellos, sino que también son recuperadas de escritores interesados en el tema o por sus fines políticos e ideológicos, principalmente. El medio de comunicación identificado por Moscovici es la relación entre el emisor y el receptor. En dicha relación, explica, se observan mensajes internos destinados a *difundir, propagar* y ser medio de *propaganda* del objeto representado, en este estudio alude al psicoanálisis.

En su estudio realizado retomó diferentes artículos de algunos periódicos, revistas mensuales y semanarios de alto impacto –con base en su *tirada*<sup>31</sup>– consumidos en la sociedad francesa para *difundir* y *propagar* la información. El *tema* y sus *relaciones* le permitieron dar cuenta de la estructura interna y la cantidad de veces que se apela al psicoanálisis en cada uno de ellos. Los dividió por medio de una economía temática y conceptual, es decir, por aquellos centrados en el psicoanálisis, o por uso directo o

---

<sup>31</sup> “Tirada débil: menos de 200,000 ejemplares; tirada media: de 200,000 a 400,000; tirada fuerte: más de 400,000” (Moscovici, 1979: 213).

indirecto de él y su tratamiento. “La diversidad de las fuentes de extensión, contribuyen a esbozar una estructura, un halo, un modelo, un núcleo de representación que sobreentiende el uso de este signo [el psicoanálisis]” (Moscovici, 1979: 242). En este sentido, el emisor tiene por función transmitir información, compartir sus propias representaciones sociales del objeto o a las que se ve sometido con base en la posición del diario, revista o semanario para el cual redacta, de las cuales posteriormente dispondrá el receptor para crear, reelaborar o actualizar sus representaciones.

Las notas son *intencionales*, deben ser atractivas para llamar la atención del consumidor. Aquellos con fines políticos e ideológicos aprovechan este cauce para penetrar a cada uno de los individuos. Buscan renovar las relaciones de las representaciones existentes y proponen y manipulan nuevos contenidos lo que hace que estas se mantengan en inmediato e incesante conflicto. El psicoanálisis, el objeto representado, aparece también como *propaganda*.

Los objetivos manifiestos o tácitos de las notas son de alcance, si no principal, secundario; debido a que “la comunicación se inscribe como un medio de acción cuyos objetivos están explicitados de manera suficientemente clara para orientar el contenido de lo que se está transmitiendo a otro” (1979: 250). La finalidad principal de las notas es que se hable del objeto o fenómeno en cuestión. Moscovici refiere que este nivel de procesamiento de la información para ser transmitida ya consta del estatuto de representación *naturalizada*, y esta naturalización termina siendo modelo figurativo, modalidad de construcción de contenidos y realidades, para los receptores. Lo que permite inferir distintos niveles de significación a propósito de la posición sustentada por cada colectivo (como también lo son las editoriales) o por cada uno de los individuos.

Los medios de comunicación, pese a no ser una comunicación directa, cara a cara entre individuos, es una forma de interacción entre emisor y receptor por medio del cual se recorta un fragmento de objetos correspondientes a la realidad y cuya influencia directa es la modificación de conductas y maneras de percibir la realidad.

Otro estudio de interés, a manera de ejemplo y con base en el objeto de estudio aquí desarrollado, bajo esta perspectiva de análisis de material hemerográfico, lo encontramos a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa en donde Herzlich y Pierret (2005) se dieron a la tarea de analizar en seis periódicos franceses el contenido con relación a la entonces emergente enfermedad del sida publicado entre los

años 1982 y 1986<sup>32</sup>, cuyo objetivo fue dar cuenta de la manera en la que la información compartida por este medio de comunicación masiva se implantó en el pensamiento social y colectivo.

El sida era significado en las primeras publicaciones periodísticas como *un misterio médico* por la cantidad de incógnitas e incertidumbres que supuso para los profesionales sanitarios. Las autoras secuencian el curso de las publicaciones desde el inicio hasta un momento de mayor conocimiento y control. Los títulos de las notas denotaban ignorancia y desconocimiento, posteriormente se popularizaron términos médicos tales como *factor de riesgo, transmisión y contraer*, entre otros, que establecieron valores simbólicos, o bien, nociones culturalmente habitables impuestas por la institución médica con potencial modificador de conductas y percepciones. A estas notas las acompañaron desde el inicio la publicación frecuente de datos numéricos de las víctimas y los muertos que cobró el sida; para después comenzar a establecer grupos demográficos de riesgo por el de conocimiento relacionado con los medios de transmisión y que tuvo por consecuencia inmediata dividir a la población tras un ejercicio de exclusión y rechazo entre los *personas normales* y los posibles portadores o portadores de sida, mientras, a su vez, estos últimos tuvieron que adaptarse a este nuevo *estilo de vida*.

Finalmente, llegó el momento en el que el conocimiento relativo al sida permitió un mayor control, por lo que se convirtió ahora en problemática política y económica ya que trascendió los casos individuales para imponer prácticas de vigilancia epidemiológica tendiente a la prevención. En casos más aislados, la enfermedad del sida se convirtió, también, en símbolo de solidez a partir de los casos de celebridades que lo desarrollaron y usaron como campaña para profesar el coraje y solidaridad ante la población.

Con todo, la enfermedad del sida, según las autoras, estableció una representación social a partir de la preocupación de su difícil control y el riesgo que suponía para la vida. Por ello mismo cristalizó emociones intensas (como ansiedad, pánico, ira, culpa), prácticas de estigmatización y exclusión, así como la ulterior política de vigilancia epidemiológica.

---

<sup>32</sup> El interés por este estudio no radica precisamente en el sida, sino en la manera en la que las autoras dan cuenta de la *construcción social de la enfermedad*, una enfermedad crónico-degenerativa, que en sus inicios estuvo fuertemente asociada a la muerte por las incógnitas que la acompañaban. Puesto el foco de atención sobre esa labor es como cobra relevancia para nosotros el estudio por su relación con otra enfermedad de tal magnitud social y simbólica.

Como acabamos de ver, la teoría de las representaciones sociales iniciada por Serge Moscovici en la década de los sesenta tiene un importante impacto en el estudio de fenómenos sociales e individuales. Es una teoría que salva la dicotomía entre lo social y psicológico, mostrando un marco para interpretar las aprehensiones, fijaciones, actualizaciones y transformaciones de objetos dispuestos en la realidad. Por medio de un trabajo cognitivo preciso, el objeto social se convierte en parte del individuo y, de este modo, cumple al menos tres funciones ya antes expuestas y retomadas en este apartado, a saber: ser un marco de referencia para interpretar la realidad, ser una guía o modelo de acción y comunicación, y ser un medio a través del cual uno puede aproximarse o acercarse a lo desconocido y angustiante. Estas tres funciones puestas en juego a la hora de crear o reelaborar representaciones sociales se muestran importantes en este estudio en cuestión debido a que se aborda un fenómeno social, el cáncer, con incidencias en la vida de quien lo padece y de quienes lo acompañan en su tránsito.

El estudio del cáncer, tal y como aquí se propone, no se sirve precisamente del abordaje metodológico seguido por Moscovici en *El psicoanálisis, su imagen y su público*, esto debido a que su estudio se basó en generalizar sus hallazgos a través del muestreo estadístico, mientras nosotros profundizamos en un caso en el cual recuperamos las representaciones sociales construidas en torno a la experiencia y las emociones atadas a ella al transitar por un cáncer de estómago y estos hallazgos, paulatinamente, pueden ser generalizados y extrapolados a otros estudios.

El estudio de las emociones atadas a la experiencia en la TRS y, por ende, a los significados acuñados es una corriente privilegiada a partir de la segunda mitad de la década de los ochenta mientras se intentó salvar las críticas hechas a esta teoría etiquetada de sostener aún a un sujeto pasivo y no activo o creativo como se promovía. De ambos aspectos, del componente afectivo de las representaciones sociales y del lugar que el sujeto ocupa en ellas nos encargaremos en dos apartados adelante. Antes abordaremos dos visiones delimitadas en mayor grado que las trabajadas por Moscovici en el texto aquí desarrollado: una visión fenomenológica o procesual ampliada por Jodelet (1986, 1991) y una visión estructural cuantitativa ampliada por Jean Claude Abric y Jean Claude Flament (2001a).

### **4.3.2 Orientaciones teóricas de las representaciones sociales**

La teoría de las representaciones sociales se ha caracterizado por la diversificación en sus modalidades de estudio. En este apartado indagaremos en dos perspectivas dentro de esta teoría: por un lado, una perspectiva laboriosa encabezada por Denise Jodelet de carácter procesual y fenomenológica, basada en un análisis etnográfico de la interacción y organización social, así como en análisis históricos, encuestas sociológicas y entrevistas en profundidad y, por otro lado, una de carácter estructural ampliada por Jean Claude Abric y Jean Claude Flament, fundamentada en la aplicación de diferentes pruebas cuantitativas y cualitativas en las que se privilegia el intento por identificar las representaciones nucleares que alimentan y dan sentido a aquellas periféricas en su interior. Con todo se intenta identificar y esclarecer las diferentes maneras de poner en operación esta teoría.

Jodelet (1989) inicia una corriente de estudios al margen de la teoría de las representaciones sociales de carácter descriptivo, procesual y fenomenológico con base en una metodología exhaustiva y multidisciplinar. Sirviéndose de la etnografía, antropología, historia, psicología social y sociología se dio a la tarea de “identificar las condiciones bajo las cuales emergen y funcionan las representaciones, y su lugar y papel en la dinámica de las interacciones” en torno a un objeto, a saber, los enfermos mentales de una colonia francesa (p. 15).

En el estudio iniciado en la década de los setenta, al cual se le dedicó poco más de diez años para su elaboración, Jodelet se centra en el papel que juegan las representaciones sociales sobre la locura en la construcción de la realidad, el comportamiento y las comunicaciones que desarrollan, así como en el medio de vida y los medios de expresión de los grupos que crearon y mantienen estas representaciones. En otras palabras, “esta corriente se dedica al estudio descriptivo de las representaciones sociales en tanto que sistemas de significación que expresan la relación que los individuos y los grupos tienen con su contexto” (Rateau y Lo Monaco, 2013: 30).

La emergencia de dicho enfoque es debido al declive de la visión interaccionista y simbólica a consecuencia de las miradas psiquiátricas y neurológicas enfocadas en objetivar la locura a través de síntomas, interpretación de la conducta de los enfermos mentales y la búsqueda de reinserción social y convivencia con ellos. Jodelet no observa en estos modos de interpretación del fenómeno la solución, sino que propone al estudio y

entendimiento histórico y compartido de las representaciones sociales que vehiculizan determinaciones sociales sobre cómo convivir con los *locos* como una posible solución que disminuya los resultados opuestos de dichas prácticas e intervenciones, específicamente sobre la acentuación del miedo y rechazo a esta población, así como el papel perjudicial de la oficialización médica.

Este enfoque procesual presta mayor atención no al aislacionismo cognitivo, esto es enfocarse en el qué se sabe y cómo se sabe que impide atender el quién lo sabe y la perspectiva desde la cual lo saben (Jodelet, 1989: 10), ya que impedía integrar y reconocer el papel del lazo social y la inversión afectiva en la formación de conocimiento. Se trata ahora de prestar atención no a la mirada objetivadora psiquiátrica, sino a las condiciones para la aparición y circulación de las representaciones, o bien, en la interacción social y la comunicación, puesto que son estas las que configuran la estructura a partir de las que se concede el estatus de realidad objetiva al objeto representado. El lenguaje y el discurso suscitado de los interlocutores clave que experimentan y viven día a día esta realidad cobra suma importancia porque se “considera que es en las interacciones y en el espacio público que se forjan las representaciones” (Rateau y Lo Monaco, 2013: 30).

Es a partir de la búsqueda de la génesis de las representaciones sociales alrededor de la locura que Jodelet plantea su exhaustiva metodología descriptiva y de análisis y basada en los enfoques cuantitativos y cualitativos. Entre otros métodos, realizó un análisis histórico de la literatura relativa a la Colonia Familiar donde se llevó a cabo el estudio y un examen minucioso de informes anuales publicados por profesionales de la institución psiquiátrica. En torno a los métodos cuantitativos utilizó la aplicación de cuestionarios que le permitieron recolectar y cuantificar información sobre *los lugares* (posición, distancia de la sede de la Familia Colonia, tipo de alojamiento, nivel de comodidad, alcance, rotación de pacientes, condiciones de vida, trabajo, comidas, etcétera), *los padres adoptivos* (edad, origen, profesión, experiencia infantil, contacto con enfermos mentales, composición familiar, número de integrantes, sexo, edad de hijos, etcétera) y sobre *los inquilinos* (edad, alimentación psiquiátrica, tiempo de estancia en la institución, oficio en su interior, actividad profesional, etcétera).

Por otro lado, en torno a los métodos cualitativos hizo uso de la observación para identificar patrones de comportamiento, así como el uso de la recolección de testimonios de testigos con posiciones clave (como lo fueron concejales y funcionarios asociados a la

institución) y a médicos y paramédicos a cargo de la supervisión de esta población. Con los padres de familia realizó entrevistas en profundidad tomando como criterio de selección su representatividad y significatividad de implicación en la muestra para después someterlo a análisis de discurso y prácticas. Todo esto con la finalidad de ir de lo particular a lo general, a través de descripciones de pacientes e historias de la vida cotidiana, con el fin de obtener reflexiones en torno a la enfermedad mental. En palabras de Abric (2001a), el estudio desarrollado por Jodelet implica una metodología única en su tipo y es el ejemplo por excelencia para dar cuenta de esta corriente de construcción de conocimiento con base en la teoría de las representaciones sociales.

La segunda corriente prometida es la perspectiva de carácter cuantitativo trabajada por Abric y Flament. Es similar al método utilizado por Moscovici; se interesa por las relaciones existentes entre representaciones y las formas de identificar el núcleo de la representación y las representaciones periféricas que la sustentan y protegen (Abric, 2001a). Esta teoría también es referida a una base *estructural* por la creación de estructuras o sistemas gráficos que den cuenta de la jerarquía ocupada por los conceptos o ideas dentro de cada representación social.

Abric postula su teoría haciendo un recorte de la tríada conceptual expresada por Moscovici en *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Él se detiene en la creación y construcción del *modelo figurativo*. El modelo figurativo, como se ha explicado antes, es el resultado gráfico y sistemático de la descentralización (o descontextualización) y selección de elementos en los objetos a representar; es una selección parcial que va agrupando distintas representaciones y formando relaciones entre ellas. Para Abric, el modelo figurativo es un espacio en donde se retienen y clasifican los elementos de una representación para que los individuos, posteriormente, interpreten los objetos en función del arreglo de conocimientos constituido. Este mismo autor rastrea la idea de centralidad hasta 1927, en un estudio de F. Heider, para quien las personas tienen la tendencia a atribuir los eventos de su entorno inmediato a un *núcleo unitario*. La tendencia del hombre a organizar su medio es lo que lo obliga a integrar “*n*” cantidad de elementos o componentes circundantes en la realidad a un núcleo unitario siempre y cuando haya relación entre ellos. La tesis sostenida por Heider es similar a las expuestas antes en Paicheler (1986) y las teorías de percepción del otro y a la de Bruner (1987) y la tendencia del hombre a la sistematización. Lo que vemos es una generalidad a la cual atribuirle rasgos, indicios o signos con relación a ella.

La tesis central de Abric es: “Toda representación está organizada alrededor de un núcleo central” (Abric, 2001a: 20). El *núcleo* aparece aquí como el elemento fundamental de cada representación por su cualidad de orientar y determinar la significación y la organización de esta. Nos permite cuestionar cómo es que el núcleo es capaz de determinar, solidificar y mantener la perennidad de la representación.

Al igual que en la teoría de Moscovici, la representación social tiene dos funciones esenciales, una función *generativa* y una *organizativa*, sin embargo, tiene sus distinciones propias de esta teoría novedosa. La primera, en tanto que tal, crea o transforma la significación determinando el significado de las representaciones ligadas a él. La segunda cumple dos funciones paralelas; por un lado, unifica, enlaza y estabiliza cada uno de sus componentes, y por el otro, garantiza su perpetuación, continuidad o perennidad pese a ser una noción sometida a transformaciones propias de los contextos móviles y evolutivos. Esto permite ir intuyendo que la rigidez de una representación, así como los comportamientos y significaciones que ella determine, es directamente proporcional a la proximidad con su núcleo. En tal sentido, agrega Abric, la modificación del núcleo llevará a una reestructuración total de la representación.

El estudio de la representación social desde la óptica estructural no solo debe contemplar o identificar aquella representación determinante, sino que debe pasar también a analizar el objetivo regente por medio del cual un individuo se ve en la necesidad de crear o actualizar una representación, puede ser en su *dimensión funcional* o *normativa*. La *dimensión funcional* refiere la forma en la que opera la representación para establecer un núcleo central con base en las exigencias de determinada tarea a realizar. La *dimensión normativa* se determina por dimensiones socioafectiva, social o ideológica; “una norma, un estereotipo, una actitud fuertemente marcada estará en el centro de la representación” (Abric, 2001a: 22). Para Abric, retomando a Flament, la representación social no es determinada solo por una posición social, política, ideológica, sino también por la evaluación hecha por el individuo de la finalidad perseguida en las tareas o eventos incidentales.

Tomando distancia del núcleo central de la representación se encuentran los componentes o elementos circundantes a este. Flament los denominó *elementos periféricos de la representación*. Estos componentes se encuentran organizados alrededor del núcleo, o como su nombre lo indica, a sus periferias.



Los elementos periféricos o secundarios son más *flexibles* que el núcleo central. Cumplen tres funciones básicas dignas de ser aclaradas: una función de concreción, otra de regulación, y finalmente, una de protección. La *función de concreción* tiene por finalidad reafirmar y detallar el núcleo de la representación para que sea comprensible a la hora de ser comunicado y pueda así resistirse a ser olvidada. La *función reguladora* cumple con adecuar, mediar o adaptar las representaciones extranjeras –aquellas provenientes del exterior– que intentan integrarse a la representación; su finalidad última es integrar nuevas representaciones reinterpretándolas o atribuyéndoles el carácter de excepción y, por ende, quedando aún más a las periferias para evitar que modifique de manera importante al núcleo. Lo que no lleva a la última función de las representaciones periféricas, la *función de defensa*, cuya finalidad es fungir como *parachoques* del núcleo y pueda evitarse así que este presente variaciones (Abric, 2001a: 23-5). Dicho en otras palabras, las representaciones periféricas designan en sus extremos lo que es normal, conduciendo paulatinamente la acción del individuo, pero al ser flexibles le permiten al mismo tiempo dar lugar a diferencias graduales con base en la posición tomada por el individuo y la tarea a desarrollar.

Las representaciones sociales de base estructural no se completan solo con la exposición de la teoría, sino que requiere de métodos específicos de recolección de representaciones para generar el esquema, o bien, su modelo figurativo. Abric (2001b) enlista diferentes métodos de recolección en dos grandes bloques utilizados en el estudio de las representaciones sociales, a saber: *los métodos interrogativos* y *los métodos asociativos*. En *los métodos interrogativos* se encuentran la entrevista, el cuestionario, las tablas inductoras, los dibujos y soportes gráficos y la aproximación monográfica. La *entrevista*, particularmente la entrevista cualitativa en profundidad, permite identificar las representaciones y hacer el análisis de su contenido. El *cuestionario*, a diferencia de la entrevista, es de carácter cuantitativo y hasta inicios de siglo se consideró el método más utilizado en este estudio por su cualidad de producir estandarizaciones. Las *tablas inductoras* son una modalidad gráfica que por medio de imágenes solicita a los individuos expresar lo que venga en mente al ver dibujos relacionados con el fenómeno u objeto representativo. Los *dibujos y soportes gráficos* utilizan la misma forma de aproximación y recolección que la anterior. Por último, la *aproximación monográfica*, es considerada la técnica más compleja, lenta y ambiciosa utilizada en el estudio de las representaciones. El ejemplo por excelencia de este método es el descrito líneas arriba, el trabajo de Jodelet

(1989) por hacer uso de técnicas etnográficas, encuestas sociológicas, análisis histórico y entrevistas en profundidad para dar cuenta de las relaciones establecidas por el grupo en su contexto. Los *métodos asociativos* contemplan la asociación libre y la carta asociativa. La *asociación libre* solicita al individuo crear una cadena asociativa a partir de un término inductor. La *carta asociativa*, por otro lado, es una técnica que busca sistematizar de mejor manera las asociaciones surgidas por la anterior; utiliza palabras que contienen otra serie de palabras asociadas y facilita su estudio.

El estudio de las representaciones con base estructural y de carácter prioritariamente cuantitativo requiere un acercamiento plurimetodológico, es decir, aplicar diversas técnicas de recolección para obtener mejores resultados gráficos de las representaciones nucleares y sus periféricas.

### **4.3.3 El sujeto y la emoción en la representación social**

El sujeto en la teoría de las representaciones sociales ha recibido críticas por la supuesta pérdida de capacidad creativa y por someterse a determinaciones sociales. En este apartado se recupera el lugar del sujeto en las ciencias sociales para explicar cuál es el papel de la teoría de las representaciones sociales en los procesos de subjetivación y, por ende, en los procesos de emancipación o liberación de dichas determinaciones sociales. Aunado a ello, y con intención de amplificar el lugar del sujeto, se recupera el componente afectivo-emotivo de la representación, producto de la crítica realizada al privilegio que Moscovici le otorgó a la elaboración cognitiva aislada de las emociones, es decir, él concebía que emoción y cognición son dos procesos diferentes y separados, y actualmente se consideran ambos procesos constitutivos de una representación. El objetivo es demostrar cómo el sujeto de esta teoría se mantiene vigente y gana terreno con la introducción de la emoción en su estudio.

De acuerdo con Abric, para Bourdieu, Chamboredon y Passeron, la teoría de las representaciones sociales dependen *de las ingenuidades de las filosofías sociales del consenso* (2001a: 27). Esta crítica se sirve del carácter normativo y determinista propio de cada representación, así como del sujeto como *vocero* al que aludía Moscovici en *El psicoanálisis y su imagen*. En este último, el sujeto toma una posición de un *otro generalizado*, alguien que habla por *ellos* –en dicho texto refiriendo a los psicoanalistas,

norteamericanos o ricos— y no como un sujeto particular; se convierte en glosador del discurso de *ellos* y del *mundo* a través de un *sí generalizado* (Moscovici, 1979: 53). Sin duda alguna, este planteamiento sí apela a una cualidad consensuada del sujeto, y que, antes de negarla, la presentamos como otra forma de entender su papel en esta teoría.

La crítica de Bourdieu y colaboradores tiende a reducir al sujeto a un estado de pasividad. Sin embargo, dado que las representaciones sociales son móviles, flexibles y dinámicas, tal como lo ha expuesto Abric, el cuestionamiento pierde su fuerza. La vigencia de esta teoría se acentúa al introducir la noción de sujeto (agente y actor) con la capacidad de afirmarse a sí mismo y emanciparse o resistirse a los dispositivos de poder y saber (Jodelet, 2007); y con la introducción del componente afectivo de las representaciones sociales, ya que integra un componente emotivo de carácter indiscutiblemente experiencial e individual (González, 2008; Gutiérrez, 2020).

Jodelet (2007) se propone retornar a la noción de sujeto debido a que se ha desdibujado en esta teoría por dos razones: la primera es a consecuencia de centrarse en los fenómenos de interacción y comunicación, y la segunda por la desacreditación de esta noción terminada la segunda guerra mundial. La orientación o foco de atención sobre los fenómenos de interacción privilegió la dimensión social eliminando la idea de sujeto como entidad psicológica y mental. Bajo esta perspectiva, el sujeto se limita a apropiarse de las representaciones circulantes en su medio. No obstante, Jodelet recuerda que “el campo de las representaciones sociales toma por objeto tanto a individuos insertos como participantes activos en redes y contextos sociales, como a colectivos de naturaleza variada” (2007: 37).

En torno a la noción de sujeto, Jodelet recupera de Deluze y Guattari al sujeto moderno del sistema capitalista. Este es descrito por el paradigma de la servidumbre (avasallamiento u obediencia) y el de sujeción (sometimiento). A propósito de las prácticas de sometimiento, recupera de Foucault su preocupación por las distintas formas de subjetivación del sujeto a través de diversos dispositivos de poder y saber, por lo cual, en dicho momento histórico la preocupación por el sujeto no era descubrir al sujeto, sino de rechazar lo que este sujeto es<sup>33</sup>. “Foucault [...] recurre a la noción de representación

---

<sup>33</sup> Lo que Jodelet identifica en Foucault como *rechazo* de lo que el sujeto es, aparece como el equivalente a lo que nosotros expusimos en el apartado del *Dispositivo médico* como *técnicas* o *tecnologías del yo* o *de sí* que le permiten al individuo emanciparse o liberarse de los procedimientos coercitivos cuyo objetivo es someter a los individuos y sus cuerpos.

[en La Hermenéutica del Sujeto] como conjunto de ideas” (Jodelet, 2008: 42), permitiendo inferir que estas intervienen en los procedimientos de subjetivación.

La *evolución posterior* fue rastreada en Giddens (1982) e implica el pensar al sujeto no como sujeto, sino como agente. En dicha posición es capaz de reconocer el potencial de sus acciones y así escapar a la pasividad con respecto a presiones o coacciones del sistema. Paralelamente se recupera la postura de Touraine donde se considera que los grupos están formados por una *voluntad de libertad*, es decir, de afirmación de su singularidad, reivindicación identitaria y el deseo de reconocimiento para sí y para los otros.

Jodelet misma propone que “un trabajo sobre las representaciones puede a la vez sacar partido de y contribuir a un trabajo sobre la subjetivación” (2007: 49), esto por medio de modelos de intervención correctiva cuyo objetivo sea la reorientación de creencias inadecuadas o falsas, la valorización de saberes de sentido común, la concientización crítica de posturas ideológicas, la reinterpretación de situaciones de vida y la puesta en perspectiva de las posiciones en función de un análisis de los contextos de acción y los puntos de vista de los actores.

Negar el carácter normativo y determinista de las representaciones sociales sería un error; una visión menos problemática implica distinguir entre aquellas representaciones que el sujeto *elabora activamente* de aquellas que *integra pasivamente*. Se ha de recordar que una representación es una representación de alguien y de algo que se construye, difunde y comunica entre personas en un colectivo, grupo o sociedad determinada. En este sentido, refiere Jodelet, se deben tomar en cuenta tres niveles o esferas en los que se inscribe el sujeto, a saber: nivel *subjetivo*, nivel *intersubjetivo* y nivel *transubjetivo*. El primero cumple una función expresiva, por medio de él se accede al significado atribuido a determinado objeto, así como también permite examinar cómo en dicha representación se articulan intereses, deseos, emociones, de cada individuo. El segundo nivel apela a la transmisión, elaboración, negociación, actualización e incluso divergencias de representaciones durante las interacciones entre individuos. El tercer nivel se compone de elementos y disposiciones que atraviesan tanto el nivel intersubjetivo como el subjetivo, en él circulan representaciones de origen diverso, como en los medios masivos de comunicación, funcionamientos institucionales, hegemonías ideológicas, entre otras de carácter puramente normativo. A diferencia de esta última, las dos

anteriores gozan de mayor flexibilidad para ser modificadas o actualizadas, en el nivel transubjetivo no sucede así. Finalmente esta operación depende de la *noción de horizonte*, entendida como la consideración de que toda representación se sitúa en determinado horizonte y puede ser analizada de diversas maneras por cada individuo.

El sujeto en las ciencias sociales si bien sí fue desdibujado en la TRS durante una época, como fue expuesto por Jodelet, también ha sido objeto de estudio en función de procesos de emancipación y afirmación de sí mismo frente a las coerciones impuestas por el sistema, sociedad y la cultura. Otra vía por la cual se ha discurrido la posición creativa, de actor y agente, del sujeto en esta teoría, tiene que ver con el componente afectivo de las representaciones sociales. De acuerdo con Pakman (2010, 2014), hasta antes de la década de los ochenta, el estudio de la fenomenología –el estudio de la experiencia consciente– en las ciencias sociales consistía en asumir que el único capaz de brindarle un sentido a su experiencia, sea consciente o inconsciente, era el mismo sujeto que narra sus experiencias por medio del lenguaje, es decir, por medio del esfuerzo realizado para nombrar o apalabrar (hacer consciente lo inconsciente) la experiencia el sujeto avanzaba sobre su análisis. Esta operación es conocida como *giro lingüístico*. Después de esta década cobró relevancia una nueva operación, el *giro afectivo*, es decir un cambio en la producción de conocimiento basado en el estudio del afecto y de la emoción.

Líneas arriba expusimos que Moscovici privilegió el componente y la elaboración cognitiva de la representación sin atender su componente afectivo-emotivo. González (2008) critica la forma en como el fundador de esta teoría afirma que “las emociones son externas a la propia representación, no están implicadas con la representación; solo se acompañan como emociones sociales<sup>34</sup> ya existentes o que son provocadas por ellas” (p. 237). Este último autor citado, retoma los trabajos de Vygotsky para integrar la función generadora, desde las emociones, de las representaciones sociales. Para Vygotsky el “sentido es el agregado de todos los elementos psicológicos que emergen en nuestra conciencia como resultado de la palabra” (Vygotsky, 1987: 275-6, citado por González, 2008: 232). Los elementos psicológicos emergentes en la conciencia, según este autor, son inseparablemente cognitivos y emocionales. Por lo tanto, la tesis sostenida por González apela a que toda representación social, al ser una producción y/o generación del

---

<sup>34</sup>Las representaciones son construcciones intelectuales del pensamiento, y estas son acompañadas o activadas por emociones colectivas (Moscovici, 2000: 133, citado por González, 2008: 237). Las emociones en su calidad de acompañante no forman parte de la representación.

sujeto, se constituye de un elemento simbólico y un elemento emotivo, ninguno de los dos limitado al otro, sino emergentes y activadores sincrónicamente del otro. Emoción y cognición no son procesos paralelos, sino procesos co-formantes de las representaciones.

Gutiérrez (2020), siguiendo la línea emotiva en la representación, señala que el estudio de la emoción en la teoría de las representaciones sociales ha sido poco estudiada y reflexionada. Ella ubica a la emoción como elemento constitutivo de la representación en el proceso que Moscovici denominó *selección*, es decir, que las emociones “ejercen un rol preponderante en la selección de informaciones y en el posicionamiento favorable o desfavorable tanto frente [al] objeto de representación como en la construcción de ese objeto” (p. 132). En este sentido, las emociones cumplen dos funciones en esta teoría, a saber: es parte de la construcción de significado atribuido a un objeto y es también organizador y movilizador de las experiencias que permiten interpretar el mundo u optimizar las relaciones con el entorno.

A propósito del objeto de estudio aquí abordado, y apelando a su función de integración de la novedad, lo desconocido o lo angustiante propio de la teoría de las representaciones sociales, Gutiérrez recupera de De-Graft Aikins, la motivación que lleva a un individuo a aproximarse a una representación. Antes que resistirse el individuo a ser invadido por lo desconocido y extraño, es impulsado por la tensión emocional emergente de aquello alarmante, riesgoso o amenazante. El fenómeno u objeto hasta ese momento desconocido se ata a emociones bien conocidas volviéndose reconocible, a este proceso lo denomina *anclaje emocional* y no es sino la referencia a que todo fenómeno social está anclado en sentimientos divergentes y variados.

Con todo se puede concluir que las críticas referidas a la teoría de las representaciones sociales como aquella que se sirve de las ingenuidades de las filosofías del consenso, expuesta por Bourdieu y colaboradores, resulta infundada porque se ha reconocido y enfatizado el carácter generativo y activo del sujeto que se representa un objeto en función de sus necesidades, deseos, emociones, afirmación y reconocimiento de sí. El sujeto de las representaciones sociales sí es un sujeto determinado por formaciones sociales que escapan a todo intento de modificación (*nivel transubjetivo*), pero también es un agente capaz de emanciparse y reconocerse como formador, creador, transformador y actualizador de representaciones sociales en relación con otros (*nivel*

*intersubjetivo*) y de forma individual (*nivel subjetivo*). En palabras de Jodelet, es un sujeto que se apropia, pero también que crea representaciones.

## 5. Metodología

Todo dispositivo de intervención debe contemplar una serie de instrumentos que le permitan al investigador atender a los objetivos de investigación planteados. En la técnica terapéutica existen dispositivos de intervención: *correctivos*, cuyo objetivo es producir modificaciones con base en las exigencias del demandante (sea este una persona, un grupo de personas o una institución), y *preventivos*, que buscan planificar y actuar antes de que se produzcan alteraciones en la parte demandante. Por otro lado, también existen dispositivos de *intervención en lo social*. Carballada señala que un *dispositivo de intervención en lo social* se presenta como una vía de ingreso a la modernidad dirigida a aquellos que cada época construye como portadores de problemas (2007: 27). Aunado a ello, se enfatiza que un dispositivo de intervención en lo social se convierte también en un instrumento político donde se “generan dominios de saber que imponen nuevos objetos, conceptos y técnicas de intervención que, en definitiva, construyen nuevos sujetos de conocimiento” (p. 35), nuevos “otros” sobre los cuales se intervendrá.

En este sentido, se requiere, por una parte, recuperar instrumentos metodológicos que permitan recuperar información en función de los objetivos de la investigación y, por otro lado, establecer el margen, o bien, la línea de visibilidad y enunciación por las cuales va a transitar dicha investigación para evitar que la investigación se encauce por contenidos dispersos. Esta situación supone una serie de actividades a desarrollar en cuanto a construcción y diseño metodológico: *a)* describir qué son los métodos cualitativos y su pertinencia en esta investigación, *b)* describir las implicaciones del *estudio de caso* como herramienta para reportar los resultados, *c)* demostrar la pertinencia de un dispositivo de escucha y observación para recuperar y organizar lo más fidedignamente posible la experiencia del interlocutor clave, *d)* establecer los lineamientos y estrategias de la entrevista cualitativa y la entrevista en profundidad como instrumentos de recolección de la información, cuyo diseño sea basado en los aportes de la terapia breve (enfatizando que no se realiza aquí un proceso terapéutico breve), *e)*

establecer los ejes de análisis de la información recabada y *f)* describir la propuesta metodológica propiamente dicha utilizada en esta investigación.

### 5.1 Investigación cualitativa

La definición del método utilizado en una investigación suele ser considerada entre las tres distintas para cubrir sus propósitos, a saber: método cuantitativo, método cualitativo o método mixto (cuantitativo y cualitativo conjuntos). Por motivos prácticos, únicamente nos abocaremos a rescatar de forma breve algunas puntualizaciones del método cuantitativo y el método cualitativo, siendo el primero el que demuestra la pertinencia del segundo en la producción de este texto.

Generalmente, una primera dicotomía existente entre métodos cualitativos y cuantitativos hace alusión a la objetividad de los resultados. Se asocia la cuantificación con objetividad, sus criterios de validez dependen y son producto de entornos artificiales controlados y estructurados, la producción de leyes y generalizaciones a partir del recorte de la realidad en muestras o poblaciones representativas y la posibilidad de explicar fenómenos a partir de un lenguaje numérico y exacto. En contraste, se asocia el método cualitativo con subjetividad, incapacidad de producir leyes y generalizaciones objetivas y aplicables a la realidad, sin control del entorno de estudio y, por ende, validez limitada por el bruto de información dispersa que produce acompañada de su poca o nula estructuración (Castro, 2002; Coolican, 2005).

Esta manera de concebir ambos métodos se sostuvo hasta que aparecieron las producciones teórico-metodológicas en contra del positivismo, un referente indiscutible de las ciencias duras, exactas y objetivas. Comenzaron a hacerse críticas a lo que se considera actualmente *instrumentalismo*, es decir, una tradición encargada de recuperar información a partir de producciones estandarizadas y universales cuyos resultados se tornan indiscutibles (González, 2007). La crítica principal a esta tradición alude a la tendencia a ignorar las particularidades de cada individuo, es decir, la tendencia a aislar a los *sujetos de estudio*<sup>35</sup> del contexto social, la generación de producciones de sentido manipuladas y condicionadas por los entornos artificiales, su indispensable

---

<sup>35</sup> Adjetivo criticado por equipararse con ratas de laboratorio.



distanciamiento y frialdad hacia con los *sujetos de estudio* con tal de mantener la objetividad, el establecimiento de relaciones marcadamente jerárquicas y por utilizar a estos sujetos sin devolver algo a cambio (Coolican, 2005: 154-5). Otras críticas emergieron, ya no sobre su aplicación, sino sobre su compromiso social, ya que al basarse en un enfoque hipotético-deductivo no se hacía sino replicar las teorías y metodologías existentes, en otras palabras, no existía producción de nuevo conocimiento (González, 2007). Este último argumento fue, a nuestro juicio, aquel que posibilitó el viraje del *enfoque positivista*, a lo que se consideró *enfoque interpretativo* (Castro, 2002), o más actualmente, un enfoque *constructivo-interpretativo* (González, 2007).

El enfoque constructivo-interpretativo se apoya en la creación de conocimiento y no únicamente en su importación. Esta propuesta intenta ir un paso más adelante que el enfoque fenomenológico, aquel basado en el estudio de la experiencia consciente. Con esto no estamos diciendo que la producción de este texto no toma en cuenta el enfoque fenomenológico, sin embargo, además de buscar comprender los significados que resultan de la interpretación hecha por los interlocutores, también se afirma, acepta y reconoce que la propia construcción y diseño de esta investigación utiliza marcos conceptuales y metodológicos flexibles y dinámicos, con la finalidad de mantener fidelidad al enfoque aquí recuperado; la realidad se interpreta y para su interpretación se requiere generar espacios de inteligibilidad que abran la posibilidad de seguir profundizando en el campo de construcción teórica acompañada siempre del material empírico recuperado en campo; “no excluye lo empírico, ni lo considera en un lugar secundario, sino que lo considera como un momento inseparable del proceso de producción teórica” (González, 2007: 6). En este sentido, este proceso de ida y vuelta constante permite nuevas construcciones y nuevas articulaciones que permitan la creación de nuevas formas de construir conocimiento.

A diferencia del positivismo, los métodos cualitativos no *explican*, sino que *comprenden* los espacios sociales y a los individuos en relación y construcción de dichos espacios (Castro, 2002). Los métodos cualitativos se caracterizan por estudiar procesos sociales, particularmente, “el significado que la realidad tiene para los individuos y la manera en como estos significados se vinculan con sus conductas” (Castro, 2002: 64). Por lo tanto, la investigación cualitativa se sirve del texto y parte de las construcciones sociales de la realidad y el interés por lo que puedan aportar interlocutores clave de manera oral o escrita de acuerdo a sus conocimientos y al entorno en el que se

desenvuelven todos los días. De esta manera, la investigación cualitativa se encarga de producir datos naturales, descriptivos e interpretativos de su mundo (Flick, 2007: 20). En otras palabras, su objetivo es traducir, analizar, describir, y sintetizar el significado de los elementos de interés en la investigación (Álvarez *et al.*, 2014; Kvale, 2011; Angrosino, 2012).

De acuerdo con Coolican (2005), se ha llegado a un consenso entre algunos aspectos propios de los métodos cualitativos, tales como el estudio de los significados de las acciones en un contexto social determinado; una relación de negociación con el interlocutor; la importancia no de las relaciones de causa y efecto sino de las interpretaciones que se hacen de las percepciones experiencias; el establecimiento de un entorno sobre el cual se intervenga lo menos posible; la participación y toma como variable del investigador en el proceso de producción de información y relatos, la inclusión de las reflexiones del investigador; y la oportunidad de descalificar teorías existente; así como, según Castro (2002), su cualidad de desarrollar conocimiento en forma inductiva.

Por último, en este tipo de investigación se utilizan otras herramientas y técnicas que funcionan como marcos teóricos y metódicos para la recuperación de discursos y su ulterior análisis que serán descritas en apartados posteriores.

## **5.2 Estudio de caso**

El estudio de caso en la investigación cualitativa es una de las múltiples herramientas utilizadas para reportar los resultados de la investigación. Este es definido como “un proceso de indagación<sup>36</sup> focalizado en la descripción y examen detallado, comprensivo, sistemático, en profundidad de un caso definido, sea un hecho, fenómeno, acontecimiento o situación particular” (Durán, 2012: 128), y puede ser dirigido a un *caso* –entendido este como un fenómeno ocurrido en un contexto delimitado (p. 129)– como puede ser una persona, pareja, sistema, etc. En este sentido, y de acuerdo con Guilgun, citado por Muñiz, “el estudio de caso en la investigación cualitativa es idiográfica” (2010: 1), es decir, es un estudio que implica la descripción amplia e intensiva de un individuo en particular.

---

<sup>36</sup> Muñiz (2010) lo denomina *recolección de información*.

El estudio de caso suele usarse en investigaciones cuyos objetivos son buscar respuesta a *cómo* y *por qué* de los fenómenos (Durán, 2012: 129); o para observar e identificar algunas características subjetivas de una persona que atravesase por alguna problemática, como por ejemplo: “las características de un paciente, su evolución, su percepción de la enfermedad, sus reacciones emocionales [...], el impacto de la enfermedad en su existencia, su vida familiar, [...] etc.” (Muñiz, 2010: 6).

Para el mismo autor antes referido, un estudio de caso puede ser estudiado en cuatro particularidades diferentes: caso típico, casos diferentes, casos teóricos o casos atípicos. Por motivos de practicidad, solo expondremos la característica del que encontramos afín a esta investigación. Los estudios de caso de carácter *atípico* son distintivos por adecuarse a personas con alguna cualidad peculiar, algún padecimiento o habilidad excepcional (p. 3).

En este mismo orden de ideas, y a propósito de la *peculiaridad* del caso, Durán destaca, citando a Stake, cuatro características que este tipo de estrategia debe cubrir para validar su pertinencia: la *singularidad* (contiene elementos que destacan por su novedad y extrañeza), su *complejidad* (las interrelaciones políticas, económicas, sociales, culturales, personales, históricas y temporo-espaciales puestas en juego), la *disponibilidad* (la aparición casual del caso), y su carácter de *potencial de aprendizaje* (la significatividad del caso para aprender de él por no ser un caso típico). Aunado a ello, se destaca el requerimiento de la *triangulación* para optimizar la comprensión del caso, ya que “refleja un intento para obtener una comprensión profunda del fenómeno en estudio” (2012: 129-130) sirviéndose de varias estrategias para tal cometido.

Otra consideración a tener en cuenta en este tipo de investigaciones son las implicaciones éticas por la naturaleza de cada caso particular (Muñoz, 2010: 5). Esta investigación se adecua a la bioética por ser la disciplina encargada de crear un puente entre las ciencias médicas y las sociales. Se expone el uso meramente académico de las producciones subjetivas recuperadas, se asegura la confidencialidad del participante si así lo desea y se esclarece el rol que cumple el investigador, así como las posibles consecuencias de la participación (Kvale, 2011); todo esto en un documento denominado consentimiento informado, entendido como “un proceso de información y comunicación entre el equipo multidisciplinario y el enfermo, que puede culminar con la autorización de procedimientos o tratamientos cuyos riesgos, beneficios y alternativas hayan sido

descritas [previamente a la intervención]” (López *et al.*, 2010: 41). Bajo esta panorámica, este tipo de intervenciones o participaciones no deben dar por sentado la susceptibilidad de generar procesos iatrogénicos si no se consideran los cuatro principios básicos bioéticos (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia), lo que indudablemente implica reducir lo mayor posible el riesgo de daño hacia el interlocutor (Kvale, 2011: 54).

En este mismo sentido, a propósito de la *triangulación* como optimizadora del caso, y la necesidad de tomar en cuenta las consideraciones éticas y bioéticas, se destacan dos estrategias a desarrollar en función del beneficio de nuestra coparticipante: un *dispositivo de escucha*, pues aporta a las discusiones sobre “cómo investigar asumiendo la complejidad del mundo social y la naturaleza subjetiva del conocimiento, sostenida en el encuentro con el otro y en el lenguaje como articuladores de la experiencia” (Cornejo, 2011: 10); y un *dispositivo de intervención* que se sirva de las estrategias utilizadas por las *terapias breves* ya que se prestan a ofrecer herramientas para cambiar y manejar excesos o déficits conductuales y emocionales causados por problemáticas concretas y por mostrarse factible al permitir establecer los límites de tiempo y número de sesiones (generalmente entre cinco y ocho sesiones), el uso de la escucha reflexiva (permite identificar cómo, cuándo y por qué cambiaría una conducta), los límites de alcance que el mismo dispositivo tiene (Hewitt y Gantiva, 2009: 166) y la posibilidad de integrar a otros interlocutores implicados en el proceso (Bellak, 1986).

Con base en lo anterior, se puede concluir que un estudio de caso es una estrategia metodológica, particularmente utilizada en las investigaciones de corte cualitativo por su carácter indagatorio y exploratorio, que privilegia la experiencia particular de un individuo, cuyas características destacadas son su singularidad y ofrecimiento de nuevos conocimientos al campo de las ciencias sociales a partir del uso de diferentes técnicas de construcción y recopilación de información, así como las implicaciones éticas y bioéticas a tener en cuenta.

### **5.3 La mirada y escucha**

Como ya se ha referido líneas arriba, tanto en investigación cualitativa como en la entrevista cualitativa se privilegian dos acciones realizadas por el investigador: la observación y la escucha. Ambos procesos, antes de pasar a recibir el estatuto de

observación y/o escucha son considerados percepciones, es decir, una elaboración cognitiva resultado de la información a manera de estímulo recibida del exterior y captada por los sentidos (Bruner, 1978), que en este apartado competen a la vista y a los oídos.

Se habla de una elaboración y acción no solo de carácter fisiológico, sino también psicológico; son acciones diferentes el oír y el escuchar, el mirar/ver y el observar. Los primeros de cada conjunto son resultado de una acción fisiológica que, posteriormente, pasa por un proceso psicológico complejo que determina la información codificada y decodificada (Bruner, 1987). Los oídos y la vista captan sonidos e imágenes, aunque, tras el proceso de elaboración antes descrito, captan llamadas, avisos, señales, o bien, signos. Zambrano expone que “entre lo visto y quien ve existe una distancia” (2012: 47), expresión interesante porque denota por un lado la acción de identificar signos y, por el otro, la actitud y atención con la cual el investigador filtra los elementos dispuestos en forma de estímulos.

Bruner (1987), Bourdieu, Chamberon y Passeron (2008), García (2000, 2006), Kvale (2011) y Freud (Bleger, 2012) han teorizado respecto a la organización del bruto de estímulos captados y percibidos por el investigador: tendencia a la sistematización; ruptura de preconiciones; formas de organización de observables; conocimiento sobre la materia y transferencia y contratransferencia respectivamente. Cada uno de los autores antes citados refieren que los estímulos, las manifestaciones, los elementos o las informaciones captadas por los sentidos desde el exterior o interior (este último solo para Bruner y Freud) requieren ser sistematizados, organizados, filtrados e incluso jerarquizados en abstracciones estratégicas que en una articulación lógica, coherente y congruente permitan su inteligibilidad. Esta última operación nos ha de llevar a cuestionar bajo qué estatuto son filtradas, sistematizadas u organizadas las informaciones percibidas por el investigador.

El corpus teórico (García, 2006) la construcción teórica (Bourdieu *et al.*, 2008) la comprensión conceptual y teórica (Kvale, 2011) o los sistemas de análisis (Geertz, 2003) suponen la misma idea sobre la cual recae la respuesta a la interrogante anterior y que expone de forma sintética García: “Todo observable está cargado de teoría” (2000: 137). Es decir, toda experiencia, manifestación, elaboración individual y social es *observada* y *escuchada* por el investigador bajo un cuerpo teórico que permite visibilizar de forma sistemática y ordenada una mayor cantidad de información recabada. Sin embargo, la

labor no se detiene en el conocimiento objetivo que sustenta la manera de mirar y oír, ya que procesos inconscientes emergen durante el propio curso y proceso de construcción de conocimiento con los elementos rescatados por la propia investigación. Así como los interlocutores son domeñados por su inconsciente, el investigador lo es también al recibir información que remueva y resuene en sí mismo.

En este sentido, el proceso de investigación que hace uso de la observación y la escucha debe permanentemente describir, evaluar, valorar y analizar las interpretaciones que los interlocutores hagan de su realidad (Geertz, 2003; Jodelet, 2007; Kvale, 2011; Angrosino, 2012); los patrones de comportamiento, interacción y acción de los interlocutores (Castro, 2002; Geertz, 2003; Angrosino, 2012); y, además, debe someter a discusión las producciones inconscientes que puedan estar implicadas durante el curso de las entrevistas y el proceso de investigación en sí mismo (Bleger, 2012), todo bajo un corpus teórico y categorías *densas* (Geertz, 2003) que permita su interpretación, comprensión e inteligibilidad; no se trata de buscar generalizaciones a partir de casos particulares, sino de generalizar dentro de hechos pequeños con textura muy densa.

Encontramos ahora necesario delinear las estructuras dispuestas en la sociedad que legitiman, justifican y determinan los patrones de comportamiento interpersonal, los discursos suscitados y las expresiones cognitivas y conductuales individuales manifestadas por los sujetos que atraviesan por una enfermedad como el cáncer de estómago.

#### **5.4 Entrevista cualitativa y entrevista en profundidad**

Para recuperar producciones de sentido de interlocutores clave, la entrevista cualitativa aparece como un instrumento adecuado para esta labor; “las entrevistas son adecuadas para estudiar la comprensión de las personas de los significados de su mundo vivido, describir sus experiencias y su modo de comprenderse a sí mismos, y aclarar y elaborar su propia perspectiva sobre su mundo vivido” (Kvale, 2011: 73).

Tal como su nombre lo indica, la entre-*vista* es una “visión entre, un intercambio de visiones entre dos personas que conversan sobre un tema en común” (Kvale, 2011: 27). En investigación cualitativa, la entrevista tiene la peculiaridad de construir nuevo conocimiento a partir de la interacción lingüística en donde los propios participantes, sus

estructuras y los efectos que estos tengan en la propia relación y acción son de interés para la propia investigación. En la construcción de conocimiento deben reconocerse dos planos de producción, el *contenido manifiesto* –caracterizado por aquello que la persona expresa directamente– y el *contenido latente* –aquello que no puede ser ni escuchado ni observado directamente ni por el locutor ni el interlocutor por lo que requiere ser interpretado al margen de lo *manifiesto*– (Fando y Villaseñor, 2002)

Pese a la búsqueda de una relación idealmente horizontal, entre iguales (Bleger, 2012), una relación de entrevista con fines de investigación es innegablemente asimétrica (Kvale, 2011). Siguiendo a Bleger, en esta relación el interlocutor asigna roles sobre el investigador/locutor y se comporta en función de los mismo, a partir de lo cual emerge otra labor por parte del locutor: percibir los roles asignados, registrarlos y analizarlos (2012: 25-6), así como también realizar esta misma actividad, pero con vocalizaciones, expresiones faciales y otros gestos corporales (Kvale, 2011: 34).

Como el objetivo principal de la entrevista cualitativa es la producción de discursos, es necesario realizar una serie de interrogantes abiertas, a veces ambiguas, y, a nuestro juicio, siempre organizadas, o cuando menos orientadas por una guía de entrevista basada en la correspondiente organización temática, el diseño y propósito de la investigación, las miras hacia el uso y análisis que se le dará a la información recolectada, y las respectivas consideraciones éticas (confidencialidad, posibles consecuencias, consentimiento informado y compromiso y respeto por parte del investigador hacia la integridad de la persona)<sup>37</sup>. De modo tal que *el entrevistador* (el investigador/locutor) (Kvale, 2011: 76) se vuelve el instrumento principal de investigación. Dicho en otras palabras, el *entrevistador* depende de sus habilidades, sensibilidad, conocimiento, juicios y experiencia durante el desarrollo de la actividad, siendo necesario establecer las pautas del curso de la entrevista, tales como: designar horarios y espacio donde se desarrollará la entrevista, establecer buen contacto con escucha abierta y atenta, mostrar interés, preguntar de forma sensible, denotar comodidad con la situación y ser claro con lo que

---

<sup>37</sup> Cabe destacar que un agregado y resultado tácito en la entrevista cualitativa es que, al ser un dispositivo de escucha en sí mismo, resulta gratificante, enriquecedor y hasta terapéutico para el interlocutor por permitirle reevaluar y comprender su situación actual; además facilita “cambios en el[interlocutor] y el conocimiento general de la situación humana conseguido [...] es un efecto secundario...” (Kvale, 2011: 42) dirigido a ayudar en momentos y experiencias particulares. Es necesario enfatizar que el locutor/investigador debe reconocer y aceptar sus capacidades ante tal actividad; puede no estar calificado para ello y, apelando de nuevo a los principios éticos y bioéticos, puede producir efectos iatrogénicos sobre el interlocutor.

sabe que quiere hacer (Kvale, 2011: 83). Lo anterior se realiza con la finalidad de crear un clima de cordialidad que genere confianza en el interlocutor para que, por un lado, evite inhibir sus producciones de subjetividad y, por el otro, le permita profundizar en la estructura de su diálogo sin quedarse en lo superficial a lo largo de la entrevista (Díaz, 1991; 175). Aunado a ello, el investigador debe estar atento a lo que Kvale (2011) recupera como *punto de saturación*, esto es obtener nulo o nulo conocimiento nuevo después de cierto número de sesiones y temas abordados. Una propuesta para salvar esta posible dificultad es el uso de la *entrevista en profundidad*, un tipo de entrevista que busca explorar y describir con detalle las producciones de subjetividad.

En la bibliografía revisada, se ha identificado que la entrevista en profundidad se ha visto inmersa en dos polémicas sobre las cuales no se ha escatimado en teorizar y proponer métodos que ayuden a salvarla.

La primera tiene que ver con la organización y aplicación de la propia entrevista. Por un lado, se defiende que este tipo de entrevista solo cumple su cometido cuando se realiza sin estructura o guía de interrogantes, es decir, bajo la producción de preguntas meramente espontáneas ante las respuestas del interlocutor; mientras por el otro, se aboga por la validez de los datos recabados a partir de un *esquema de intercambio* más estructurado, puesto que se alienta y dirigen las interrogantes hacia relatos específicos sin fragmentar o inhibir el discurso del interlocutor (Rivas, 2002).

Como se ha expuesto líneas arriba, a nuestro juicio, y siguiendo a Kvale (2011) y a Angrosino (2012), la entrevista cualitativa, aún en su modalidad de entrevista en profundidad, debe ser orientada por una guía de entrevista. No por ello se asegura que sea una entrevista cerrada, sino que, en su cualidad de herramienta dinámica y abierta, es posible *sondear* para profundizar activamente y seguir nuevas pistas a partir de las respuestas brindadas por los interlocutores, logrando al mismo tiempo que la entrevista se mueva en una dirección productiva. Algunas estrategias para alcanzar tal cometido son preguntar directamente sobre aquello en lo que se quiere profundizar, solicitar clarificaciones de términos usados, repetir en forma de pregunta lo último dicho por el interlocutor, guardar silencio tras su aseveración y estar atento a *lucres rojas* pertinentes a la investigación (Kvale, 2011; Angrosino, 2012).

La segunda polémica en la cual se ha inmerso la entrevista en profundidad –y por qué no pensar que en general las entrevistas en investigación– tiene que ver con la calidad



y fiabilidad del contenido discursivo rescatado a través del interlocutor. Se asegura que esta no puede tener como elemento central el dicho de una persona, debido a que tienen la posibilidad de deformar la realidad a través de la palabra y que frente a una interrogante suele mentir. Cuando el entrevistado cae en contradicción con su propio discurso el locutor puede hacerle interrogantes al respecto que le permitan resignificar la experiencia e ir de afirmaciones superficiales a cuestiones que implican una mayor profundidad respecto a los intereses de la entrevista (Díaz, 1991; Angrosino, 2012). También se debe tener en cuenta que en ocasiones el entrevistado puede caer en confusión debido a que las preguntas muestran inconsistencias y, en consecuencia, a los interlocutores se les presentará dificultad para brindar una respuesta o, si lo hacen, será de contenido escaso. Contrariamente, se posibilita la asociación libre si las interrogantes están formuladas de forma en que el interlocutor pueda explayarse y que, además, lo inviten a pensar y reflexionar sobre el tema.

Conjugando los postulados expuestos entre entrevista cualitativa y en su modalidad en profundidad, se puede referir que este tipo de entrevista es utilizada como un elemento básico para posibilitar que el interlocutor tenga libre expresión respecto a una serie de ideas, sentimientos y valoraciones sostenidas en una situación en particular (Díaz, 1991: 161). Hemos de recordar que cada persona puede llegar a resignificar de forma diferente a otras; aunque estén pasando por la misma situación estas integran un conocimiento y una percepción de forma distinta y, en este sentido, lo que les permite crear tales experiencias es algo íntimo, singular, que va más allá del conjunto de acciones de lo que habitualmente se conoce como real, a causa de ello el sujeto crea su propia palabra (Díaz, 1991: 165), su propio *sentido subjetivo* (González, 2007).

Esta entrevista no sólo se basa en lo dicho por el entrevistado, sino también en todas las expresiones corporales, evasivas, contradicciones, miradas y silencios que se puedan dar durante la puesta en práctica. Lo anterior se impone como referente para el investigador respecto a algo que está sucediendo y puede pasar desapercibido, ocultado, íntimo o inaccesible, reconociendo que esta tarea eminentemente requiere del apoyo de sus anotaciones, de la formulación de preguntas y de sus teorías para explorar en otro momento o desde otros ángulos lo acontecido en sesión, siempre en función de la promoción de asociación libre (Díaz, 1991; 173).

Ahora bien, hasta este momento hemos prestado atención a las herramientas y/o instrumentos necesarios para recolectar información y sobre cómo o bajo qué marcos recolectarlos. Resta un último paso para enmarcar metodológicamente el dispositivo de intervención que proponemos en función de los objetivos de esta investigación. En el siguiente apartado prestaremos atención a algunas estrategias de codificación de los datos y la manera de analizarlos de la forma menos dispersa posible.

## **5.5 Análisis y la codificación**

En el apartado dedicado a la escucha y a la observación se enfatizó la necesidad de construir una mirada y una escucha teórica, es decir, un margen de conocimientos acordes a los objetivos de la investigación que permitan ahondar o sondear las afirmaciones del interlocutor clave en función de recuperar información susceptible de volverse significativa a la hora de realizar el análisis de los datos recuperados en el proceso de entrevista. Para evitar confusiones entre la forma en cómo haremos uso de la teoría en este apartado y el anteriormente descrito, necesitamos aclarar, por un lado, que en este proceso la teoría se convierte en un “recurso que permite reemplazar los objetos del pensamiento de la percepción de sentido común [rescatados durante las entrevistas] por los objetos de pensamiento de la ciencia” (Schutz, 1974: 36), es decir, las impresiones ingenuas que devienen en el análisis deben transformarse en material adecuado para dicha tarea, y, por otro lado –aunque parezca innecesario aclararlo–, aclarar que el análisis se trata de un proceso subsecuente a la realización de entrevistas.

Para lograr esta tarea se requieren una serie de pasos que intentaremos acotar en tres fases procesuales: análisis estructural y funcional de la narrativa; codificación abierta; y codificación axial. Cada una de estas fases tienen por objetivo dar cuenta de estructuras, dimensiones y significados (explícitos e implícitos) bajo los cuales emergen las palabras del interlocutor. En una integración hecha por Schutz, este nos recuerda:

Todo conocimiento del mundo, tanto en el sentido común como en el pensamiento científico, supone construcciones, es decir, conjuntos de abstracciones, generalizaciones, formalizaciones e idealizaciones propias del nivel respectivo de organización del pensamiento. (1974: 36)

Para Coffey y Atkinson (2003) la narrativa implica darle sentido en el presente a una historia pasada, a veces en forma de metáfora, de manera organizada. Además, esta tiene propiedades estructurales y funcionales manifiestas durante su expresión, de modo tal que

están sujetas a una estructura con un inicio, una mitad, un final y una lógica para quien la cuenta, así como a normas de conversación y de desempeño situacional –entendido como una responsabilidad hacia el receptor de la narrativa que requiere el despliegue de diversas estrategias de comunicación– propios de los imperativos socioculturales del grupo al cual el individuo pertenece. Dentro de esta estructura formal se ubican una serie de elementos dignos de ser considerados para su ulterior análisis, tales como: acontecimientos, sucesos, influencias, personas, encrucijadas y decisiones; lo que supone otra forma de analizar la narrativa tomando en cuenta de qué trata, hacia dónde se orienta la historia, cuáles son los sucesos relevantes, cómo es evaluado por el narrador y la vuelta al presente con el final de la historia.

Al dar cuenta de la estructura y función de la narrativa, el investigador se encuentra en camino a codificar los datos recuperados durante las entrevistas, es decir, en el proceso para identificar y agrupar fenómenos, ideas centrales y sus características en categorías y subcategorías. Strauss y Corbin (2002) descomponen esta actividad analítica en dos procesos: la codificación abierta y la codificación axial. El primero tiene por objetivo distinguir y descubrir categorías (conceptos o representaciones abstractas seleccionadas para representar fenómenos) y sus características o propiedades comunes, similares o relacionadas que permitan establecer subcategorías (conceptos que amplifican y dan especificidad a las categorías). En breve, esta es una actividad de clasificar datos. El segundo proceso, la codificación axial, tiene por finalidad establecer relaciones y articulaciones coherentes y congruentes entre las propiedades y dimensiones de las categorías que emergieron en el proceso anterior. Esta es una elección importante porque “el analista comienza a construir una trama densa de relaciones que giran alrededor del “eje” de la categoría sobre la cual se está centrando” (Strauss, 1987: 64, citado por Strauss y Corbin, 2002: 135).

Cada una de las actividades antes expuestas debe tomar en cuenta las condiciones situacionales y contingentes propias del contexto en el cual se suscita, no puede ser separado de este porque pierde valor o sesga los resultados en el análisis.

## 5.6 Propuesta metodológica

El dispositivo de intervención aquí propuesto no se limita únicamente a la entrevista en profundidad con soportes base en los aportes de la terapia breve. El dispositivo de intervención se compone de cada uno de los elementos puestos en juego al interior de una demarcación con miras a cumplir determinados objetivos y dar respuesta a la pregunta de investigación.

La presente investigación es de corte cualitativo, reportado en un estudio de caso, con un enfoque interpretativo-constructivista y que buscó rescatar por medio de la entrevista cualitativa, en su modalidad de entrevista en profundidad, la experiencia de una profesional de la salud que padece cáncer de estómago y que es atendida en el Centro Médico Naval de la Secretaría de Marina. Se privilegió su propio discurso y las producciones de sentido acuñadas, por un lado, al cáncer de estómago, y por el otro, a cada persona, situación, circunstancia, tratamiento, atenciones, decisiones y obstáculos presentes durante tal proceso.

En función de la disminución de los posible sesgos argumentativos y analíticos se compartió a la interlocutora los objetivos y alcances de la investigación con base en las disposiciones éticas y se construyó una mirada y escucha teórica fundamentada en las manifestaciones conductuales y cognitivas derivadas de las intervenciones clínicas al interior de instituciones que legitiman prácticas y saberes difundidos, compartidos, comunicados, agrupados y decantados en determinadas representaciones sociales dispuestas, reconstruidas y reinterpretadas por la interlocutora (esto desarrollado a detalle en el siguiente apartado, el *marco conceptual*) que permitiera sondear y profundizar en aspectos relevantes durante la realización de entrevistas, así como un análisis coherente, congruente e intensivo del material recuperado.

Durante la realización de las entrevistas se tomaron en cuenta una guía de entrevista con cinco ejes temáticos rectores y pensados entre 5 o 7 sesiones de 40 a 50 minutos cada una, a saber: 1) *cuadro clínico y formación profesional* para precisar datos personales como el tipo de cáncer padecido, la etapa cursada, el tiempo desde su aparición, las causas, etc., así como su grado académico y los conocimientos en el campo de la salud que ostenta; 2) *representaciones sociales del proceso de enfermedad* para rescatar todas aquellas representaciones sociales que estén condicionando y anclando

determinadas formas de actuar y pensar en relación con otros, por un lado, y de interpretar la realidad, por el otro; 3) *self-sí mismo* por permitir observar y escuchar diversas dimensiones de la interlocutora con base en las relaciones establecidas con diversos objetos; 4) *recursos resilientes utilizados durante la enfermedad* para recuperar actitudes, decisiones y relaciones establecidas al recibir el diagnóstico de cáncer y las situaciones que las han modificado en el curso de la enfermedad; y 5) *percepción de la oferta institucional* para dar cuenta de la forma en cómo la interlocutora aprecia el nivel y calidad de atención, el abasto de insumos técnicos, médicos y tecnológicos de las instituciones y la valoración que de ello hace. Estos cinco ejes temáticos contaron con subejos particulares que permitieron hacer distinciones al interior de cada una y establecer relaciones tanto en su interior, como con las otras categorías. Aunado a ello, cada subeje contó con *preguntas teóricas* que orientaron el curso de las *preguntas de situación* realizadas.

Cabe destacar que se comunicó la posibilidad de tocar temas sensibles durante las sesiones y se dio la confianza de no contestar o abandonar la sesión o por completo la investigación, aspectos a los cuales la interlocutora accedió. En este mismo orden de ideas, nuestro propio compromiso ético nos obligó a pensar en algunos temas de menor impacto para cambiar el curso de la entrevista en caso de ser necesario, también se practicó la respiración diafragmática o abdominal por su potencial relajante en caso de manifestaciones emocionales de índole negativa. Cada una de estas puntualizaciones tuvo por objetivo minimizar el potencial iatrogénico que se pudiera causar a la interlocutora con el curso de la investigación.

#### *Interlocutor clave*

Ada es una mujer de treinta y tres años, soltera, con tres hijos (dos niños y una niña) que vive en casa de sus padres. Ella estudió la carrera de Ingeniería Biomédica en el Instituto Politécnico Nacional (UPIBI, IPN), ahí mismo tomó un curso de Robótica. Ella estuvo estudiando un tiempo en Canadá, refiere hablar español e inglés y haber tomado cursos de árabe y postugués (estos últimos con un nivel muy bajo). Es pasante en la carrera de Relaciones Comerciales y trabaja en el Centro Médico Naval<sup>38</sup>, en el área de prótesis

---

<sup>38</sup> Omitimos el cargo o puesto que ocupa en el interior de la institución por petición de ella.

biónicas y mantenimiento a los equipos técnicos y eléctricos que facilitan o brindan soporte de vida a los derechohabientes.

Ada cursa actualmente por un cáncer de estómago diagnosticado en etapa I tras haberle realizado una histerectomía (extirpación de la matriz) por haber transitado un embarazo de alto riesgo de su última hija. Ada refiere que los médicos no se explican la causa del cáncer, pero la respuesta que le brindaron fue que a raíz de un tumor que comenzaba a formarse en la matriz (razón por la cual la extirparon) este hizo metástasis y se dirigió al estómago. Actualmente, se mantiene en etapa I y durante el curso de la investigación se notificó que el cáncer avanzó por lo que transitó durante un tiempo un periodo de recaída. Recibe tratamiento quimioterapéutico cuyo impacto le ha producido complicaciones renales y de la vesícula.

### *Campo*

Se estableció contacto con la interlocutora clave, a quien desde aquí llamaremos Ada, por medio de una integrante del equipo. Se le solicitó a Ada una charla inicial para conocer al resto de los integrantes del equipo y para poder entablar un primer diálogo de confianza con ella. Esta sesión fue programada para realizarse por medio de la plataforma de Zoom.

En la primera sesión se platicaron las intenciones del equipo respecto a solicitar su ayuda y participación en esta investigación, se platicaron algunos temas relativos al cáncer de estómago, sus redes de apoyo y a las instituciones de salud pública del país. Además se acordó crear un grupo de WhatsApp para coordinar futuras sesiones y compartir información médica sobre el cáncer. Ninguna de las preguntas realizadas en esa primera entrevista tuvo por objetivo profundizar, sino únicamente indagar de forma superficial el caso de Ada e ir avizorando un posible escenario futuro sistematizado. Las siguientes sesiones, salvo la segunda que se realizó de manera presencial en un local de café, se realizaron por medio de la plataforma de Google Meet por la disponibilidad de tiempo ilimitado durante la videollamada, a diferencia de Zoom que solo brinda 40 minutos al plan básico.

## **6. Análisis de material empírico**

### **6.1 Fases en el proceso diagnóstico**

Bajo la perspectiva de la Teoría de las Representaciones Sociales (Moscovici, 1979), las investigaciones sobre este constructo teórico precipitadas a la enfermedad crónica han desvelado, entre otras, la siguiente problemática: la enfermedad crónica –como el SIDA, la tuberculosis o el cáncer– implica la desestabilización y alteración irreversible del curso y de las expectativas de vida, es decir, entraña un proceso de disrupción biográfica (Herzlich, 2004; Sontag, 2008; Castaño y Palacios, 2013).

Este capítulo consta de tres apartados con base en diferentes temporalidades: antes, durante y después del diagnóstico. El diagnóstico es el instrumento o dispositivo político que legitima los saberes utilizados para interpretar enfermedades y, también, las prácticas e intervenciones a las cuales se somete el individuo en función de la búsqueda de su recuperación o alivio. Es a partir de este dispositivo que se explica el proceso de disrupción biográfica en tanto que implica reorganizaciones del curso de vida cotidiano.

El primer apartado muestra cómo el conocimiento de sentido común relativo a lo normal o no normal, objetivado a partir de lo que la institución médica promueve como normal y patológico, organiza y guía las decisiones sobre cuándo, a quién y a dónde acudir cuando una serie de signos o síntomas corporales u orgánicos aparecen, así como los pensamientos dirigidos a las posibles causas e instancias implicadas en el ulterior proceso de recuperación.

El segundo apartado expone cómo el conocimiento de sentido común relativo a la obediencia al médico y los tratamientos que implementa, objetivada del propio dispositivo médico, organiza y suscribe o somete al individuo a diversos procedimientos de rutina, tales como: prescripciones de medicamentos, intervenciones quirúrgicas y pasividad a exploración del cuerpo, con sus respectivas manifestaciones y expresiones emocionales muchas veces anuladas.

El tercer apartado ilustra cómo el conocimiento de sentido común en torno a la alteración de la vida cotidiana, objetivado del curso tendiente a la fatalidad supuesto por el cáncer, puede ser actualizado cuando se tiene acompañamiento psicológico que oriente el proceso de duelo cursado.

### 6.1.1 Aproximación al diagnóstico

El ser humano tiende a aproximarse a los fenómenos que le son desconocidos para disminuir la incertidumbre a la que se ven expuestos. La Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) (Moscovici, 1979) establece que por medio de las representaciones sociales los individuos son capaces de familiarizarse con lo desconocido o angustiante a partir de un complejo proceso cognitivo y emocional que le permite volver instrumental aquellos conocimientos relacionados con sus necesidades y problemáticas.

Dicho de otra manera, el individuo requiere servirse de las explicaciones culturalmente moldeadas y compartidas que le permitan comprender manifestaciones o eventualidades ignoradas hasta el momento de su emergencia. Es capaz también de desplazar su atención frente a experiencias que lo obliguen a transitar de una realidad a otra, como lo es el caso de la aparición de una enfermedad (Berger y Luckman, 2001). La enfermedad, si bien no establece precisamente otra realidad, pone en operación principios y leyes propios de todo proceso de inflexión o alteración que sí refieren a distintos grados de aproximación e interpretación (Canguilhem, 1971).

En relación con lo anterior, es preciso aclarar que en este nivel de análisis no referiremos a la *enfermedad (disease)* –interpretación hecha por profesionales sanitarios del mal funcionamiento orgánico con base en estudios realizados con instrumentos y equipos especializados– sino al *padecimiento (illness)* –interpretación del individuo en particular de sensaciones orgánicas con base en conocimientos culturales– (Kleinman, *et al.*, 2006). Esto a razón de notar a la enfermedad como resultado de un diagnóstico médico y al proceso de aproximación a ella como su precedente.

El padecimiento es valorado con base en la asociación existente entre distintos niveles de conocimiento cultural y el malestar sentido en el cuerpo. De la evaluación hecha, se derivan, entre otras, las siguientes interrogantes que permiten al individuo aproximarse a entidades que disminuyan su impacto producido: ¿cuándo, a quién y a dónde se acude para recibir atención?, ¿cómo se comunican los problemas de atención? y ¿cómo se evalúa esa atención? (Kleinman, 1988; Kleinman *et al.*, 2006). Son estas preguntas las que guían la narrativa reconstruida en este apartado.

La asignación de significados a las sensaciones corporales, como se puede inferir, son producto de intercambios entre los individuos de un colectivo que, cuando son



evaluados como un funcionamiento *no normal*, encauzan un proceso de búsqueda para restablecer el estado de equilibrio asociado a la salud culturalmente (Martínez, 2008). Bajo estas premisas, identificamos que la producción discursiva generada por Ada, además de integrar el conocimiento cultural, incluye una valoración con base en su formación y experiencia profesional:

...empiezo a presentar como ciertos problemas médicos como el dolor de estómago creyendo que era como la colitis, la gastritis etc., etc., y cuando ya consideré, basado en mi experiencia trabajando en hospital, decir “esto ya no es normal”, fui a revisión médica... (Ent. 2: p. 226)

Los pródromos, los principales signos de alerta identificados, también se presentan con cierto nivel de ambigüedad para el profesional médico, esto lo lleva en un primer momento a interpretarlo y explicarlo desde el conocimiento popular, teniendo de nuevo como común denominador su relación con un estándar respecto al cual debería *cuadrar*:

...me dijeron: “¿Sabes qué? Hay como ciertos bolitas, tumorcitos, como que no cuadran. O sea, no están como totalmente bien hechos; están amorfos”... (Ent. 2: p. 226)

Observamos que el padecimiento es objetivado como algo que *no es normal* o una desviación a partir del conocimiento cultural que asocia a la salud con el funcionamiento *normal* libre de síntomas y malestares. Ante la sospecha de un *descuadre* es cuando se considera pertinente acudir al médico. Y para deshacer la sospecha y conocer la realidad impuesta, se practican exámenes y estudios de detección:

...yo entendí como algo estaba muy mal, me mandan hacer los estudios correspondientes y me dicen: “¿Sabes qué? Tienes una metástasis etapa I”... (Ent. 2: p. 226)

Sin embargo, la aproximación no termina en el momento en el que se llega al hospital y se comparten las sensaciones y manifestaciones sintomáticas al médico, ni mucho menos con el establecimiento de un diagnóstico; este último implica, en sí mismo, nuevamente la necesidad por familiarizarse con aspectos relativos al fenómeno determinado. Desde este punto de vista, la interlocutora tuvo que familiarizarse en dos nuevas orientaciones: la primera dirigida hacia las causas o posible génesis de *la metástasis*; mientras la segunda dirigida hacia la oferta institucional, la preparación académica y profesional de los prestadores de servicios, los tratamientos utilizados y los métodos de detección de los cuales se serviría para atenderse el cáncer de estómago.

En relación con la primera, el padecimiento aparece representado como *secuela* – esto es una consecuencia displacentera que sobreviene a una práctica determinada–

derivada de las intervenciones médicas realizadas para retirar un tumor que ya venía creciendo durante su embarazo de alto riesgo clasificado como placenta acreta, un evento poco común en el que la placenta se adhiere al miometrio y provoca abundantes sangrados que ponen en riesgo la vida, y en el que se le tuvo que retirar la matriz para mantener su vida y la de su bebé:

...pasan los meses, se le da seguimiento a la parte que yo tengo porque yo tuve que tener esa parte de retirarme completamente la matriz y se le dice “histerectomía”; se tuvo que retirar toda la matriz para checar, para salvaguardar mi vida y la de mi bebé. [...] Después de eso, nace mi bebé con bastantes complicaciones para mí, no tanto para mi bebé, y a raíz de eso quedan ciertas secuelas que considerábamos dentro de lo normal (*enfatisa las últimas dos palabras*)... (Ent. 1: p. 213)

A raíz de lo anterior, se hace una relación multicausal entre embarazo de alto riesgo iniciado por un tumor creciente y la metástasis, o bien, cuando *[el cáncer] ya se ha diseminado a otras zonas del cuerpo y hay una invasión a otras áreas* para, finalmente, concluir que a consecuencia del primero se produjo el segundo:

Empieza el proceso de los estudios médicos, resonancias magnéticas, tomografías, etc., y pues descubren que es un tumor... por lo cual, empieza [...] un proceso bastante difícil para poder llegar a la conclusión de que a pesar de que no tengo una matriz como tal pues el estómago es punto y aparte ¿no? (Ent. 1: p. 213)

Dicho en los términos médicos apropiados por la interlocutora:

...de manera muy general, el tipo de cáncer o metástasis que yo presenté fue a raíz de un problema que se llama “Acretismo placentario”. Eso es... se da... a cabo en un embarazo de alto riesgo, ya que yo fui metida a cirugía a los cuatro meses de embarazo por un tumor que yo tenía o que ya venía creciendo. De ese tumor que no se pudo retirar se empieza a generar un problema... (Ent. 1: 212)

A la luz de la TRS, observamos la tendencia, bastante común, de que la persona que acude con un especialista comienza a apropiarse de términos médicos y científicos complicados (ej. histerectomía, acretismo placentario, resonancias, tomografías, etc.) a los cuales les asigna una definición con base en la filtración que haga de la explicación brindada por el profesional sanitario y los conocimientos por ella ostentados para orientarse en la evolución de la nueva condición de vida a transitar (Palacios, 2013).

En relación con la segunda orientación, se hace de su conocimiento al lector que la naturaleza de esta investigación requiere diversificarse entre las representaciones sociales en torno a instituciones de salud incorporadas al sector público. Por petición de la interlocutora, omitimos el nombre de aquellas instituciones que no tengan relación

nominal con el Centro Médico Naval –el lugar donde es atendida–, sin embargo, hacemos una distinción entre estas mediante nomenclaturas construidas por ella misma ya que, en términos de la teoría aquí referida, son la objetivación de cada una. Utilizaremos *hospitales para personal civil* para referirnos a las instituciones que no son claramente nombradas, y *hospitales de fuerzas armadas* u *hospitales de marina* para hacer alusión a los de la Secretaría de Marina (SEMAR).

La atención brindada para personas con metástasis, requiere de canalizaciones interinstitucionales que pocas ocasiones son conocidas por el grueso de la población. En el discurso de Ada se advierten las informaciones de las que se sirvió para acudir a recibir atención especializada:

Deben saber que hay tres niveles de atención en los hospitales. Las clínicas de primer nivel son las que ustedes conocen, ahí a donde acuden a urgencias y les brindan atención y equipo básico entre médicos en su mayoría generales. En las clínicas de segundo nivel ya se cuenta con mejor equipamiento técnico para atender enfermedades crónicas. Y en los hospitales de tercer nivel, de Alta Especialidad, dígase La Raza, el Hospital Siglo XXI, son hospitales dotados con personal médico capacitado y especializado, así como con equipos de primera para manejo y diagnóstico de enfermedades crónicas. A una persona con cáncer se le debe ofrecer atención de tercer nivel. (Ent. 3: 243)

De entre ellos, los *hospitales para personal civil* son objetivados a partir de las deficiencias que los han caracterizado históricamente (Bergalló *et al.*, 2019 Cruz, 2021a,b; Gómez, 2011; Heinze, 2018; DOF, 2020; OCDE, 2016), particularmente por contar con un bajo presupuesto anual ante un creciente número de derechohabientes:

Muchas veces la atención que brindan las instituciones de salud pública, dígase *hospitales para personal civil*, otorgan esos niveles de atención por el presupuesto que reciben y la cantidad de personas que se adscriben a estas instituciones. (cursivas nuestras) (Ent. 3: p. 242)

Falta de mantenimiento a hospitales, clínicas y equipo técnico:

...sus equipos ya no funcionan o son obsoletos, imaginen el daño causado por estar haciendo uso de un equipo de radiación que no esté en óptimas condiciones, o haciendo estudios con equipos de generaciones anteriores que no dan resultados tan certeros como los actuales. En cuanto al mantenimiento a las instituciones tampoco se les dan, llevan años muchas instituciones sin darles mantenimiento. (Ent. 3: p. 243)

Notable escasez de medicamentos:

Cuando llega cargamento de medicamentos, a los primeros a quienes les surten son a las instituciones de la Fuerza Armada de México (a los del ejército y marina), y hasta después se surte a los hospitales que atienden a la mayoría de la población. Ahora, si aquí en Marina estamos faltos de medicamentos, imaginen cómo estarán en *los hospitales para personal civil*. (Ent. 3: p. 242)

### Falta de preparación de los prestadores de servicios:

La preparación de los médicos también deja mucho por desear. Es como dicen por ahí: “La institución te hace a su modo”. En *los hospitales para personal civil* ves a los médicos tomando el cafecito, platicando, paseando... además ahí no exigen actualización. (Ent. 3: p. 244)

### Y la falta de empatía:

...me ha tocado ver médicos que son como muy groseros con los pacientes y no entienden esta parte como del mal humor, de la ansiedad, toda esa parte, empatía... (Ent. 7: p. 302)

Por otro lado, los *hospitales de fuerzas armadas* son caracterizados y reconocidos, además de prestar servicios a un menor número de derechohabientes y de contar con un mayor abasto de medicamentos, por la implementación y promoción de protocolos de atención:

Las instituciones de salud pública [*para personal civil*] también tienen una mala organización. Acá en marina los hospitales cuentan con el protocolo mater, un protocolo destinado a urgencias pediátricas en el hospital y se los dan a conocer a su población por medio de carteles, láminas – ese es el nombre que tienen– pegados por el hospital y dado a conocer por quienes atienden. (Ent. 3: p. 244)

### Preparación y atención especializada brindada por los prestadores de servicios:

– Los *hospitales para personal civil* no cuentan con ellos [protocolos de atención], es más son médicos generales los que atienden a toda la población. En marina se designa el médico especialista para recibir la atención y, si no, se llega a un acuerdo del caso. Se reúnen dos o tres especialistas y planean una manera de intervenir en beneficio del paciente. (Ent. 3: p. 244)  
– ...llego y digo que soy derechohabiente con cáncer, me mandan en seguida con el oncólogo, y en las otras instituciones te mandan con médicos generales. Tuve una experiencia de ese tipo con mi papá, de hecho tuve que pelear para que lo revisara quien debía revisarlo, un especialista y no un médico general. (Ent. 3: p. 244)

### El mantenimiento a sus equipos e instalaciones frente a los *hospitales para personal civil*:

– La atención en marina es especializada y organizada. Se cuenta con equipos actualizados y en óptimo funcionamiento o sometidos a mantenimiento para mejorar atención y diagnóstico. (Ent. 3: p. 244)  
– ...ese es realmente mi trabajo, que obviamente va de la mano también con otras actividades que son como el mantenimiento tanto correctivo-preventivo de los equipos médicos del hospital. Ahora en pandemia, la parte de llevar los equipos médicos [...] en óptimos funcionamientos y en caso de emergencia siempre tener ese plan de contingencia en el hospital [...] eso también es parte de mi trabajo, parte del mantenimiento de que los equipos funcionen. (Ent. 2: p. 236)

### Y las relaciones interinstitucionales con instituciones de salud del sector privado:

...en Marina se tiene relación con las instituciones privadas, hay un mejor manejo y atención... (Ent. 3: p. 244)

De manera sucinta, el conocimiento de sentido común y el portado por la misma interlocutora, derivado de las experiencias y emociones atravesadas en cada uno de los extractos de discurso hasta aquí recuperados, permiten la construcción de una representación social que puede ser acotada de la siguiente manera: *las Instituciones de Fuerzas Armadas cuentan con mayor equipamiento y preparación para hacer frente a las diversas enfermedades de su población derechohabiente*. Aspecto en el que Ada funge como *portavoz* o *sí generalizado* –esto es un *otro generalizado*, un otro que habla por ellos (Moscovici, 1979: 53)– al hacer la siguiente aseveración:

...todos pensarían que por ser una Institución de Fuerzas Armadas todo es perfecto... (Ent. 1: p. 220)

Sobre el mismo orden de ideas, los métodos de detección y los tratamientos utilizados también son configurados a partir del proceso de aproximación realizado por la interlocutora tras recibir el diagnóstico y a través de su conocimiento construido en el hospital donde labora. De entre los primeros destacan las biopsias, tomografías, resonancias magnéticas, endoscopías, la topografía endoscópica, la laparoscopia, extracción de muestras y los análisis de sangre cuya función también es descrita en el mismo discurso:

– ...tenemos una parte que se llama extracción de muestras que son las biopsias que hemos y las pruebas por imágenes, tomografía computarizada y este también es parte del tratamiento en un cáncer, pues se monitorea constantemente o en qué estado va el tumor, en que va avanzando ese tipo de enfermedad también este tratamiento contra el cáncer se realizan análisis de sangre. (Ent. 4: p. 247)

– ...tenemos en el hospital de nosotros, y también quiero pensar que en otros hospitales, la topografía-endoscópica en este procedimiento pues básicamente te pasan un tubito delgado con una camarita en la punta que les mencionaba, que es la que va de garganta al estómago [y] nos ayuda solamente determinar si el cáncer que padece, penetra muy profundo en algunas paredes del estómago o en algunas partes específicas de lo que es el estómago digamos que mide la profundidad, qué tanto lleva penetrado el cáncer y a la vez también son muy utilizadas unas pruebas que se hacen por imágenes el hospital de nosotros cuenta con una área de “imagenología” [...] lo que ustedes conocen como “rayos X” o las resonancias magnéticas, tomografías, que pueden encontrar en cualquier laboratorio fuera de un hospital. (Ent. 4: p. 248)

– ...actualmente ya más modernos en algunos hospitales o bueno al menos el que tenemos como hospital naval, tenemos algo llamado laparoscopia que son como unas camaritas muy chiquitas que nosotros le llamamos “lapas”, laparoscopia, o paraescopia dependiendo el tipo de cáncer en donde este el tipo de cáncer, es una lamparita super chiquita que ve el interior en mi caso del estómago de la pancita y eso le decimos "endoscopia superior" y hagan de cuenta que pues pasamos por un tubito que tiene así como una mini cámara una notebook que va desde tu garganta pasando hasta tu estomago y eso lo hacen en tu estómago para poder tener un diagnóstico cuando sienten que hay síntomas de un cáncer, entonces tu médico tratante o tu oncólogo lo utilizan muchísimo y puede estarlo utilizando... uff infinidad de veces para detectar signos de este cáncer en su caso está metástasis que es cuando, nosotros tenemos... (Ent. 4: p. 248)

Mientras referente a los tratamientos utilizados para tratar o ralentizar la evolución del cáncer destacan la quimioterapia y sus diferentes tipos:

...las quimioterapias pueden ser orales, intravenosas, regionales y eso dependerá mucho de la tolerancia que sienta cada paciente. (Ent. 4: p. 251)

Su función e impacto de esta:

...tiene como reacciones involuntarias por el tipo de medicamento que tiene ya que es demasiado fuerte y como lo dice es una “quimio” es mucho químico, obviamente se dedican a destruir las células cancerosas o en teoría debería ser así. (Ent. 4: p. 247)

La radioterapia, su función y el momento en el cual se utiliza:

...te meten a una máquina donde recibes radiación y ese es en casos ya un poquito, donde tenemos más localizado el cáncer, aplica en un cáncer de estómago, de garganta cositas de ese tipo... (Ent. 4: p. 247)

Las cirugías:

- ...una operación normal en donde tuvieran que cortar como piel de pancita-abdomen (Ent. 2: p. 227).
- ...cirugías que pueden ser en el caso de un cáncer de estómago o una gastroenterostomía<sup>39</sup> (Ent. 4: p. 247).

Y los tratamientos alternativos:

- ...ese tratamiento [la quimioterapia] con medicamentos va de la mano con un quimioprotector, ese quimioprotector es bastante, bastante generoso porque lo que hace es reducir de alguna manera muy significativa los efectos secundarios de lo que es una quimioterapia, ayuda de alguna manera a tu cuerpo, entonces esos son algunos tratamientos alternativos al cáncer... (Ent. 4: p. 247)
- ...medicina herbolaria tradicional [...] porque considero que la naturaleza también tiene lo suyo y que no toda la vida fue la medicina que nosotros conocemos... (Ent. 4: p. 305)

Con todo, percibimos la existencia de una objetivación tácita referente a que los métodos de detección observan por dentro el cuerpo o extraen un componente de éste para someterlo a técnicas que permitan visualizar un ente, las células cancerígenas, en el interior de la persona u órgano. En este sentido, los métodos de detección reafirman las representaciones sociales de que el cáncer es un ente, alguien o algo que vive dentro de uno, un bulto vivo o un animal de rapiña. Por otro lado, los tratamientos son objetivados a partir del objetivo que cumplen en el cuerpo, sea este para destruir a las células

---

<sup>39</sup> Intervención quirúrgica realizada para establecer una nueva comunicación entre el estómago y el intestino delgado.

cancerosas o para cortarlas y sacarlas del cuerpo. Dicha objetivación, pese a no aparecer explícitamente en el discurso de la interlocutora, se correlaciona con las representaciones sociales alusivas a la mutilación, extirpación o amputación del ente al interior del cuerpo y los bombardeos o guerras químicas libradas para destruir a las células invasivas (Sontag, 2008; Nácar *et al.*, 2012; Castaño y Palacios, 2013).

En conclusión, una serie de síntomas y signos de alerta que den cuenta de algún padecimiento son interpretados con base en conocimientos culturales compartidos y difundidos por los individuos del colectivo. Estos conocimientos culturales, o bien, estas representaciones sociales, le permiten al individuo irse familiarizando con aquello que de manera inicial le resulta desconocido y angustiante ante la susceptibilidad de estar desarrollando una enfermedad. Para nuestra interlocutora clave, las representaciones sociales construidas y actualizadas se organizaron en torno a los pródromos sentidos por ella y posteriormente detectados mediante técnicas médicas; las posibles causas del padecimiento; las personas y los lugares a los cuales podía acercarse para ser atendida y los tratamientos utilizados durante su tránsito. Estas informaciones, como se pudo observar, fueron constructos que no solo se sirvieron del conocimiento culturalmente compartido, sino también por su propia experiencia en su lugar de empleo y su formación académica.

### **6.1.2 Obediencia ante el diagnóstico**

Someter al cuerpo a una serie de procedimientos y técnicas de detección se convirtió en una práctica de rutina ante la percepción de síntomas que puedan significar que está emergiendo una enfermedad y, ante su aparición, se prescriben tratamientos médicos con miras a la recuperación o ralentización de la evolución de esta. Este apartado tiene por objetivo analizar las representaciones sociales bajo las cuales la interlocutora interpreta el proceso de salud-enfermedad y los efectos físicos y psicoemocionales subyacentes, recurriendo con especial énfasis al proceso de la medicalización de la vida como justificante de la explicación y detección de patologías, así como la ejecución de intervenciones sobre la enfermedad. En este sentido, este nivel de análisis apela a la enfermedad (*disease*) diagnosticada y los efectos producidos por las técnicas que la sostienen en el discurso médico.

Bajo la óptica de las investigaciones sobre las representaciones sociales de la enfermedad han desvelado que ante su emergencia los individuos suelen suscribirse a mecanismos de vigilancia epidemiológica y los coloca en posición de consultar a un médico para pedir soluciones que permitan recuperar la salud (Herzlich y Pierret, 1985, citadas por Castro, 2000; Herzlich y Pierret, 2005).

Históricamente, se ha instituido y promovido la promesa de que la enfermedad se trata y la salud se alcanza por medio de los servicios médicos ofrecidos en las instituciones de salud (Canguilhem, 1971; Salgado, 2008). Esto no hace sino poner en operación el dispositivo médico y el imperativo de medicalizar y saludificar la vida. Ambas prácticas sobre la vida son un ejercicio de poder que implica someter el cuerpo y la mente a categorías biológicas normadas o estandarizadas que deben ser cumplidas (Foucault, 2001; Castillo, 2013) y, en consecuencia, se naturaliza el hecho de que es la autoridad sanitaria la que define las técnicas y estrategias de atención, así como los marcos de interpretación bajo los cuales son fundamentadas y justificadas las prácticas e intervenciones biomédicas con el objetivo de recuperar la salud (Padilla, 2019). Este conjunto de prácticas es difundida, cristalizada y reproducida bajo la nomenclatura del *diagnóstico* médico, entendido como un dispositivo político empleado para legitimar actividades que de otro modo podrían ser impugnadas (Padilla, 2019: 52).

En relación con lo anterior, se hace evidente que el conocimiento de sentido común construido de la puesta en escena del dispositivo médico comprende las dicotomías conceptuales de salud y enfermedad. Ante la definición de la salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud como el completo estado de bienestar físico, psicológico, social y espiritual frente a la enfermedad como la alteración o desviación del estado fisiológico a raíz de manifestaciones sintomáticas, la primera es objetivada como un estado a mantener o perseguir mientras se evita a la segunda, con ello se naturaliza el hecho de que las personas deseen la salud por temor o negación a la enfermedad, y es precisamente de esta manera en la que la interlocutora clave permite entenderlo:

**Antonio:** ¿Qué es para ti una enfermedad?  
**Ada:** Algo que todos temen tener. Una palabra que nadie quiere escuchar. (Ent. 3: p. 240)

La enfermedad así entendida viene a establecerse como marco referencial para interpretar otros elementos subyacentes y relacionados con esta. Las representaciones sociales del cáncer, la *enfermedad del cáncer*, entre otras, se han asociado históricamente a la muerte,



a la putrefacción, al sufrimiento y al flagelo divino o a la maldición (Sontag, 2008; Castaño y Palacios, 2013; Palacios, 2013). En el discurso de Ada, el mecanismo de *selección* –ejercicio por medio del cual se escogen elementos con base en el conocimiento que se tenga del objeto a representar y la actitud hacia él– consta, ante el diagnóstico, únicamente de su asociación a la muerte y al sufrimiento. Esto puede ser debido a que por su conocimiento en el área de la salud el discurso religioso tenga menor peso frente a los elementos que filtra para interpretarlo:

... cuando recibí la noticia pues sí me dijeron: “No, pues tienes una metástasis en la etapa I” [...] Y yo así con esta cara (*gesto de tranquilidad*): “¡Ah, okey! ¿Y qué vamos a hacer?”, ¿no? Y este... pero por dentro estaba así como de: “¡Ay, no! ¡No me puedo morir!” (*ríe*). (Ent. 2: p. 237)

Aunado a ello, Sontag (2008) añade que el cáncer es la enfermedad número uno que ha terminado con un mayor número de vidas en comparación a otras, aspecto retomado por la interlocutora en el siguiente extracto de su discurso:

... yo decía: “¡Rayos! Esta enfermedad es bastante... es como la muerte número uno entre diabetes, entre cáncer, este... este tipo de padecimientos”. (Ent. 2: p. 234)

Destacable se vuelve que su discurso frente a la consensuada representación de cáncer asociado a muerte es transformado si se apela a la definición de *promoción de la salud* propuesta por Chapela (2008), cuya característica esencial radica en dotar a la persona del conocimiento disponible en el actual contexto para hacer frente a las enfermedades. En el caso de Ada, su propia inserción en el área de salud le permite tener un acervo cultural mayor bajo el cual cimienta dicha representación social:

“...tengo cáncer... pero actualmente la medicina, pues ha avanzado bastante bien”... (Ent. 1: p. 215)

El resultado de la representación social bajo esa interpretación aparece como:

...el cáncer no siempre es sinónimo de muerte. (Ent. 1: p. 215)

A partir de estas construcciones, el conocimiento de sentido común en torno a la enfermedad, particularmente el cáncer de estómago, se naturaliza y generaliza para seguir reproduciendo quizá ahora no uno dirigido a la muerte inmediata, pero sí un esquema de brutalidad y temor ante su emergencia, su evolución y los sufrimientos supuestos. Lo que observamos es la carga emotiva (Jodelet, 1989; Gutiérrez, 2020) atada a las experiencias vivenciadas durante el proceso de cáncer de estómago, dando como resultado otra representación social a partir de su *agresividad*, no solo al nivel de su evolución, sino

también en los efectos que produce en el órgano comprometido y los obstáculos que supone en las actividades cotidianas que acompañan a su funcionamiento, tal y como lo es el cubrir una necesidad básica del ser humano, la alimentación:

... el cáncer en el estómago es muy agresivo, demasiado agresivo. O sea, llega un punto en el que tu estómago se reduce a no querer comer nada, y tu cuerpo entiende esas señales de que solamente te vas a comer un cachito de pan. Y si estás así por un mes, cuando quieres comer ya el pan completo, ya no te permite comer el pan completo. [Seguido de] vómitos, este... diarreas, dolores. No solamente de la parte que tienes afectada, sino... te empiezas a sentir dolores en otras áreas del cuerpo... (Ent. 2: p. 234)

Cada uno de los elementos hasta aquí subrayados confirman que la enfermedad del cáncer, aquí específicamente el de estómago, configura una representación social derivada de la tendencia a interpretar que una enfermedad es lo opuesto a la salud, aunque también por el conocimiento difundido y apropiado referente a los altos índices de mortalidad, las emociones atadas a la experiencia vivida y los obstáculos supuestos en el órgano en cuestión, dando como resultado que *el cáncer de estómago es una enfermedad muy agresiva que nadie quiere tener por los efectos y consecuencias que produce, así como por la susceptibilidad de morir conforme este evolucione.*

Ante tal significación del cáncer de estómago, esta enfermedad toma dos direcciones que pasan a ser justificadas por el propio dispositivo de poder médico y son traducidas con base en las representaciones sociales que anteriormente se organizaron para dirigir ulteriores decisiones, nos referimos al ejercicio de aproximación descrito en el apartado precedente. Los dispositivos de la medicalización y saludificación comprenden, respectivamente, la completa pasividad de permitir al médico tomar decisiones en función de mantener la vida y, en medida de lo posible, llevar a la recuperación total al paciente (Foucault, 2001); y la asunción de autogestionar la vida en función de ralentizar o neutralizar la evolución de la enfermedad (Castillo, 2013).

Dicho en palabras de la teoría aquí referida, el tránsito por una enfermedad crónico-degenerativa implica obedecer al médico y su saber, así como depositar la confianza sobre las intervenciones que este crea convenientes aplicar (Palacios, 2013). Bajo esta objetivación hecha de la actitud de obediencia y confianza frente al médico es como se organizan los discursos por venir.

En el discurso de Ada, en la etapa de la detección, la pasividad a la histerectomía fue resultado de las consideraciones premeditadas y compartidas por los profesionales de

la salud –los médicos– y la asunción de ella derivada de su saber en el ramo médico para mostrarse pasiva a la intervención por las probabilidades de mantener su vida y la de su bebé:

...el proceso de embarazo, posterior a eso ehmm... se vuelve muy complicado; tuve un problema de placenta bastante considerable después seee...ehh. En el momento del parto me tuvieron que programar; no pudo ser un parto natural y me dijeron que era ya cuestión de vida o muerte era la manera de salvaguardar mi vida o la de vida de mi bebé o en su caso irnos las dos. Los médicos deciden de último momento que quitando una parte de mí, que este caso fue un órgano propio de las mujeres: matriz, eh... por una placenta acreta, deciden retirar como esa parte. Entonces eso me permite a mí continuar con vida y también con vida a mi bebé (Ent. 2: p. 226).

Dicha intervención aparece amplificada o con menores posibilidades de cuestionarse dado que fue una situación que no aparece con frecuencia y por esta misma razón se tuvo que discutir con la dirección médica del hospital de marina:

...dije algo como que “estuve entre la vida y la muerte porque así es la placenta previa o el acretismo placentario”; es un problema que no se presenta muy seguido, que fui el primer caso en mi hospital (*ríe*), que presentó placenta previa y luego acretismo y donde es la causa número uno de muerte materna, y que el hospital [dirección médica] no se explica cómo es que sigo viva... (Ent. 5: p. 263)

Por lo que corresponde a la emergencia y diagnóstico del cáncer de estómago notamos, de nuevo, que hay completa pasividad a las intervenciones practicadas sobre la interlocutora, empezando por someterse ella misma a exámenes para determinar el avance del tumor, su estadificación, bajo la idea muy bien fundada de *actuar ya* frente al cáncer de estómago recién determinado:

...es allí como que el shock emocional principalmente de decir: “no puede ser, ¿cómo crees? ¡Tienes una metástasis etapa I y tenemos que actuar ya!”. Vienen los exámenes de biopsias nuevamente, los estudios de sangre este... Tomografías, resonancias y un proceso bastante difícil. (Ent. 2: p. 228)

Permitiendo, también, a los médicos actuar mediante la estrategia de ensayo y error hasta determinar cuál es el tratamiento inicial más adecuado para el cuerpo:

...mis compañeros médicos deciden qué tratamiento es más apropiado... [...] empiezo a recibir como las primeras quimios tomadas y lo cual también es un proceso porque no pueden darte una quimio solamente tomada porque si es una quimio, puede ser inyectada, regional, intravenosa este... y elegir cuál es la que tu cuerpo asimila mejor, ¿no? Empecé con una quimio tomada, la cual no aguanté (*ríe*) porque son pastillas demasiado grandes y como muy gruesas, entonces no las puedes partir a la mitad, o sea te las tienes que tomar enteras y no, no la aguanté; no la asimilé mi cuerpo mi garganta (*ríe*) ¡Mi garganta chiquita! ¡Aaah!... (*ríe*)!. Y fue como de: “¡No! Pues este... vamos a ver una regional; te ayuda muchísimo”... ehmm... Me dijeron que no era apta para

una quimioterapia regional porque yo ya venía de cirugías constantes<sup>40</sup> y no podía... entonces tenían que ser intravenosas las primeras... (Ent. 2: p. 228)

Acompañada de sus consecuencias a nivel celular:

...las quimioterapias, como les comentaba anteriormente, van acabando el sistema inmunológico y van dañando otras cosas. (Ent. 4: 247)

Cuyo aspecto no siempre es conocido por el grueso de la población ya que comprende al área médica:

Saben [*personas con cáncer*] que las quimioterapias bajan tus defensas, pero no saben que se están dañando otros órganos, en mi caso sí tengo un poquito más de conocimiento porque obviamente, el hospital ha sido como mi área de trabajo siempre, ¿no? (Ent. 4: p. 253)

Las consecuencias a nivel orgánico:

...empiezo como a ver efectos, ehh... daño renal, que empiezo a tener fallas con un riñón, este... ahorita tengo problemas con la vesícula, hígado, problema hepático, pero es lo mismo por las quimioterapias; de lo cual es algo como que me van atendiendo ahorita, ¿no? Me dijeron que eso es parte de, por el tipo de medicamento que tengo y ha sido complicado... (Ent. 2: p. 229)

Y las consecuencias a nivel físico y anímico. Este último observado de cierta manera, si no anulado, desplazado por la justificación médica de la diversidad de reacciones sobre cada cuerpo:

...empiezo con este tipo de quimios empieza un proceso de náuseas, vómito, mal humor, que hubo alteraciones en general a nivel anímico, la parte de... yo... ehm, me empecé a poner rubia (*ríe*). O sea, tenía mis vellos rubios, la parte de acá rubios (*señala la patilla*) y me decían: “No, no se te cae el cabello...”. “¡Pues sí se me cae!, ¡Así pelona!” (*ríe*)...(silencio). No se me cae como a ese nivel pelona, pero ya después los médicos me dijeron: “No todos los efectos de las quimioterapias son los mismos efectos en todos; hay quienes se hinchan, hay quienes se les cae el cabello a morir... (Ent. 2: p. 228)

Todas las anteriores percibidas como consecuencias con un contenido afectivo significativo por los pensamientos que desarrollan:

- ...había momentos en que yo decía: “¡No! ¡Ya, Diosito! ¡Llévame!” (*ríe*), porque el dolor es muy fuerte, o sea, es muy fuerte; te enfrentas a las secuelas de esas quimios... (Ent. 2: p. 233)
- ...al inicio esa parte de los dolores; fue así como de: “¡Ay, quiero morir!”.

---

<sup>40</sup> Se recuerda al lector que las *cirugías constantes* referidas por la interlocutora comprenden las realizadas para remover el tumor creciente durante el embarazo y la ulterior histerectomía.

Algo parecido sucede con las operaciones, o bien, las cirugías a las que fue sometida y que ella significa de un proceso *normal y necesario*, primero durante su embarazo para retirar un tumor:

...la operación fue... ya no pudo ser a nivel ehm... una operación normal en donde tuvieran que cortar como piel de pancita-abdomen, sino que esa cirugía se tuvo que llevar de otra manera más complicada aún; porque se llevó vía vaginal y –esos son los términos correctos, hablando médicamente– entonces se llevó vía vaginal y es un proceso demasiado complicado en el que tuvieron que retirar un tumor bastante grande pero que era necesario retirar... (Ent. 2: p. 227)

Y otras sobre las cuales no ahondó, pero que destacan por el contenido afectivo explicitado en ellas y que forman parte de la representación social construida, ya que es posible afirmar que experiencias de desagrado y displacer están ancladas en su discurso y donde existe la petición expresa, aunque esta sea humorística, de rendirse en el proceso por las consecuencias que este tipo de intervenciones tienen:

– ...el miedo a las cirugías, porque no es la primera, ni la segunda, ni la tercera... (Ent. 1: p. 215)  
– Sí hubo días en los que ya quería tirar la toalla (*rié*), porque me decían: “Te vamos a operar, eh”. Y yo: “¡¡Nooo!!” Yo decía: “¡No, ya no quiero más operaciones!”; pero el riesgo también era muy alto si me volvían a operar porque yo llevaba tres al hilo, y decía: “No, otra y me voy a ir”. (Ent. 2: p. 233)

A pesar de que las interpretaciones, conductas y decisiones frente a los tratamientos son guiadas por las representaciones sociales de la obediencia y confianza al médico, Ada fue capaz de actualizarla acercándose a los tratamientos de la medicina tradicional – conocimientos teóricos y prácticos basados en la experiencia y la observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra (OMS, 1978)–, siendo ella misma quien critica los tratamientos convencionales (farmacológicos) en función del conocimiento adquirido en un posgrado de *Medicina herbolaria tradicional* brindado por una doctora de un hospital en Tlalpan, Ciudad de México:

Aquí en Zona de Hospitales en Tlalpan hay una doctora que se llama L., ella me ha llevado de la mano por esta parte de la medicina alternativa. Ella tiene un simposio en el posgrado y demás, en medicina herbolaria tradicional, pero muchos médicos están como muy renuentes; no se atreven a probar nuevas técnicas, y ella ha sido un parteaguas de la medicina tradicional de los médicos antigüitos contra la medicina más moderna, porque los médicos piensan que no tienen un sustento científico o que avale que dicha medicina alternativa ha sanado a una persona con cáncer. Hace algunos años, irónicamente, trabajamos mucho en eso en el hospital por cursos obligatorios sinceramente que había personas de edad ya avanzadas que creían que mezclar sustancias no ayudaba a curar el cáncer. (Ent. 4: p. 254)

Dentro de esa *pelea laboral*, la actitud de Ada a la *medicina herbolaria* es favorable al considerarse fiel seguidora y alguien que no se cierra a segundas opiniones:

– Yo sí soy fiel seguidora de la medicina alternativa porque considero que la naturaleza también tiene lo suyo y que no toda la vida fue la medicina que nosotros conocemos, sí creo que te puede drogar (*rié*)... ¡No es cierto! Sí considero que hay ciertas cosas que puedes tomar de la mano con tu tratamiento del cáncer clásico de un hospital. Los médicos no lo hablan, no lo aceptan, y nos ha costado mucho trabajo [...] ha sido muy difícil introducir esa es la palabra (*enfatisa*) junto con un tratamiento normal. Entonces siento que sigue siendo una pelea laboral y en cuestión herbolaria, en la vieja escuela de medicina no hay como algo que los haga ver que, sí se puede tomar ambas para sus pacientes... (Ent. 4: p. 254)

– ...el no cerrarte solamente a una cuestión médica de decir: “Este es mi diagnóstico y con este me quedo y ya nada más me voy a limitar a tomarme el medicamento, uno y dos y ya”. O sea, en mi caso fue muy diferente porque yo decía: “¡Ay, no! Este... pues yo voy este a tomar mi medicamento pero si alguien me decía: ‘¡No! Tomate el té tal (*rié*)’, iba y me lo hacía, ¿no?... ‘pues que mira que en tal lado yo vi una señora que da un tratamiento así, ve y tómatelo’, ¿no? ‘¡Pues vamos!’ ”. Nunca estuve cerrada a esa parte de: “¡No! Yo solamente con la medicina científicamente comprobada”. (Ent. 4: p. 255)

Cabe destacar que estos tratamientos son significados como complementarios, que deben llevarse en *conjunto* con el *tratamiento médico* para alcanzar una calidad de vida dirigida a la sanación por la reducción de efectos secundarios que otros tratamientos producen; aunque siempre de la mano con la valoración de un especialista por las contraindicaciones y efectos adversos que puedan tener en quien hace usos de ellos:

...ahora la mayor parte de la población –me incluyo– ha buscado alternativas fuera del hospital, llámese en plantas, tés, pastillas nivel naturista, que te den esa calidad de vida que buscas, lo haces más que nada porque quieres sanar. Y alguna vez se los comentaba, yo he tomado infinidad de cosas sin dejar de lado mi tratamiento médico, pero aquí hay un error que muchos cometen; que se dedican solamente a lo herbolario y dejan de lado su *tratamiento médico* y, entonces, también nosotros como población estamos mal al igual que muchos médicos que se encierran y ven las cosas de un solo color y no es así. No hemos aprendido a trabajar en sinergia uno con otro, entonces considero que un paciente con cáncer puede llevar de la mano un *tratamiento naturista* –vamos a ponerlo en ese término–, con un *tratamiento médico* porque una quimioterapia ehm... vía intravenosa –vamos a ponerlo así– tiene efectos como vómito, náuseas, etc., que si te tomas un tecito de manzanilla –vamos a ponerlo así– realmente aliviana tu pancita y te quita muchos malestares, a que si solo te tomas un té de manzanilla y no tomas la quimio pues no tiene efectos, y viceversa; te tomas tu quimio y te aguantas los dolores de estómago, vómitos, náuseas, cuando puedes tomar en conjunto y que obviamente también hay ciertas cosas herbolarias que debemos considerar que no son tan aptas, o son contraindicadas por el tipo de medicamento que tomas... (Ent. 4: p. 255)

En definitiva, las representaciones sociales sobre la obediencia y confianza al médico se naturalizan y generalizan para guiar las conductas de la interlocutora clave. Es cierto que las decisiones de Ada podrían ser interpretadas a raíz del *modelo deliberativo* de relación con sus médicos, ya que son decisiones tomadas en conjunto para separarla de su calidad de *paciente* e integrarla en su papel de *agente* (quien toma sus decisiones), sin embargo, consideramos de igual modo que existe cierto grado de pasividad a las prácticas porque es el mismo dispositivo médico quien ha determinado y legitimado que así *deben* ser las

intervenciones. Aspecto contrario ante la transformación, o más bien la resistencia, al discurso de los médicos *antigüitos* al acercarse a la medicina alternativa etiquetada de herbolaria.

Destacan las expresiones emocionales como por ejemplo miedo, ira, angustia, dolor que son o desplazadas –como vimos líneas arriba– o anuladas por escalas numéricas, como es el caso del siguiente fragmento del discurso:

...del dolor que pasas y no sabes cómo asimilarlo y que cada que iba en el hospital me ponían en una escala de EVA<sup>41</sup>, ¿no? Así de: “Vamos a ver tu nivel de dolor”. Te conectaban a los aparatos a los arcos en C así: “Ah, tienes un dolor de 8 punto y cacho”. Y tú así casi revolcándote... (Ent. 2: p. 232)

Y aparece también el caso particular de la expresión de vergüenza que se invalida por ser derivada de prácticas de rutina obligatoriamente consensuadas al ponerse la *ropa de enfermo* en las que uno no se puede negar y debe dejarse ser manoseado:

Sí me sentía como muy... sí, esa es la palabra, avergonzada (*ríe*). Porque era el manoseo total; estudios por todos lados y era como de: “Uy, estás invadiendo mi privacidad”. Y ya sentía pena de ver a mis compañeros a los ojos. Ya no quería que me vieran, ya no quería que me manosearan, y luego las batas del hospital eran horribles. Ya... como que no quería entrar ni siquiera a revisión médica porque decía: “Ahorita me van a meter mano por todos lados” (*disminuye el tono de voz y ríe*). [...] yo ya no quería ir a las citas médicas porque [un médico] me obligaba (*ríe*) a cambiarme a *ropa de enfermo*, a revisarme parte por parte, muchachos (*ríe*). Y yo estaba como por aquí, mi dignidad hasta como por allá a 10 km. más, y por allá mi autoestima, o sea... era una pena total. [...] alguien que tenga que venir a toquetearte y tú no puedes decir que no. Que prácticamente es consensuado obligatoriamente (*ríe*). (Ent. 7: p. 299)

El siguiente aspecto indicado a tratar tiene relación con la saludificación o la autogestión de la vida a partir de políticas del riesgo (Castillo, 2013). Estas políticas tienden a privilegiar las prácticas de detección y de acción provisoria para evitar o detener la evolución de la enfermedad y, en caso de desarrollarla, dirigirse a la sanación. Al ya haber sido la últimas referidas líneas arriba, rescatamos las consecuencias a nivel anímico que producen; las respuestas son similares a las producidas por el dispositivo de la medicalización, aunque aquí cabe rescatar una que es característica del dispositivo de saludificación, la culpa. Si bien en el discurso de Ada no aparece explícitamente la palabra culpa en ninguna de las entrevistas, se puede identificar que el sentimiento está arraigado

---

<sup>41</sup> Escala Visual Analógica (EVA): es una prueba psicométrica que mide el dolor de manera numérica dependiendo su intensidad. Los resultados se miden desde “ausencia de dolor” hasta “el peor dolor posible”.

al mencionar que el no haberse atendido con tiempo fue el detonante del desarrollo del cáncer:

- ... [y] si tenía como un problema gástrico que se había complicado hasta hoy fecha sé que fue por un tipo de úlcera y que no me atendí. (Ent. 2: p. 227)
- ...es importante considerar como esa parte que también uno se descuida bastante en esa cuestión de médica, ¿no? sabiendo que tienes parte hereditaria y no hay un seguimiento constante en lo que respecta a los estudios médicos correspondientes... (Ent. 2: p. 225)

Incluso emergente por los pensamientos en torno al no haber puesto atención sobre el antecedente conocido en la línea genealógica de los familiares que desarrollaron cáncer y la predisposición a cáncer bajo la cual la colocaban:

...estaba consciente que alguno de mi familia pudiera tener cáncer porque en el historial médico sí he tenido familiares directos, llámese abuelos, bueno, abuela materna, abuela paterna, tíos, hermanos de mi papa, tías, eh... que son de esa línea con cáncer; y precisamente con cáncer de estómago fue la mamá de mi mamá, y cáncer de colon por la mamá de mi papá. Entonces sí tenía conocimiento que traía algunos genes y, obviamente, lo que yo les comentaba, cuando empezaba con signos de que no sabían lo que tenía y mis leucocitos iban y bajaban y me tuvieron que hacer una biopsia de médula, ya había como un micro antecedente que yo omití de alguna manera, porque dije eso no me va a pasar a mí, pero ,bueno, me pasó. (Ent. 5: p. 264)

Hay que mencionar además su eficacia para generar culpa o responsabilidad en uno mismo al no conocer las consecuencias de los procedimientos a los que se es sometido dado que puede volverlos más perniciosos:

...te hacen preguntas de cajón de si tienes miedo al encierro, que si eres alérgico y, bueno, yo a todo le puse que no, un error mío, pero también error de mis compañeros; salgo de la resonancia magnética, pero como yo soy de alguna manera claustrofóbica yo *achaqué* mi malestar... (Ent. 4: p. 249)

O, en relación a la persecución del alivio, se tornan generadores de pérdidas cuyas consecuencias podrían prevenirse si se obedecen los preceptos médicos:

- El efecto de la quimioterapia me ha dejado estragos médicos –por así decirlo– en muchos órganos más, ¿no? Ahorita estoy próxima a que me quiten la vesícula. Estoy así en esa cuestión, ¿no? Lo único que cuida mucho ahorita son los riñones porque digo: “¡No me puedo quedar solo con un riñón! (*rite*). Yo sé que puedo vivir con uno pero no, no quiero. O sea, entre menos órganos me quiten (*rite*)”... (Ent. 2: p. 229)
- ...[debo] seguir asistiendo a todas y cada una de mis citas médicas, porque son situaciones que, aunque yo quiera dejar, no puedo y no debo de. (Ent. 5: p. 272)

Estas observaciones también se relacionan con la responsabilidad depositada sobre la limitada cultura preventiva que tiene la población y la tendencia a la automedicación antes que realizar un *sondeo* o chequeo médico cuando los signos de alerta no son *normales*:



...también nos falta mucho el poder trabajar en esa atención médica oportuna y que depende también mucho de nosotros y de la cultura que tengamos el podernos ir a revisar, o sea, el cáncer para mí fue falta a pesar de la... o sea, fijate, a pesar del nivel académico que pudiese llegar a tener ahora fue un error mío el no darle importancia a un simple dolor de estómago; el automedicarme con: “¡Ay, un Omeprazol!”. O “me voy a tomar esto”, ¿no? cuando ya no es normal. Que se pudo haber prevenido a lo mejor con un sondeo, un radiografía o una resonancia, pero que yo no le di interés. (Ent. 2: p. 239)

Porque el cáncer *todos lo tenemos*, y su emergencia dependerá de diversos factores, además de la carga genética, tales como hábitos alimenticios:

¡El cáncer todos lo tenemos! Que quede claro (*ríe*). El cáncer todos lo tenemos: desde una pequeña bolita y que por ciertos hábitos alimenticios, genética influyen bastantes factores, que bueno algunos se desarrolla y algunos no. (Ent. 4: p. 247)

O ideologías y la actitud a hacia ellas:

...debes, este... atenderte con... con tiempo, hombres y mujeres (*ríe*), ¿no? Porque tenemos muchos casos de compañeros que tuvieron cáncer de próstata y por machismo no se revisan. (Ent. 2: p. 233)

Obteniendo como resultado una representación social bajo la cual el cáncer es una enfermedad sin consideraciones de estratos o colectivos sociales:

Entonces ahí como una cuestión donde el cáncer no respeta ni género, ni edades, ni nada... (Ent. 2: p. 233)

En suma, las representaciones sociales en torno los procedimientos médicos a los que una persona con cáncer debe enfrentarse implican aceptar, en la mayoría de las ocasiones, que estos son básicamente incuestionables y observamos que el resultado de estas representaciones son producto de los conocimientos de Ada en el área de la salud. Su propia formación y experiencia en la institución le hizo apropiarse casi de manera pasiva a las disposiciones sociales de carácter normativo, pero que también hubo elementos que se actualizaron por la influencia y lugar que ocupan en el pensamiento popular, como lo fue el caso de la medicina tradicional. En el caso de la manera en la que se significó el cáncer, es decir, la actualización de la representación social del cáncer asociada a la muerte a una donde el cáncer no siempre es su sinónimo, observamos que también le permite, al menos en su discurso, atender el problema y observar los avances de la medicina para prescindir o no permanecer arraigados en el discurso de la fatalidad y la susceptibilidad de morir brutalmente y de manera casi inmediata.

### 6.1.3 Shock emocional tras el diagnóstico

Una enfermedad crónica supone desde el momento del diagnóstico una alteración irreversible del curso cotidiano de la vida. Implica la interrupción de rutinas diarias y la necesidad de reevaluar el comportamiento común en las esferas familiar, laboral, social y personal (Herzlich, 1985; Herzlich y Pierret, 2005). Dicha alteración comprende, además de la aproximación a la realidad desconocida o angustiante, un proceso de fragmentación y reflexión en el que emergen diversas emociones percibidas como displacenteras o desagradables (Kübler-Ross, 1993; Kübler-Ross y Kessler, 2017; Palacios, 2013). En este apartado se hace una revisión de las pérdidas percibidas por la interlocutora y las emociones emergentes tras recibir el diagnóstico de cáncer de estómago con la finalidad de comprender el significado acuñado a esta nueva condición o forma de vida a transitar.

El cursar un cáncer de estómago producto de una metástasis de un tumor que inició en la matriz le añade una carga emocional de mayor intensidad al proceso y a la experiencia:

Han sido tiempos complicados, pero dentro de esas experiencias médicas las que más me han marcado han sido la histerectomía y seguida de un cáncer porque pues si se dan cuenta (*enfatiza*) en esa parte me quitaron la matriz, eso ha sido lo más difícil en mi vida. (Ent. 5: p. 263)

Pese a ser la histerectomía y el cáncer los dos procesos atravesados de mayor significatividad por la pérdida de la matriz y la pérdida de la salud, respectivamente, los *tiempos complicados* se comprenden con mayor detalle al enlistar diversos eventos que produjeron conmoción, impacto o, en palabras de Ada, un *shock emocional*.

Los primeros, en orden cronológico, pueden ser agrupados durante el curso de la histerectomía. Observamos que la extracción de la matriz tuvo un impacto importante por la urgencia de la intervención que la colocaron entre la vida y la muerte:

Fue un golpe muy duro porque obviamente el embarazo fue un juego tal de hormonas para después decirme que me tenían que quitar la matriz, fue muy difícil porque ¡yo sentía que ya no regresaba! porque yo tenía mucho sangrado, mi cuerpo no reaccionaba, tuvieron que quitar la matriz de manera urgente, dieron esa opción, aunque no era seguro. Ehm... dije algo como que "estuve entre la vida y la muerte" porque así es la placenta previa o el acretismo placentario, es un problema que no se presenta muy seguido... (Ent. 5: p. 262)

Seguido del impacto supuesto por la realidad de no poder tener más familia:

Fue un proceso muy complicado que sí marcó mucho de mí porque a pesar de tener a lo mejor una preparación profesional donde me he desempeñado en esa área de la salud, pues yo ya

conocía ciertas cosas, pero cuando ya lo vives ya no es lo mismo esa parte de perder como mi matriz completamente, se acabó... a lo mejor no mi sueño pero se acaba a lo mejor la opción de tener más familia. (Ent. 5: p. 262)

Las modificaciones a nivel hormonal y la entrada a la menopausia, una condición propia de mujeres de mayor edad a la que ella tiene:

...enfrentar cambios hormonales a un nivel impresionante, porque entre comillas era una mamá joven –estoy hablando que mi hija la más pequeña nació en el 2019– y yo dije: "¿Qué pasó aquí?", ¿no? (Ent. 5: p. 262)

Las consecuencias físicas como el aumento de peso:

Me dijeron: "¡Te vas a enfrentar a unos cambios hormonales horribles, tanto puedes subir de peso terriblemente, puedes tener cambios de humor y lo que es más grave porque eres muy joven es que atraveses esa etapa de la menopausia pues mucho más antes!". Fue un golpe muy duro... (Ent. 5: p. 262)

Pero también la aparición de la susceptibilidad de desarrollar una leucemia por las pérdidas abundantes de sangre durante las intervenciones, pero también por la misma enfermedad de placenta previa:

...por todas las hemorragias yo quedé en terapia intensiva, no supe de mí mucho tiempo. Desperté y mi bebé, obviamente, ya no estaba conmigo, lo tenían en otra área, tuve transfusiones de sangre como se imaginan. Cuando me intento incorporar como a la vida (*ría*), me dicen que estoy a punto de tener una leucemia, porque tengo anemia tipo dos... (Ent. 5: p. 263)

Más aún, se suman en seguida aquellos eventos relativos a la emergencia del cáncer de estómago. El primero al recibir el diagnóstico de cáncer por su asociación a la muerte y la asunción de que el proceso, pese a actuar u ocuparse de inmediato, podría presentar inconvenientes:

– ...es allí como que el shock emocional principalmente de decir: "no puede ser, ¿cómo crees? tienes una metástasis etapa I y tenemos que actuar ya". (Ent. 2: p. 227)  
– Sí dije: "Estoy enferma, entonces me voy a ocupar". [...] Esa fue mi manera de recibir la noticia a pesar que fuera consciente que podía salir bien a qué podía salir mal. (Ent. 4: p. 255)

Este precisamente significado como un *parteaguas*, un hecho sustancial que marca la diferencia entre un estado previo uno subsecuente:

Siendo muy honesta y sincera con ustedes, cuando recibí la noticia fue... sí un parteaguas que te cae de peso... (Ent. 4: p. 255)

Y es, a su vez, significado tácitamente como un momento de angustia por las dificultades para compartir la noticia con familiares, ya que estos podrían no comprenderla o presentar manifestaciones emocionales de difícil asimilación:

– Jamás le dije a mi familia que me habían realizado una biopsia [...] no dije nada, tenía que ir a quimioterapia y me iba sola y regresaba toda (*audio incomprensible*) y, obviamente, tu familia "pues qué onda", y de repente pues sí, ya es hora de "voy a intentar suavizar el asunto y como a los niños de kinder". Era explicarles que tenía una enfermedad que me estaba causando mucho daño y así ¿no? Esa era mi idea de planteárselo a ellos. (Ent. 4: p. 256)  
– Pero realmente fue después como esa parte de sentarte tú sola y decir: "Estoy enferma, ¿cómo le voy a decir a mi familia?", ¿no? O "¿cómo le voy a decir que tengo que ir a quimios, que va haber días que no me quiera levantar...". Este... ¿Cómo le digo?, ¿y mi mamá?". Pues sí fue el llanto total, y que de alguna manera esas emociones de otras personas pues te afectan. (Ent. 2: p. 231)

Aunado a ello, observamos otra serie de modificaciones a nivel relacional, tales como la posibilidad de no ver crecer a sus hijos por la susceptibilidad de su muerte:

...yo como mamá (*ríe*) digo: "¡MIS HIJOS!" (*suspira y ríe*). Ehmm. Emocionalmente sí es duro, ¿no? Pues sí es duro (*suspira*) [...] Y se ve reflejado en que tengo hijos, ¿no?, y me la paso pensando (*ríe*) demasiado y eso me genera esos cuadros de "¿Qué va pasar mañana?". Inclusive miedo. (Ent. 1: p. 214)

O de criar hijos infelices por las consecuencias de la enfermedad:

...entonces sí ha sido como muy, muy difícil también esa parte hablando de la parte psicológica, ¿no? Y más porque en mi caso tengo hijos, ¿no? El decir: "Una mamá enferma, y todavía infeliz, (*ríe*) va a criar hijos pues... infelices". (Ent. 1: p. 221)

Seguido en seguida de su proceso de divorcio:

– ...también pasar el proceso de un divorcio, ¿no? De estar en plena etapa de enfermedad y atravesar el proceso de un divorcio complicado y que dices que emocionalmente también te afecta, estando enferma el golpe es más duro porque no estás al cien emocionalmente, ni físicamente y tienes pequeñitos que atender y ha sido muy fuerte ese golpe emocional... (Ent. 1: p. 222)  
– ...de repente como que sí te da el bajón ¿no? Y para esas fechas yo estaba en el proceso personal de divorcio con el padre de mis hijos... entonces el estar aquí atendiendo la parte personal pero también la parte laboral y esta parte médica y aparte esta parte emocional era como un desgaste bastante fuerte... (Ent. 2: p. 229)

A esta serie de eventos iniciales le sucedieron otros derivados de los tratamientos, las quimioterapias y las cirugías, tales como, cambios orgánicos:

...tengo como un problema de vesícula, porque me empezaba a poner muy amarillita y era de volver a recaer y todos viéndome así como de "no puede ser", y yo sí simplemente se los estoy diciendo, y ha sido complicado es un tema bastante doloroso, de alguna manera, aunque no lo demuestre tanto... (Ent. 4: p. 257)

## Cambios de humor, particularmente de enojo y tristeza:

- ...también tengo mis etapas de mal humor por lo mismo de del medicamento o los efectos que puede llegar a causar en mí el medicamento... (Ent. 6: p. 281)
- ...estoy tan triste; o las compañeras cuando lloran porque te ven enferma o que vas a las quimioterapias y se ponen a llorar contigo y tú: “¡¡¡Ay!!! ¡No! ¡Vete, por favor!” Porque de alguna manera esa situación de tristeza o llanto también afecta de alguna manera afecta mucho emocionalmente. (Ent. 1: p. 220)

## E, incluso, la pérdida de actividades de agrado:

Yo hacía mucho deporte de alto impacto como kick-boxing, pero debido a todos esos cambios entre las cirugías, los estados de salud; aunque yo intentara hacerlo –a lo mejor no en el mismo impacto que lo hacía– llegaba un punto en que mi cuerpo no daba para más. Entonces decía: “¡Ay, me choca! Tengo que reposar”, porque por más que yo decía todo sigue igual. Mi cuerpo me decía: “¡Ya calmate! Yo, estomago, voy a empezar a dolerme un buen”, y entonces hubo muchas actividades que yo dejé de hacer. Entre esas actividades dejé de beber (*rié*) [...] pero las actividades que yo realmente amaba, definitivamente, no puedes. Eso me afectó en muchos sentidos. [...] Me sentía como muy estresada... (Ent. 4: p. 257)

Todos y cada uno de estos eventos que dan cuenta de la disrupción biográfica, de la alteración del curso de la vida cotidiana, los procesos difíciles, complicados, desgastantes y que, a su vez, fueron percibidos como golpes emocionalmente duros, son los que permiten comprender la representación social construida por Ada de la singular y particular emergencia de su cáncer en el estómago derivado o producto de una metástasis que inició durante su embarazo de alto riesgo, una experiencia que toca el corazón, muy, muy fuerte, bastante disruptiva en varias esferas de su vida:

...yo creo que han sido las experiencias que más me han tocado el corazón, porque no solamente depende mi vida sino también la de mi bebé y sí fue muy, muy fuerte y, obviamente, las secuelas emocionales... ehh... esta es una parte muy personal que me afectó muchísimo; se vino mi divorcio después de este proceso tan difícil y tan duro y fue un golpe emocional aún más fuerte porque todo se te venía abajo. Pasado eso pues me detectan que estoy enferma y fue como les dije: “un golpe tras golpe, tras golpe y que terminé toda noqueada...” (Ent. 5: p. 263)

Observamos que la construcción de dicha representación social es producto del espíritu de guerra o lucha asociado al combatir las enfermedades promovida por las instituciones de salud; aunque también resulta curiosa la construcción por ser una concepción al estilo de un discurso propio de la Fuerza Armada, de donde la Marina resulta una subrama. Percibir cada uno de estos eventos como golpes, dan cuenta también de la manera en la que la interlocutora ha sido capaz de afrontar su enfermedad, de cuyo aspecto nos ocuparemos con mayor detalle en el apartado que denominamos *El opio de la felicidad*.

Todavía cabe señalar, a razón de comprender el proceso emocional de adaptación a este *shock*, las etapas por las cuales se ha transitado para sostener su actitud aguerrida, de soportar golpe tras golpe, ante la enfermedad. Dicho en otras palabras, el proceso de duelo atravesado nos permite comprender la manera en la que se fragmentó para volver a integrar cada momento en función de la aceptación de la nueva realidad a transitar.

Como en todo proceso de alteración, de pérdida de control sobre los eventos cotidianos, una primera etapa en sobrevenir y que aparece explícitamente en el discurso de la interlocutora es la de la *negación*, una fase de bloqueo emocional para no permitir entrar todo el evento angustiante y dosificarlo:

...estaba así como de: “¡Ay no! No me puedo morir” (*ríe*). ¿Sí me entienden? Es como esa etapa de negarte, o sea, de negación, de decir: “¡Ay, no! No estoy enferma, ¿cómo crees?... si yo... todo bien”. (Ent. 2: p. 232)

Seguido de un periodo de ira en dos momentos, el primero acuñado a partir de los recuerdos de un duelo previo transitado por la muerte de cáncer de colon de su abuela materna en el que parece influir con creces la negativa a desarrollar cáncer en un futuro:

...entré en un estado de mucho enojo porque dije que yo de cáncer no me iba a morir, “yo de cáncer nunca me voy a morir”. (Ent. 5: p. 265)

Y otro, el segundo, posterior a la noticia del diagnóstico de cáncer en ella misma, donde los cambios de humor aparecen bastante irruptivos llevándola al grado de no reconocerse a sí misma:

...me desconocí al momento que sentí demasiada ira, enojo, porque por lo regular no soy así, eh. Hubo un ataque muy fuerte de ira contra... ya no sé ni contra quién, ni contra qué, pero me sentía muy molesta porque sentí que no era justo para mí. [...] Es una parte que no conocía de mí, porque sí me enojaba, pero por lo regular muy relax. Ahí sí ya no... y me decían algo y "sí, está bien", o contestaba de manera muy creativa, pero nunca me había conocido en ese grado de enojo, de querer aventar todo. (Ent. 4: p. 259)

En el mismo extracto previamente recuperado, se permite entrever el tránsito por la etapa de la negociación, cuya característica principal es percibir el suceso como algo que no es justo de haber desarrollado; aunque sin la aparición explícita de una petición a un ser trascendental –muchas veces Dios (Kübler-Ross y Kessler, 2017)– por mantener la vida, pero sí para arrebatarla a causa de los dolores insoportables experimentados, tal y como se mostró en líneas precedentes.

A este último le sucede la etapa de la depresión, una de bajón emocional, o bien, una situación en la que, pese a la búsqueda por encontrar motivaciones para continuar con las actividades diarias, esta no es hallada:

...la depresión también se hace presente, por muy fuerte que seas, y fue ahí donde tuve que tomar terapia. [...] Hay situaciones que también se salen de mis manos, uno el dolor y, dos, y a veces, sentirme tan deprimida. Esa es otra situación que se sale de mis manos, que me da el bajón de emoción muy feo, que aunque yo diga "ya, échale ganas", es una situación que no puedo evitar. Definitivamente no puedo evitar, y me cuesta mucho trabajo ahorita. (Ent. 5: p. 272)

Aunado a pensamientos de autorreproche por considerarse alguien que le amarga la vida a otros:

...aunque yo me estuviera, así como muriendo por dentro, yo decía: "No le voy a amargar la vida a los demás". (Ent. 2: 234)

O que los sumerge en su proceso:

...preferiría, a veces, también que no estuviera mi familia conmigo. ¡Se escucha feo ya sé! Pero no me gusta sumergirlos cuando estoy mal. Cuando me siento mal no me gustaría como aplicarlos o involucrarlos... (Ent. 4: 250)

Aspecto que, de alguna manera, se ve extrapolado –y aparentemente aún sin integrarlo a su vida– a la negativa por formar nuevas relaciones cercanas, particularmente de índole romántica:

...tuve una relación y fueron mis traumas médicos los que me hicieron alejarlo, porque considero que es una etapa muy dolorosa también y no me gustaría mantener a una persona a mi lado en un proceso tan difícil, por mucho que se haya aferrado conmigo. Hasta la fecha sigo manteniendo comunicación con él, todo muy bien, pero llegó un punto en el que dije: "No, ¿Sabes qué? No, no puedo, no puedo tener una persona aquí; mereces, o sea, sí mereces como libertad, mereces vivir más", porque pues obviamente yo tengo mis hijos, yo tengo trabajo, estoy enferma, necesito tratamiento médico, mis tiempos son cortitos y yo dije: "No, tú necesitas una relación normal". Vamos, entonces... sí como que lo termine alejando, como que ahorita lo que les decía no me siento preparada nuevamente para volver a herir a alguien... (Ent. 6: p. 291)

No obstante, se puede afirmar que Ada ha cursado la etapa de la aceptación a ciertos aspectos relativos a la enfermedad debido a que es capaz de atenderla, avizorar los alcances de la medicina pese a su previa etapa de bloqueo:

Mi respuesta cuando me dijeron "¿Sabes qué? Tienes una metástasis" fue algo de: "Dime qué etapa tengo, ¿Qué etapa tengo? Dame opciones, medicamentos, ¿qué va ser de mí?" porque en automático me bloqueé. Sí dije: "Estoy enferma, entonces me voy a ocupar". Esa fue mi reacción en ese momento. Ya después, cuando me cayó el veinte ya lloré, pero dije: "Bueno, no todo está perdido, estás en el mejor hospital y que te tienes a ti con tu mejor actitud... entonces vamos a poder". (Ent. 4: p. 255)

Acompañado del crecimiento derivado del proceso fragmentario anterior:

Pero que como todo ser humano llegó la etapa de la asimilación de tu enfermedad (*ría*). [...] El aceptarte o el aceptar la situación como que te ayuda a asimilar más rápido las cosas y al aceptarte tú, o al abrazar tu enfermedad, abrazar la situación por la que pasas, abrazar como todo ese dolor te ayuda a entender que pues... uno, te hace más fuerte en muchas cosas, aunque te sientas súper roto o rota y... después como que aprendes, ¿no? Creces emocionalmente, creces en esa parte de fuerza interior, te haces fuerte. (Ent. 1: p. 222)

Es frente a este proceso de tránsito por diversas etapas de duelo, con sus respectivas manifestaciones y expresiones emocionales, que se permite comprender la construcción de una representación social en torno a una lección de vida por ser portadora de otra oportunidad de vivir:

...fue una segunda oportunidad de vivir, de ver crecer a mis hijos. (Ent. 5: p. 263)

Y de sentirse privilegiada del trato y atención recibida por posibilitarle, precisamente, los medios para aprovechar esa segunda oportunidad de vivir:

Realmente el cáncer para mí ha sido una de las experiencias más fuertes, pero también las lecciones, la lección de vida en este caso más importante, porque el cáncer es una enfermedad que aunque posiblemente haya una cura, no es una cura que dé o que tengan acceso todos. [...] Y me enseñó muchísimas cosas: desde valorar un poquito más el tiempo –y sí ha sido difícil–, pero estoy viva (*ría*), estoy viva; lo que muchos no logran. Entonces sí, el cáncer para mí fue como mi mayor aprendizaje desde el año pasado. Eso es para mí ahora, mi aprendizaje total. (Ent. 2: p. 238-9)

En conclusión, notamos que la representación social de disrupción biográfica, tendiente a un escenario fatalista, en un principio, ante el diagnóstico de cáncer de estómago, sí es apropiada por la interlocutora casi de forma pasiva al significar como un proceso difícil, complicado y desgastante, plegado de sucesivas y recurrentes pérdidas a nivel personal e interpersonal. Sin embargo, esta pudo ser actualizada en función de su proceso de adaptación a razón de su experiencia en el ramo de la salud, el acceso a un servicio de salud percibido como de calidad frente a otros, y el acceso a un servicio de acompañamiento psicológico que le ayudó a orientarse durante su proceso de duelo. Obteniendo como resultado una producción discursiva en la que pese a tener que soportar una serie de golpes sucesivos, puede ahora percibir su proceso de enfermedad como un aprendizaje.



## 6.2 Los pilares de atención

Bajo la perspectiva de la Teoría de las Representaciones Sociales, los estudios en torno a las modificaciones que se hacen presentes en las relaciones interpersonales ante la emergencia de una enfermedad han desvelado la siguiente problemática: las prácticas divisorias que determinan qué es una persona sana y una enferma tiene por consecuencia inmediata la puesta en operación de ejercicios de exclusión y rechazo a los portadores de una enfermedad (Herzlich y Pierret, 1985; 2005).

Las redes de apoyo, aquellos vínculos que otorgan asistencia a una persona, que se configuran ante la emergencia del cáncer de estómago tienden a cumplir dos papeles de suma importancia para quien atraviesa por esta enfermedad: por un lado, otorgan información relacionada con la enfermedad o en función de la adaptación a ella y, por el otro, brindan acompañamiento y afecto a la persona. Este capítulo consta de tres subapartados cuya significatividad deriva del establecimiento de la relaciones entre la persona enferma, su familia y sus médicos tratantes.

En el primer apartado se analiza cómo el conocimiento de sentido común relativo a la atención despersonalizada de los médicos tratantes, objetivada a partir de la reproducción de prácticas de formación autoritaria al interior de las instituciones de salud o las defensas psicológicas de los últimos frente a una enfermedad asociada a la muerte, organiza las producciones de sentido de la interlocutora y, con base en su experiencia propia, las actualiza de manera contraria a las representaciones sociales existentes de la atención recibida en instituciones de salud.

En el segundo apartado se identifica el modelo mediante el cual se brinda acompañamiento psicológico y la tendencia a generar representaciones sociales con base en la función de dicho acompañamiento y el papel que cumple el psicólogo en las instituciones de salud, para organizar las representaciones sociales construidas por la interlocutora a partir del servicio psicológico recibido.

En el tercer apartado se muestran las representaciones sociales integradas y actualizadas en relación con los cuidados recibidos por la familia y sus efectos, al menos hasta donde la interlocutora lo permite, así como la percepción de los cuidados recibidos por su familia en comparación a los recibidos por los médicos.

### 6.2.1 Ángeles 24/7

En el marco de las ciencias sociales, la relación del médico con la persona enferma se centra en la capacidad que tiene el primero para otorgar sus servicios en dos niveles: por un lado, a nivel profesional en donde se espera recibir información, diagnóstico y acompañamiento psicológico percibido de calidad y, por el otro, a nivel humano, el cual tiene que ver con la honestidad, el respeto y los valores con los que se espera que sea tratada la persona con alguna enfermedad. En relación con lo anterior, se han configurado representaciones sociales con base en las descripciones construidas por personas con alguna enfermedad alrededor de la conducta del médico a partir de la atención percibida como despersonalizada, los bajos grados de preparación, tacto, empatía, amabilidad a la hora del diagnóstico y, hasta cierto punto, incoherencia con las recomendaciones que ofrecen a la persona, en este caso, con cáncer de estómago (Kübler-Ross, 1993; Ascencio *et al.*, 2013: 278). En este apartado analizamos la manera en que la interlocutora otorga significado a sus relaciones con los médicos que la atiende desde el embarazo y el diagnóstico de cáncer de estómago, así como la forma en la que correlacionan o se transforman las representaciones sociales antes enunciadas.

Como se analizó en el subapartado titulado *Aproximación al diagnóstico* expuesto líneas arriba, la atención recibida comprende no únicamente a los médicos tratantes, sino a la institución en la cual se es atendido y la formación que exige a su personal médico. En este sentido, la construcción de la representación integra el sector y el área al cual se está uno suscrito para recibir atención:

...estoy en un Hospital Naval, y pertenezco a un Hospital Naval porque estoy en el Sector Naval. Trabajo para Secretaría de Marina y soy del Área de Sanidad... Entonces de ese lado yo soy causahabiente, ¿no? Pero también soy derechohabiente, por otro lado; en caso de que dejara de laborar, porque me casé con un personal de la misma armada, entonces... eh... por lo tanto soy derechohabiente al Servicio Médico Naval. (Ent. 1: p. 216)

Para ofertar a los derechohabientes un servicio médico naval, se contempla, además de contar con los insumos necesarios, la preparación de los médicos, una preparación que en el servicio de Marina debe ser disciplinado y exigente. Si bien se expuso arriba la exigencia de los cursos que debe tomar el personal sanitario, la interlocutora permitió entrever una práctica de dicha formación autoritaria durante sus primeros ingresos a quirófano, lo que nos permite pensar en que este elemento también forma parte de la representación social construida del médico del servicio médico de Marina:

...cuando entro a quirófano y me dicen: “A ver, checa”, ¿no? “¿A ver si es todavía apto para...[recibir una prótesis]? ¿Le cortamos la pierna hasta aquí o hasta acá?”. “Porque si tú me dices que hasta aquí y no te sirve, no lo puedo volver a meter a cortarle la pierna” y es una decisión que tienes que tomar en el momento de decir: “¡Ay! ¿Hasta dónde se la cortó?. Mmm... para ver, para no lastimar tendones, no lastimar nervios”. O sea, sí son como decisiones como un poquito complicadas... (Ent. 2: p. 237)

El personal de Marina, además de su preparación, es reconocido por la interlocutora a partir de la sinergia con la que trabajan, una manera de intervenir en conjunto que presenta mayores y mejores resultados benéficos:

...han trabajado mucho en conjunto todos con todos y me gusta esa sinergia que tienen, la organización que tienen... (Ent. 1: p. 288)

Aunque también se les distingue por la manera en la que tratan y atienden a las personas que llegan a los hospitales con alguna enfermedad, de forma grosera y sin prestarse a comprender las emociones que devienen durante su curso:

...me ha tocado ver médicos que son como muy groseros con los pacientes y no entienden esta parte como del mal humor, de la ansiedad, toda esa parte, empatía [...] hay veces que sí son groseros... (Ent. 7: p. 302)

Lo que obtenemos en un primer momento es una imagen, una representación social construida, del médico de Marina a partir del servicio médico en el cual este está laborando, su formación derivada de prácticas autoritarias, exigentes y disciplinarias, propias de un contexto naval, la sinergia con la que pueden alcanzar a laborar en conjunto, pero también el trato agresivo o grosero y poco empático con el que algunos médicos tratan a las personas con una enfermedad. Es necesario enfatizar en que la última característica únicamente aplica a un número limitado de médicos; no se generaliza, al contrario, la propia experiencia de la interlocutora da cuenta de una transformación radical a esta percepción del médico naval.

En relación con lo anterior, el propio discurso de la interlocutora da cuenta de cómo se comienza a configurar una representación social en torno al *lazo* construido con los médicos en tanto que ella se contempla y es contemplada por sus colegas del trabajo y, a su vez, sus médicos tratantes, como parte del equipo, razón por la cual se le debe apoyar para volverla a *sacar a flote*:

...ellos [los colegas] tienen un pesar porque te conocen. Sí los afectas de alguna manera porque el convivir con ellos a diario haces un lazo emocional con cada uno de ellos de diferentes maneras, pero al final un lazo o una conexión con cada uno de ellos porque realmente tú convives con ellos y una parte de tu equipo pues se vino abajo y hay que sacar esa parte del equipo a flote... (Ent. 1: p. 218)

Son personas que, si bien mezclan algunos sentimientos en la atención otorgada, miran a la persona desde el *término médico*, una noción construida como subrogado de la objetividad que caracteriza la relación médico-paciente, una mirada imparcial y con la expectativa de llevar a la persona a su recuperación:

Es como que yo, como que yo no confío en ellos, simplemente ya lo vemos como un caso médico en el que van a tener acceso todos los involucrados. [...] Simplemente lo vemos desde el *término médico*, ¿no? Sabemos lo que es tener ética profesional. (Ent. 6: p. 277)

O también, dicho de otra manera, son personas que tienen la mente fría a la hora de valorar el caso y las ulteriores decisiones a tomar en función del beneficio de la persona:

Ellos tienen conocimientos y planes de contingencia para actuar en momentos de crisis. [...] ellos tienen *mente fría* en cuestiones de crisis, toman decisiones certeras. (Ent. 3: p. 242)

Hay que mencionar además la ventaja de la cual se siente portadora, esto por la forma en la que pasó a ser percibida por sus compañeros de trabajo, quienes no necesariamente la excluyeron, sino que se acercaron más a ella y no la etiquetaron necesariamente como paciente, sino como *la amiga* a quien se debe asistir y no dejar morir:

...la ventaja ha sido el poder ser parte de mucho tiempo de ese hospital, o sea, estamos hablando desde hace más de 10 años de estar en ese hospital y decir: “Tengo buenos compañeros, buenos médicos que no me van a dejar morir”. A lo mejor ya no me ven como la paciente sino como la amiga, que dices no se va a morir mi amiga, y él luchar por tu amiga... (Ent. 2: p. 233)

De igual manera, el equipo médico destacó y se reconoció por las preferencias, o bien, *las acciones extras* identificadas en el momento en el que se difundió su condición y diagnóstico de cáncer en el estómago, por lo que los esfuerzos de estos fueron orientados también por el rango jerárquico que la interlocutora ostenta<sup>42</sup>:

...el trato es diferente, porque obviamente en mi caso, no se los dije pero como [*personal*] de Armada, se escucha un poco clasista, pero es de cierta manera: “el [*personal de Armada*] está enferma, veamos qué podemos hacer extra por...”. Entonces se vuelve más como de: “Vamos a sacar a la amiga de este problema y le vamos a echar ganas, tómate esto y tómate el otro”. (Ent. 1: p. 219)

Dentro de las ventajas y los esfuerzos realizados por los médicos percibidos por la interlocutora destacan la cercanía y conexión con sus colegas porque estos mostraron preocupación ante la posibilidad de morir por su estado de salud, un aspecto que se debía evitar:

---

<sup>42</sup> Se comunica al lector que el cargo de la interlocutora al interior de la institución naval no será compartido por petición de ella.

...el apoyo de los compañeros en el trabajo por ser también parte de ellos... El apoyo que te brindan, el decir: ¡Eres fulanita y te vamos apoyar!; te vamos a echar esto”. Pero ese acompañamiento fue como si... sí fue una parte clave porque sientes como ese apoyo vital de decir: “Voy a estar en las mejores manos, no me van a dejar morir (*rié*)”. Sí, porque... pues esa parte de querer sanar también nace del equipo de trabajo que está contigo en el proceso, saber que están haciendo bien las cosas y que no te van a dejar morir. (Ent. 2: p. 227)

La búsqueda de mayores alternativas de tratamiento para su pronta recuperación, aunque es importante mencionar que esta búsqueda no implica darle otros tratamientos a los cuales la población derechohabiente tiene acceso, es decir, tiene la oportunidad de ser el conejillo de indias de nuevos tratamientos:

Entonces se vuelve [la atención] más como de: “Vamos a sacar a la amiga de este problema y le vamos a echar ganas, tómate esto y tómate el otro”. No te pueden dar un medicamento especial a lo que le dan a los demás pacientes pero lo que sí hacen es buscar más alternativas, es como que llegan y: “¿Sabes? Conocí a un médico tal, buenísimo, ¿Sabes? Te recomiendo que vayas aquí, que vayas allá. Mira yo te llevo, yo te traigo, yo esto”. Sí es un poquito... se escucha feo pero la atención sí es diferente, muy diferente desde cuando llegas; te dicen: “No, no te formes vente para acá (*rié*), este... Yo te voy a atender aquí, te voy a poner este medicamento que espero que sea mejor que el otro”. Y como que eres el conejillo de Indias, y lo hacen pues de buena fe ¿no? Porque al final de cuentas pues lo hacen de buena fe, lo hacen con la intención de verte mejor. (Ent. 1: p. 219)

La ayuda a conseguir medicamentos cuando hay desabasto de quimioterapias, con la ventaja de obtenerlos a costos ligeramente menores para no quedarse sin él:

– En mi caso, ehm... por la manera y por el medio en donde yo me muevo pues tengo conocidos que trabajan en diferentes áreas de la salud, ¿no? y ellos han sido como mis piezas claves que me han ayudado como a conseguir ciertos medicamentos que he necesitado. A lo mejor a costos un poquito... no baratos, pero tampoco a los costos que se, este... que se ofrece en el mercado, ¿no? O en algunos hospitales, porque realmente una quimioterapia es de \$150, 000, ¿no? Y es difícil solventar un tratamiento oncológico por tu cuenta. – ...lo que les comentaba: ni siquiera hay medicamento. En mi caso, pues finalmente tengo los medios de ver cómo lo consigo y, si no lo consigo yo, lo consigue alguien más... (Ent. 1: p. 220)

Aunado a los beneficios que le otorga la institución por reembolsarle los gastos que haga para comprar dichos medicamentos costosos:

Entonces sí se nos han parado los tratamientos y ese dinero que tú te gastas de manera cuando no hay servicio médico lo cubres de tu bolsa y, posteriormente, Marina te lo reembolsa. (Ent. 1: p. 220)

También se añade la posibilidad de interrogar o solicitar atención fuera de horarios de consulta a sus compañeros al conocer sus horarios laborales y en función de sus propias necesidades y dolencias contingentes:

- ...si la cuestión médica pues requiere como ya (*audio imperceptible*) o el dolor es muy intenso entonces lo que hago pues llamo al hospital y busco algún amigo que esté de guardia a quien sea, no tengo a alguien en específico y ellos ya le notifican a mi médico. (Ent. 6: p. 276)
- ...en mi caso al conocer los horarios de mis compañeros y así, me es un poquito más rentable decir “fíjate que estuve leyendo esto y fíjate cómo lo aplicamos aquí”. (Ent. 5: p. 267)

Cada uno de estos elementos hasta aquí subrayados, le han permitido a la interlocutora crear una representación social de que los médicos de Marina, sus médicos y colegas, son personas que hacen hasta lo imposible por ayudarla a superar su condición:

Yo creo que tengo un buen equipo, han hecho hasta lo imposible por... [ella] (Ent.6: p. 288)

Permitiéndole evaluar la calidad de atención recibida como excelente e incomparable por las condiciones bajo las cuales se le ha brindado, desde el interés por su caso, la atención especializada para cada complicación, y la calidez del acompañamiento:

...el trato, el tratamiento que en conjunto han acordado para darme la manera en cómo se organizan en juntas para poder abordar mi caso eh... creo que me siento más que bendecida con esa parte y agradecida con esa parte; ha sido un trato excelente, me han brindado el apoyo en todas las áreas médicas que pudiesen haberse involucrado conmigo desde un nefrólogo para ver mi riñones [...] y no me quejo. Y no porque sea mi institución de trabajo por años, sino porque realmente la calidad humana del personal ha sido incomparable. Estoy contenta. (Ent. 6: p. 288)

Esto último la hace percibir que la consienten y la malcrían, cuyo resultado es derivado directamente del trato generalizado y anclado en el pensamiento popular del trato que suele brindar un médico, contrario al que ella recibe:

- Han sido como muy consentidores, muy amables, muy preocupados. Unos más enfocados a la parte médica de decir: “Vamos a buscar algo que te ayude a hacer esto”, ¿no? Y al final de cuentas me gusta esa parte porque a lo mejor se escucha un poquito discriminatorio, ¿no? Pero al menos yo sé que por esa relación que llevas con ellos, ellos también hacen todo para que tú estés bien. (Ent. 1: p. 220)
- ...como que me malcrían tanto (*ríe*)... (Ent. 6: p. 288)

De modo tal que debe mantenerse la comunicación con el equipo médico y evitar que las emociones emergentes puedan mermar dicha relación:

- ...intento como que haya mucha comunicación con el equipo médico que tengo o quien me tiene a cargo, ¿no? Porque a final de cuentas son con los que más convivo, como para estar toda tensa y todos trabajando mal, entonces es eso: comunicación con todos. (Ent. 6: p. 281)
- ...siempre les he dicho a compañeras enfermeras, principalmente, quienes han sido como un apoyo muy vital, ¿no? porque son ellas quienes hacen el trabajo pesado de inyectarte, canalizarte, etc., y les digo: “Oigan, si un día me ven así como muy agria de carácter, eh... les pido, así con toda la confianza, me lo digan”, y yo no tengo problema en que ustedes me digan “¿Sabes qué? Me tienes hasta el gorro”... (Ent. 6: p. 280)

Con todo, con la atención recibida, los esfuerzos realizados para ayudarla a superar su condición, la disponibilidad de sus médicos a brindarle atención, la información

compartida en beneficio de ella, y las discrepancias identificadas en su discurso en contraste con las representaciones sociales de la atención brindada por el médico, comprendemos de mejor manera que la construcción central en torno a la relación entre médicos tratantes y la persona que atraviesa por la enfermedad sea dirigida a una fuerza divina, unos seres trascendentales benditos que ayudan ante cualquier adversidad y en cualquier momento:

...me siento afortunada porque he tenido la posibilidad de tener a mi alcance todo, servicio las 24/7 [...] Entonces se convierten en tus ángeles 24/7 <sup>43</sup>... (Ent. 5: p. 270)

En conclusión, la representación social del médico mantiene algunos de sus elementos estables por el trato autoritario durante la formación de futuros prestadores de servicio autónomos y la atención despreocupada que brindan a los derechohabientes, al menos unos cuantos casos. Sin embargo, las representaciones sociales en torno a la atención recibida en las instituciones del sector público, en este caso una institución de Marina, se presenta una actualización radical de estas por percibirse como una atención incomparable al grado de hacer sentir a la interlocutora diversas emociones y sentimientos asociados a la plenitud, tales como, felicidad, confianza, calma, sentimientos de pertenencia o conexión, agradecimiento, calidez, fortuna, y bendición. Esta forma de percibir la atención y el trato recibido por los médicos de marina tiene que ver con los vínculos cercanos que construyó con ellos al formar parte del equipo institucional, aunado a los notorios esfuerzos realizados por el personal sanitario para brindarle una atención personalizada de entre los cuales destacan el interés por su caso, su recuperación y el no dejarla morir, la búsqueda de alternativas de intervención, el no etiquetarla como paciente sino como amiga y la posibilidad de tener consultas informales.

---

<sup>43</sup> La expresión 24/7 tiene que ver en este caso con recibir atención las veinticuatro horas del día, durante los siete días de la semana.

## 6.2.2 Mi 911

Desde la década de los noventa del siglo pasado, la atención psicológica ha operado con base en el modelo técnico pragmático propio de la denominada *década del cerebro*. Este modelo privilegia el estudio de la conducta a través de las respuestas bioquímicas del cerebro, es decir, con base en neurotransmisores, relegando de esta manera a un carácter contextual a lo sistémico y profundo de la experiencia (Pakman, 2010). De igual modo, debido a la alta demanda por parte de la población para recibir atención psicológica y de acompañamiento durante el tránsito por un proceso de salud-enfermedad, et al se requieren intervenciones que focalizan la atención sobre la problemática actual para generar resultados satisfactorios en un periodo de tiempo breve. De modo tal que, a consecuencia de los bajos recursos con los que operan las instituciones de salud, la propuesta de atención anterior se sostiene aún en la actualidad (Del Monaco, 2020).

En relación con lo anterior, se vuelve evidente que el individuo no solicita en la actualidad asistencia o ayuda al psicólogo o al personal de la salud mental, sino que *con frecuencia piden ahora “soluciones”* (Pakman, 2010: 31). No obstante, el papel que cumple el psicólogo en el ámbito de la salud es poco conocido por el grueso de la población, por lo que ha construido representaciones sociales con base en la función que cumplen dentro de las instituciones, a saber: de orientación, consejería o apoyo en grupos interdisciplinarios, siendo una de sus características principales el ser un personaje que escucha y que se preocupa por otros, así como ser alguien a quien se le puede confesar lo que le ocurre a la persona (Torres, *et al.*, 2004; Gómez, *et al.*, 2013).

En este apartado, recuperamos las producciones de sentido de la interlocutora en torno a la atención psicológica recibida y su relación con las representaciones sociales antes enunciadas, con la finalidad de comprender el significado acuñado a su experiencia en este ámbito en particular.

De acuerdo con la interlocutora, el conocimiento en torno a la atención psicológica recibida en *los hospitales para personal civil* es nula, por lo que resulta significativo para ella la atención recibida por medio del servicio médico naval:

*...los hospitales para personal civil no suelen brindarte apoyo psicológico. Desde que empecé con el cáncer, me asignaron ayuda psicológica. (Ent. 3: p. 245)*



Además, el servicio médico naval, a diferencia de los *hospitales para personal civil*, parece cumplir con el objetivo propuesto en el Programa Sectorial de Marina 2020-2024 (DOF, 2020), sostenido desde el 2013, relativo a brindar atención de calidad para mantener el bienestar moral y emocional de su personal naval:

- ...parte de ese acompañamiento que brinda el hospital es eso, ¿no? El tener a sus elementos en completa calma, o al menos intentar que estés en calma y eso en mi caso me ha ayudado bastante...(Ent. 5: p. 267)
- Entonces es un excelente trabajo lo que ellos hacen con los pacientes en general, con todo tipo de enfermedad delicada, y eso es uno de los mejores servicios que tiene la armada, de tratar de mantener a sus elementos sanamente, bueno, sanos emocionalmente...(Ent. 5: p. 267)

El acompañamiento psicológico construye una representación social en la que este es necesario y fundamental o, en palabras de la interlocutora, *un apoyo súper importante*, porque le permite a las personas contar con herramientas que coadyuvan el proceso de enfermedad:

- Ese, entonces, acompañamiento psicológico que muchos de ustedes que van en esa área dan es un apoyo súper importante...(Ent. 2: p. 230)
- Tu salud emocional, el psicólogo que te acompaña [...] si no tienes el apoyo de un profesional en la salud mental que te ayude como a entender muchos procesos que vas a ir viviendo a través de esta enfermedad o de cualquier otro padecimiento no sabes cómo sobrellevar las cosas y para eso son ellos, ¿no? Ellos se dedican a eso...(Ent. 2: p. 233)

Al mismo tiempo, el papel que cumple el psicólogo en las instituciones de salud aparece configurado a partir de la labor que cumple al brindar acompañamiento emocional y apoyo con información relacionada al cáncer dentro de un grupo interdisciplinario, como es el caso de resolver dudas en cuanto al tratamiento, pero también a la angustia emergente de la palabra asociada al cáncer, la muerte:

...tenemos como esos tratamientos [farmacológicos], pero que también tenemos el acompañamiento y el apoyo... en el caso de Marina lo que hacen es llevar a un especialista en oncología, pero también de la mano de un psicólogo y acompañan a esa persona le dan como información, pláticas, ven algunas películas bastante crueles ehm.. les brindan como toda esa parte de apoyo emocional, les permiten como que ellos puedan externar todo lo que sienten acerca de sus dudas, de lo que les inquieta pero precisamente de la palabra “muerte” los enseñan en el caso de los pacientes de una etapa terminal, lo que es un cáncer, y ven resultados en tratamientos, quimioterapias, etc. Los enseñan a cómo desprenderse de la familia, de los amigos [...] Y está padre porque de alguna manera ehmm... pues te ayuda a entender que la muerte pues es así, ¿no? (*ríe*). Llega, te ayuda a comprender que prácticamente estamos de paso, te ayudan a manejar ese estrés de “no me quiero morir, no me quiero morir” y así. Entonces es un excelente trabajo lo que ellos hacen con los pacientes en general, con todo tipo de enfermedad delicada (Ent. 4: p. 251)

Cabe mencionar que este acompañamiento psicológico no es propio de la persona con cáncer, sino que también es un recurso con el que cuenta la familia:

...y, a la familia, de igual manera, les enseñan a cómo aprender a manejar las emociones con un paciente enfermo de cáncer, pero también a cómo desprenderse de alguna manera de esa persona en el momento en que ocurra el fallecimiento... (Ent. 4: p. 251)

Para cumplir con dicha labor, el psicólogo debe contar con algunas habilidades para brindar contención emocional a las personas que se sienten *derrumbadas*, o bien, anímicamente tristes, abatidas, aplanadas y angustiadas:

...el estar preparado para brindarle apoyo emocional a alguien que se está derrumbando es porque ustedes [psicólogos] tienen que ser más fuertes todavía para poder aguantar todo lo que les van a contar, ¿no? desde un llanto que tú dices: “¿Pero por qué chillas?” (*ríe*) ¿aja? Esa parte de ser empáticos con el dolor de alguien más es fundamental... (Ent. 2: p. 230)

Aunque también, a manera de recomendación por la interlocutora, debe tener conocimientos interdisciplinarios, o bien, en otras áreas para brindar atención integral y, a su vez, como medida preventiva ante la posible ausencia de un integrante del equipo interdisciplinario:

¡Mejor preparación para esa área! [...] yo psicólogo: “Ah, no, todo está bien, échele ganas”. ¡No! O sea, la preparación va más allá de tu propia área. [...] no hay como que nada mejor que si, pues, la enfermera de tu equipo no está, tú, psicólogo, puedas: “Ah, pues yo me aviento el trabajo”. Aquí la cuestión es atender bien. (Ent. 6: p. 302)

Con todo, tenemos como resultado una representación social en torno a la función que cumple el psicólogo en las instituciones de salud, siendo esta la de acompañamiento emocional, como orientador de acciones y decisiones, así como alguien que brinda información a la persona que atraviese por cáncer. Por otro lado, destacan las habilidades que debe tener para cumplir con dicha labor, de entre las cuales destacan la fortaleza para tolerar el material que compartan las personas con cáncer, las destinadas a ayudar a comprender al individuo lo que le sucede y el ser empático con ellos. Finalmente, se afirma que el acompañamiento psicológico es necesario y fundamental, precisamente, por las funciones que cumple durante el curso de la enfermedad. Hay que mencionar, además, que resulta destacable nuevamente la distinción del servicio médico naval y otros servicios públicos por el objetivo perseguido, este es, mantener a su personal –elementos de las Fuerzas Armadas– emocionalmente estables.

En relación con lo anterior, parece ahora lícito afirmar que estas representaciones sociales fueron construidas a partir de la atención que recibió al hacer uso de su servicio

médico y psicológico naval ya que, en principio, no tenía una persona específica a quien recurrir cuando se sentía angustiada:

**Antonio:** Y antes de ella [su psicóloga], ¿había alguien más?  
**Ada:** Ah... digamos que no es como que tuviera a alguien a quien recurrir constantemente...(Ent. 6: p. 277)

Esto a consecuencia de su resistencia a aceptar que necesitaba apoyo y acompañamiento psicológico:

...yo no quería [tomar terapia psicológica] y eso de hacerte el fuerte y decir “no necesito un profesional de la salud psicológica, emocional, mental...” –como lo quieran llamar (*rié*)– es mentira, ¿no? Porque realmente lo necesitas y lo necesitamos todos, independientemente de si estás o no estás enfermo y sí, ha sido difícil porque no solo abarcas el proceso de tu enfermedad; el psicólogo pues si te hace la regresión, ¿no? de todo, de todo, de todo, de todo, de todo, de todo y dices: “¡Ay, no! ¡Qué duro! Sí estoy loca (*rié*)”...(Ent. 1: p. 222)

Sin embargo, llegado un momento en el que las opciones empiezan a verse limitadas y empiezan a emerger pensamientos displacenteros o desagradables para la interlocutora que comprometen las decisiones a tomar en torno a la recuperación de la salud, es cuando se valoró la pertinencia de acudir a recibir terapia psicológica y focalizarse en la orientación de las emociones y pensamientos emergentes:

...donde la depresión también se hace presente, por muy fuerte que seas, y fue ahí donde tuve que tomar terapia [...] Me enfoco tanto en esa salud emocional porque yo sé que cuando he tocado esa parte de *tocar fondo* –como decimos nosotros– de que tengo como sentimientos muy tristes, por no decirlos depresivos (*rié*), pienso en cosas en las que ni debería de pensar y me deprimó porque digo: “Ya no quiero tomar medicamento, ya no quiero esto, ya no quiero nada, voy a hacer lo que se me venga en gana, no me importa si me muero mañana”...(Ent. 1: p. 222)

De modo tal que pasó a formar parte del equipo interdisciplinario su psicóloga, alguien que en principio atendió las manifestaciones en torno a las intervenciones médicas que le iban a practicar:

...y empieza el acompañamiento terapéutico... eh... la psicóloga a pie de cañón “¿cómo te sientes?, ¿cómo lo ves?, ¿cómo crees que termine todo?”...(Ent. 2: p. 227)

Y esta es alguien que permanece con Ada, aunque esta última considere necesario prescindir de sus servicios por los desajustes supuestos por las recaídas, una complicación contingente después de un periodo de estabilización:

...de repente cuando llegan las recaídas, como lo fue últimamente en mi caso ehmm... que yo decía: “¡Ya no quiero ir al psicólogo, ya no lo necesito!”... pero en mi caso es psicóloga, mi psicóloga, su trabajo –no sé cómo decirlo o cómo expresarlo– es “no te voy a dejar, Ada, así me

corras veinte mil veces, no te voy a dejar”, y eso es lo que te hace. El poder decirte: “No voy a estar ahí dejándote, Ada, cuando más lo necesites”.(Ent. 6: p. 283)

Pero también alguien está al pendiente de las intervenciones que se aplican a Ada para acompañarla, aunque su jurisdicción no se lo permita por protocolos y políticas del Centro Médico Naval:

...incluso va si ella se encuentra en piso en el hospital va, este, va a verme, y me dice: “Hola, Ada, este... Pedí permiso para verte a ver, este... ¿cómo te sientes? Este... ¿cómo está todo?”. Porque, obviamente, hay áreas donde ella no puede entrar ¿no?, pero siempre ve la manera como de... de estar, de irme a ver, aunque sea a camilla o a donde me tengan siempre. Siempre llega, ¡Siempre! Entonces eso me hace como sentirme muy reconfortada...(Ent. 6: p. 277)

También es alguien que la invita y orienta a acudir al médico cuando la situación rebasa los conocimientos y capacidades:

...ella [es] a la que recorro y ella me dice: “¿Sabes qué, Ada? A ver, respira, cálmate, vamos a hablar, ¿qué tienes?, ¿cómo te sientes? Le vamos a hablar al médico y todo va a estar bien”. Entonces debo tener que me siento muy tranquila, muy calmada y ya de repente es así como de “¡Ah! Bueno, ¿sabes qué? Ya, ya estoy en... con el médico”...(Ent. 6: p. 277)

Una persona a quien se le tiene una mayor confianza por no involucra sentimientos, alguien con una mirada objetiva y a quien se le pueden expresar palabras o aspectos que a la familia no:

...realmente esa parte, y es ahí donde ustedes entran muchísimo, porque yo todo este tiempo he tenido como ese acompañamiento psicológico mmm... y yo aparte también he sido como mucho de: “si me siento deprimida vamos al psicólogo (*ríe*) vamos a terapia todos”. Sí soy fan de las terapias porque independientemente de algo –se lo comentaba a Y. en una ocasión– no es lo mismo platicarlo con mamá y papá, por mucha confianza que les tengas, a una persona profesional en esa área y que tu le cuentes no que lo vea desde otro ángulo no tan subjetivo y así como más objetivo: “Estás haciendo mal las cosas, Y. o esto”, ¿no?... (Ent. 2: p. 230)

Aunado a la apertura que tiene con la interlocutora al permitirle llamarla aunque sea horario de madrugada:

Si a las dos de la mañana siento un ataque de crisis (*ríe*), yo sé que le puedo llamar y ahí está la pobre. O sea, ese tipo de acompañamiento está bien porque no está limitado en un horario en el que digas: “¡Ay, no! Después de las 9 no me marque”, no ha sido así.(Ent. 5: p. 267)

Con todo, cada uno de los fragmentos hasta aquí recuperados permiten comprender la representación social construida en torno a la psicóloga y la atención recibida por ella. Significativo resulta el grado de confianza que le tiene para ser la primera persona en quien piensa cuando le ocurre un evento disruptivo, de ahí que la psicóloga sea su *nueve*

*once*, un servicio de urgencias del cual puede disponer en cualquier horario del día con la seguridad de que se brindará la atención:

- ...me acerco muchísimo, es precisamente con mi psicóloga; es la primera a la que llamó porque a lo mejor también ya hay como mucha confianza. Entonces, es como mi *nueve once* (911)...(Ent. 6: p. 277)
- ...ese apoyo que yo he tenido hasta la fecha ha sido como muy básico, ¿no? Yo, por ejemplo, aquí les pongo así de: “¡Ay! La psicóloga A.”, y no voy a llamarle o algo así, ¿no? porque realmente es mi apoyo y cuando yo me siento muy mal es: “Me siento mal porque me duele aquí y me duele allá” este... y tengo roto el corazón (*ríe*) o así.(Ent. 2: p. 231)

Este tipo de acompañamiento psicológico es singular por mostrarse como un servicio personalizado, al considerar a la psicóloga una amiga:

...tengo mi acompañamiento psicológico y que a lo mejor ya no es tan real, porque ya se ha convertido prácticamente en mi amiga (*ríe*). Le cuento y pues ella hace su trabajo, ¿no?(Ent. 5: p. 266)

Dando como resultado que de este servicio no puede disponer cualquier persona fuera del servicio médico naval, al menos desde la experiencia singular de la interlocutora:

**Antonio:** Nadamas para confirmar, a ver si lo entendí bien, nos comentas que puedes llamarle a la psicóloga a la hora que lo necesites, ¿esta labor es por protocolo, o es ella por ser psicóloga del hospital naval tiene que atender en todo horario a quien lo necesita, o es por lo mismo que nos platicaste que ya se hizo tu amiga?

**Ada:** Considero que es más porque es mi amiga (*ríe*), pero la mayoría de los psicólogos en el hospital de verdad son un encanto de personas... eh... siempre dan su número, aunque está prohibido dar su número personal, o promocionar sus servicios particulares pero la mayoría brinda ese servicio por empatía, eh... de ver la situación en la que te podrían encontrar... y si te dicen “márcame a la hora que tú necesites”, no pasa nada. Obviamente, mucha gente no lo hace por pena, por educación, pero realmente ellos están muy abiertos con los pacientes de cáncer, enfermedades renales y así la mayoría se pone a tu disposición a la hora que tu quieras llamarles, y eso se me hace un buen gesto (*ríe*). Todos ellos, como equipo, son de las personas que han llegado a hacer labor social; hacen lo mismo y siento que es un apoyo que no debe faltar, porque, a veces, cuando más lo necesitas –en las madrugadas– y que alguien te pueda asistir es lo mejor.(Ent. 5: p. 268)

En conclusión, la representación social de la atención psicológica no solo comprende el servicio en sí mismo, sino a la persona que lo brinda. La psicóloga como *nueve once* no es solo una persona brindando un servicio configurado en el modelo de la terapia breve, es decir, una atención que dura entre 5 y 8 sesiones (Hewitt y Gantiva, 2009), sino una atención personalizada y más dirigida a la profundidad del acompañamiento. En este sentido, estaríamos hablando que del sentido común producido por la reproducción del modelo de abordaje en periodos cortos de tiempo relativo a relegar a un aspecto contextual lo sistémico y profundo de la experiencia, encontramos en la interlocutora una clara

actualización por el vínculo generado con su psicóloga, quien finalmente, también es una colega del lugar donde ella labora.

### 6.2.3 El pilar de todo

El diagnóstico de cáncer compartido a un integrante familiar tiende a producir modificaciones en la dinámica al interior de la familia, obligando de esta manera a reorganizarse. Al igual que el proceso de desestabilización irreversible o la interrupción de las rutinas y actividades cotidianas realizadas por la persona que acaba de recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica, la misma alteración absorbe a los familiares de esta persona. La misma familia se ve implicada en un ejercicio inherente a la enfermedad en el que debe otorgar respuestas ante el desajuste supuesto por ella (Herzlich, 2005). Entre algunas de las modificaciones se han documentado los costos, traslados, delegar por parte del paciente tareas a sus demás familiares, cuyas consecuencias inmediatas son la sobrecarga de los cuidadores, así como las dificultades en relaciones intrafamiliares (Kübler-Ross, 1993, 2018). En este apartado analizamos las representaciones sociales construidas por la interlocutora alrededor de los vínculos establecidos, sus modificaciones y sus efectos con los integrantes de su familia.

El apoyo brindado por la familia es percibido por la interlocutora como un apoyo fundamental, como el pilar de todo, un soporte que mantiene sostenida, en este caso, a la interlocutora para evitar que se derrumbe o manifieste emociones y sentimientos displacenteros o desagradables:

...son como tus [...] pilares, ¿no? [...] tu familia; no hay más, o sea, si no tienes el apoyo de tu familia te derrumbas... (Ent. 2: p. 234)

Y los esfuerzos que esta realiza para evitar que dicho suceso ocurra tienden a interpretarse a través del apoyo y contención emocional, los ánimos que brindan y el sentimiento de conexión que emerge en el vínculo:

...para mí ha sido como muy fundamental el apoyo de mi familia, principalmente porque creo y considero que son como el *pilar de todo*; de decir: “¡Tú puedes! Échale ganas, estamos contigo”. Eso para mí ha sido fundamental, sin dejar el apoyo emocional que te puede brindar un amigo, tu pareja o quien esté contigo, siento y considero que ehm... esa parte emocional es fundamental no solo en mi caso sino en todas las situaciones que se viven de este tipo ¿no? (Ent. 1: p. 219)

De igual modo, este apoyo familiar es percibido a través de los efectos que produce en la salud, es decir, se convierte en un medicamento con influencia en el bienestar:

- Y que al final de cuentas también son parte de esa medicina que te ayuda o te alienta a querer salir del problema. [...] el apoyo de quienes te rodean también influye bastante en ese bienestar emocional.(Ent. 1: p. 219)
- Ese confort que te da la familia, yo creo que es la mejor medicina.(Ent. 6: p. 301)

Aunque también es reconocida por la falta de conocimientos relacionados con los efectos que tienen los medicamentos utilizados para tratar el cáncer o la manera en la que se debe actuar frente a una crisis:

- ...cuando lo vienen a ver los familiares de la persona con cáncer dicen: “Bueno, sí tenía cáncer, pero resulta que ahora le dio hepatitis”. No tienen la información suficiente para entender que el cáncer no ataca como que “¡Ah, me dio en un dedo!”, y ya. ¡No!...(Ent. 4: p. 254)
- En situaciones de crisis, por mucha explicación que den los médicos, ellos no sabrán qué hacer.(Ent. 3: p. 243)

En resumen, la familia como *pilar de todo* es una construcción derivada del apoyo fundamental y vital que brindan a la interlocutora tras recibir el diagnóstico de cáncer de estómago y los efectos percibidos que tiene este tipo de práctica sobre su bienestar. No obstante, la interlocutora permitió entrever que este apoyo no siempre se percibe y se sostiene de la misma manera, como lo fue en el caso de la falta de familiarización con el fenómeno del cáncer y sus tratamientos. En su discurso experiencial en torno al curso de la enfermedad, ha permitido dar cuenta de dos situaciones contrariadas: una primera reconociendo aquellas acciones que hace su familia para generarle beneficios y, una segunda, encauzada a los eventos iatrogénicos que producen las mismas acciones u otras que iremos mostrando. Cada una de las respuestas de la familia en función de su beneficio o percibidos contra él, también se ven atravesadas por la manera en la que su familia afrontó la noticia enfermedad, por lo que antes de recuperar los testimonios relativos a beneficios y perjuicios, exponemos la manera en la que la familia tomó la noticia de la interlocutora.

Al compartir el diagnóstico de cáncer en el estómago, acción ocurrida tiempo después de haber sido sometida a diversas intervenciones que ocultó a la familia, percibió diferentes respuestas. La respuesta de su madre fue equiparada a una conducta propia de las madres, el llanto, derivado de la asociación a la muerte que tiene el cáncer, es decir, la posibilidad de perder a su hija:

- Mi mamá... no pues las mamás siempre lloran, ¿no? Entonces las mamás son como más sentimentales, más apegadas, más todo, y mi mamá sí pasó esa parte de decir: “Es mi hija, se me puede morir”...(Ent. 2: p. 232)
- Obviamente, mi mamá lo tomó de una forma muy diferente; mi mamá pues sí lloró mucho.(Ent. 4: p. 257)

En el caso de su padre, percibió una respuesta *clásica* de un padre caracterizado por su formación en la Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), conservadora, hermética, rigurosa, disciplinaria y con poca expresión emocional:

- ...mi papá no afrontó de la misma manera mi enfermedad, ¿no? [...] con respecto a papá, es muy complicado porque es *el clásico papá ex Sedena*, con ciertas ideas muy arraigadas, y que nos ha costado mucho a todos, no sólo a mí, como de tratar de mantener comunicación con él, porque él... si él dice es azul es azul y ya te fregaste, ¿no? (*ríe*) y a lo mejor esa fue su educación, ¿no? y esa fue su formación también.(Ent. 2: p. 232)
- mi papá fue, de alguna manera, *más frío* [...] y ya, hasta me regañó (*ríe*). (Ent. 4: p. 257)

La respuesta de sus hermanos fue percibida a partir de los ánimos brindados y la de uno en particular que fue percibida como anulación o disminución del impacto que para la interlocutora produjo:

- Mis hermanos así de: “Pues le vamos a echar ganas”. Y tú: “¡Sí, claro!”...(Ent. 2: p. 233)
- ...mis hermanos todos sorprendidos, y uno sí me dijo: "Vamos a poder, hermana", como si no pasara nada...(Ent. 4: p. 257)

Por último, la respuesta de sus hijos al recibir el diagnóstico no aparece explícitamente en el discurso, sin embargo, se permite inferir que se les fue ocultada al inicio como se observa en el siguiente fragmento del testimonio:

- Antonio:** ¿Cómo influye el tener experiencias cercanas al cáncer?
- Ada:** Influye en muchos aspectos de la vida. [*Por ejemplo*] en cómo toma la noticia tu familia o cómo te escondes de tus hijos y que ellos no sepan por qué lloras o por qué te quejas.(Ent. 3: p. 241)

Como se puede observar, a la luz de la TRS, la conducta o las respuestas conductuales de su familia tras haberles sido compartido el diagnóstico de cáncer de estómago estuvo tácitamente orientada y significada a raíz de los papeles o roles que cumple cada integrante en la familia: la madre, expresiva emocionalmente, frente a un padre que no lo es, los hermanos como acompañantes fraternos y la evitación a compartir una noticia disruptiva a los hijos.

Todas estas observaciones permiten comprender la manera en la que son percibidas las acciones dirigidas, por un lado, a los beneficios y, por el otro, a los



perjuicios. En relación con las primeras, identificamos que la familia, los padres particularmente, son percibidos como personas que buscan alternativas de atención y tratamiento para la ulterior recuperación de la interlocutora:

- No hay persona que no busque alternativas, para darle una mayor calidad de vida a sus pacientes y que no haga hasta lo imposible, buscando opciones para que su familiar o paciente mejore.(Ent. 4: p. 256)
- El apoyo también de la familia de decir: ¡Te voy a comprar este, estos jugos, estos *Ensure*<sup>44</sup>, estos... ¡Todo!” para poder mantenerte anímicamente bien”.(Ent. 2: p. 231)
- A veces me ha tocado escucharlos [*a sus papás*] hablar a escondidas de mí sobre qué pueden hacer, sobre qué me podrían dar, de remedios que les dijeron que tomara.(Ent. 3: p. 243)

También son personas que ayudan a cuidar a los hijos cuando se presenta una situación que compromete las actividades de la interlocutora:

...salgo, dejo a mis hijos ahí abandonados (*ríe*) con mi mamá...(Ent. 5: p. 272)

Que ayudan a focalizar la atención sobre algunas otras actividades que no sean necesariamente relacionadas con la enfermedad, sino dirigidas a la recuperación:

...mi papá [...] me dijo: "¡Vamos! ¡Tú puedes! Todo normal, tú no te enfoques en eso [*en el diagnóstico*], vamos a echarle ganas con el medicamento"...(Ent. 4: p. 258)

Incluso las atenciones recibidas por los hijos son percibidas como benéficas para la salud por su potencial reconfortante y restaurador:

- ...ahorita es ese momento en el que ahora tus hijos te abrazan y te reconforta el alma, te restauras [...] El lazo se ha vuelto muy, muy, muy, muy, muy fuerte.(Ent. 6: p. 288)
- Entonces la relación con ella [*con su hija N.*] es muy chistosa porque aunque no habla al cien porque apenas empieza, sí es como “¿mamá triste?”, este... “men, men, men”, ¿no? Y te abraza “¡abazo!...” este... “... a mamá tiste... ¡beso!” y así cositas y pareciera que lo entiende. En cambio, mi [*hijo*] M., que es un año o un poquito más grande que ella [V.], es así como de: “¿Mamá, estás mal? Hmm, ah okey, ya me voy”, ¿no? (*ríe*). O sea, ¡Se va! O sea, simplemente se va, ¿no? y mi hija, la más bebé, así como “¿mamá tiste? Abazo, beso, abazo, beso, abazo, beso”, y ya te dice: “¿bien?” y así como “sí, ya me siento muy bien” y es como que se va, ¿no? Como que se preocupa...(Ent. 6: p. 289)

Y, en el caso de un familiar en particular de quien destaca, en palabras de la interlocutora, el *desvivirse* por ella, es decir, la muestra de comportamientos poco frecuentes cuya característica principal es el estar *muy al pendiente* de lo que le sucede y otorgarle ánimos para continuar:

---

<sup>44</sup> El *Ensure* es un suplemento alimenticio que contiene diversas vitaminas cuyo objetivo es ayudar al cuerpo a sanar tras una lesión o cirugía.

Yo tengo un tío en especial, hermano de mi papá, que de verdad pareciera que él es mi papá, o sea, él es este... "Oye..." –porque él me dice negra–, me dice: "Oye, negra, este... ¿qué onda? este... ¿Cómo estás, mamita?, ¿qué has hecho?, ¿te sientes bien?, ¿te sientes mal?" Siempre está muy al pendiente, o cuando le digo "No, pues mire, voy a hacer unos... no sé, una certificación en tal", "Tú puedes corazón, este... cualquier cosa, yo te quiero mucho y ya sabes que te quiero un *chingo*", y esas son sus palabras, eh... Entonces dices: "¡Ay, qué bonito!", ¿no? Entonces a mí me nace siempre, cuando me habla, y me pasó ahí hablando con él y siempre tengo tiempo para él, toda la vida, entonces siempre soy como muy expresiva, así de: "Ay, yo también lo quiero mucho", ¿no? "Yo también lo adoro", y "Ay, sí, luego cuando venga vamos por una cerveza" y cosas así, ¿no? Es como el tío buena onda [...] mi tío sí es así, ¿no? "Yo estoy súper orgulloso de mí negra!", ¡Y no! Y se *desvive*, ¿no?(Ent. 6: p. 296)

Por otro lado, en relación con las acciones percibidas como perniciosas, la lista se amplía en mayor grado que la de los beneficios. Cabe mencionar que estas acciones no son percibidas explícitamente como perniciosas, sino que se convierten en perjudiciales por la preocupación excedente y los cuidados excesivos brindados por la familia sobre la interlocutora, es decir, el exceso de actos afectivos y de cuidado son percibidos como conflictivos por las dificultades presentes en la comunicación al no acatar sus peticiones:

...a lo mejor ellos no lo hacen con una mala intención, porque obviamente al verme ahí toda derrumbada pues quieren saber de mí, ¿no? Pero no entienden el concepto de "¡Necesito estar sola!". La comunicación ahí me ha fallado muchísimo con ellos. He intentado mil formas de hacerlos entender el proceso por... en el que me encuentro ahora y siguen sin entenderse.(Ent. 6: p. 284)

Bajo este orden de ideas, la familia es percibida por la interlocutora como una *debilidad* ya que, al ser también su *pilar de todo*, considera que no podría enfrentar las situaciones adversas que supone el tránsito por la enfermedad:

...dentro de mis debilidades está mi familia [...] es horrible y principalmente mi familia, esas son mis debilidades, es decir, ¡Rayos! no puedo estar si no está mi familia.(Ent. 5: p. 274)

Por lo que, en consecuencia, también son percibidos como un compromiso que cae sobre sus hombros, no por considerarlos una carga, sino por las responsabilidades que percibe la interlocutora que debe cumplir –ante quienes debe permanecer de pie, continuando– como proveedora en su familia:

– ...“Mira, Ada, estás enferma; recaiste”, y a lo mejor para ti es lo más negativo que puede existir el recaer, ya que cae sobre tus hombros tus hijos, tu familia...(Ent. 5: p. 268)  
– ...que te digan: ¿sabes qué? Recaiste y volver a empezar, ya es como ya mi último jalón (*rie*), y ha sido complicado, chicos, mucho, mucho porque lejos de ser una persona que a lo mejor esté enferma, tengo tres pequeños por los que seguir. Tengo la obligación (*rie*)... de solventar a mi familia, tengo la obligación de *seguir de pie*, no solo por mí sino también por mis hijos pequeños...(Ent. 5: p. 265)

Otros conflictos, percibidos como actos que *cuarteán* la relación, es decir, fracturan y conflictúan la relación intrafamiliar, emerge ante los cuidados cuando la interlocutora es incapaz de desplazarse y realizar sus actividades cotidianas tras recibir una quimioterapia o por la sintomatología característica del cáncer de estómago (náuseas, vómito, sensación de saciedad). Específicamente, estos conflictos derivan de la asociación cultural existente entre la buena salud y la alimentación, es decir, siempre se debe comer aunque no se tenga hambre (Palacios, 2013), deben ser solo 3 comidas por día, no como indica el médico con colaciones entre comida, o el dar alimentos contraindicados en cantidades pequeñas generando tentación:

- ...la familia no debe llevar los cuidados porque no tienen los conocimientos necesarios para atenderte en una crisis. Suelen provocar tentaciones con alimentos que sabes que no debes comer y te dicen que no te hará daño un cachito. Tampoco son buenos siguiendo las dietas, por ejemplo: mi mamá sabe que tengo que comer cinco veces al día. Hay ocasiones en las que por las quimioterapias debes permanecer en reposo absoluto y en cama y mi mamá me sube únicamente el desayuno, luego la comida y en la noche la cena. Se le olvidan las colaciones. (Ent. 3: p. 243)
- ...luego mi mamá como que es un poquito... mmm... ¿cómo puedo decirlo? ¡Ah! No encuentro la palabra ahorita, pero mamá es así de que si le digo “Mami, no quiero comer”, ¿no? ¡Sí! Muy insistente, ¿no? Dice: “No, sí. Sí tienes que comer”, ¿no? “Mira, te traje fruta”, ¿no? “Mira, te traje esto” y yo así de “¡No! Ya no quiero, ya no quiero” y llega un punto en el que siento que con ella pierdo la comunicación y llega un punto que sí he estado como, eh... en mi peor ehm... ¡Ay, no! Como en mis 5 minutos de decirle “¡QUE NO QUIERO NADA!” y se sacan de cuadro y así. Y yo así como de “Ay, creo que reaccioné muy mal” (*ríe*) y más porque es mi mamá, ¿no? y ya no, como que su carita así toda apagada y digo: “Ay, mamá, perdón, perdón”, ¿no? Pero obviamente ya la regaste, entonces siento que la comunicación aquí en casa a veces falla porque no logran entender que a veces necesito estar sola para asimilar ciertos procesos y el que me estén diciendo “oye, oye, oye, oye”, como que llega un punto en el que “¡YA! ¡POR FAVOR!” Y me sacan de mi centro y digo: “¡YA!”.(Ent. 6: p. 285)

También deriva de la falta de comprensión percibida por la interlocutora ante las alteraciones supuestas por la enfermedad. De modo tal que surge el pensamiento de que su familia la percibe como alguien que se encuentra en un estado óptimo:

- ...a veces no es tanto la enfermedad sino mi familia, que a veces no comprenden los dolores que puedo llegar a tener, las molestias, el cansancio, mis pequeños exigiendo espacio, tiempo y como me ven muy "como si nada", ellos piensan que *ando al cien* y no *ando al cien*<sup>45</sup>.(Ent. 4: p. 258)

Aunque estas respuestas también son producto de su resistencia y sus esfuerzos por ocultar ante ellos el cómo se siente. De esta manera, refiere, evita escenarios dramáticos con ellos:

---

<sup>45</sup> La expresión *ando al cien* se utiliza como analogía para dar cuenta de que uno se encuentra con el cien por ciento de energía, es decir, se tiene ánimo e ímpetu para realizar diversas actividades.

...para evitar ese tipo de dramas –se escucha feo de dramas– como que evito mejor decirlo, ¿no? o ya lo mido o lo maquilló un poquito, así de “Ah, sí me duele, pero es parte de”, “Mira, no te preocupes, todo bien. Estoy bien”, y ya. (Ent. 6: p. 280)

Simultáneamente, algunos integrantes de la familia son percibidos como personas que no comprenden las peticiones de dar tiempo o dejar sola por un momento necesario a la interlocutora:

...con mi familia es “sí, dame mis 5 minutos y te digo”. Mi mamá es de: “¿Ya estás mejor?”, y yo: “¡Qué no quiero hablar con nadie!”, ¿no? Y yo así: ¡Por favor, denme mi espacio!”. [...] Entonces... y menos con mis hijos ¿no? Mi hija, a lo mejor la más grande sí es así como de “okey, mamá”, este... “¿Todo bien? ¿Sí? Bueno, vuelvo cuando tú me llames, ¿sale?”. Después digo: “Ay, por fin”, ¿no? Ya mi hija sabe que salgo: “Oye, V., este... ven” y ya viene, ¿no? Pero mis otros 2 pequeños es así como que les vale, ¿no? Y mi mamá los utiliza mucho por qué les dice: “Vayan a ver a su mamá, porque seguro a ustedes ni les va a gritar”, ¿no? Pero yo arraso parejo, ¿no? O sea, “tú no debes de estar aquí, fuera de aquí, órale los dos”, ¿no? “*amonos*” y ya se los llevan y más me enojo, ¿no? (Ent. 6: p. 284)

Con el mismo sentido hasta aquí seguido, otros casos aislados que se añaden, mediante los cuales la relación con la familia se percibe como conflictiva y pernicioso resultan de las ideologías sostenidas, como lo es el caso de ciertos ápices de machismo por parte del padre o, en el caso de uno de los hermanos ante la negativa de mostrarse frágil y vulnerable frente su hermana:

– Siento, a la fecha, en que mi papá todavía tiene ciertas ideas machistas porque al tener yo tres hermanos he visto como que con mis hermanos sí es así, ¿no? De que a mi hijo es un *fregón*, que no sé qué y conmigo es así como de “ah, pues está bien”. ¿Sí me...?, ¿Sí me agarran como la onda?, ¿no? Entonces tú dices “¡Osh!”. O luego hay... obviamente, cada uno tiene sus cualidades, siempre es así como “Ay, mis hijos son esto y esto y esto, ¿no? pero tú, hija, este... Ah, pues normal (*ríe*), cosas así. (Ent. 6: p. 287)

– Tal vez [evita a Ada] porque está bloqueando una parte de sus sentimientos o emociones, de no querer expresarse, o de, tal vez, no verse frágil, vulnerable, ante mí (*ríe*).

Y, el caso de uno de sus hermanos que sí puso en operación el ejercicio de rechazo, o bien, de alejamiento de ella por la angustia generada frente a la enfermedad de su hermana, es decir, se alejó en función de sus defensas psicológicas:

– ...uno de mis hermanos es quien definitivamente sí me dijo: “¿Sabes qué? Para mí es muy complicado verte así, ehm... no me puedo acercar a ti porque simplemente no, pues no puedo eh... asimilar de la mejor manera...” o... en su momento me lo dijo: “no puedo asimilar la situación igual que tú (*enfatisa*) la situación por la cual estás pasando porque, pues, al final de cuentas pues eres mi hermana, mi única hermana, y el verte así tan vulnerable es complicado de... de... pues de entender y me cuesta mucho trabajo acercarme a ti; simplemente prefiero alejarme” y fue él el que más se alejó después de que era como el que estaba más apegado conmigo, ¿no? y fue algo muy... (*ríe*)... muy de emociones encontradas porque, pues, no esperaba que reaccionara de esa manera. Al contrario de mis otros hermanos que están como que al cien, ahí a su manera, pero están, pero él definitivamente como que marcó su línea.

– ...te lo puedo decir con certeza, es el que más se ha alejado de mí. Él, pues, de alguna manera me ve y me evita. [...] Hasta la fecha sigue como muy distante, no se involucra mucho conmigo y dice lo necesario. Entonces es, creo, porque bloquea sus sentimientos y dentro de esos sentimientos, esa emoción tan negativa que tiene acerca de la enfermedad y no es capaz como de expresar el dolor que puede llegar a sentir. Y esa es su manera de decirlo, ¿no? Que tiene miedo tal vez, o siente dolor, pero su mecanismo de defensa fue, simplemente, retirarse, alejarse de mí.

Finalmente, todavía cabe señalar que frente a estas dificultades presentes en las relaciones intrafamiliares, la interlocutora señaló algunas recomendaciones que puedan ayudar a actualizar las representaciones sociales que guían las acciones y respuestas de la familia y sus integrantes durante el curso de la enfermedad.

Unas primeras recomendaciones giran en torno a la unión, refuerzo y mantenimiento de las relaciones intrafamiliares, por medio de la invitación a acudir cada uno de los integrantes a terapia psicológica, un aspecto en el que la interlocutora ha intentado conseguir avances, pero ha tenido limitaciones:

...la primera vez de llevarlos a todos a terapia de los cuáles sólo aceptó mi mamá, mi hermano el más chico y mi hermano el de los más grandes, ¿no? Mi papá y mis otros hermanos son así como de “¡Ay, no! ¡Qué flojera!”, ¿no? Así que “¿cómo crees?”. Eso es algo que también como que te pega de “auch”, ¿no? Porque tratas como de jalarlos. Aquí todos estamos sanos en todas sus emociones, pero no se prestan. [...] mi mamá [...] lucha contra sus propias cosas, sus propias ideas y la veo esforzarse y digo: “Bueno, al menos lo intenta”, ¿no? Pero los demás no, y es “¿De qué sirve que unos sí y otros no?”. Al final se vuelve un caos otra vez y muchas veces los han intentado llevar a terapia familiar –o, bueno, creo que así se le llama–, a terapia familiar y no quieren. Entonces como que no me ayuda mucho esa parte. Sí se ha intentado, pero no quieren. (Ent. 6: p. 285)

Esto último con la intención de unir a la familia y permitirle a quien atraviesa por una enfermedad refugiarse en ellos, en el cariño que le puedan brindar:

...necesita como que unirse más con su familia [...] que se refugie mucho en la parte del cariño de la familia, ¿no?... (Ent. 7: 303)

Y en el caso de la familia, permitirse a ellos mismos dejar fluir las emociones emergentes, permitirse llorar y expresarse porque el bienestar emocional de uno es transmitido al otro:

...permítete a ti también, familiar, llorar, expresar, sentir, y después de que lo expreses, solamente deja fluir todo; deja fluir tus emociones y al estar todos con menos carga emocional, pues avanzamos todos juntos y es más fácil que ayudes a alguien si estás mejor en esa parte emocional, y al estar bien tú, pues le transmites lo mismo a tu paciente. (Ent. 7: p. 303)

Aunado al no tratar a un enfermo como enfermo sino acompañarlo en silencio o seguirse comportando con esta persona como se hacía antes de haber recibido el diagnóstico y

evitar de esta manera que le sobrevengan emociones o sentimientos displacenteros. No relacionarse con su enfermedad, sino con la persona<sup>46</sup>:

...a veces basta con que ustedes estén ahí en silencio y de alguna manera seguir tratándonos como personas normales. A lo mejor va a haber muchas limitaciones físicas o a veces unos bajones emocionales, pero nos basta con que ustedes lejos de decirnos: “Ay, échale ganas; todo va a salir bien”... nos digan: “Oye, qué onda, ¿vamos por un helado o qué?” (ríe), cosas así porque al estar enfermo y que te traten como enfermo... a veces no ayuda mucho porque te hacen sentir “ay, es que estoy enfermo y por eso me tratan así; y ay, es que me tienen lástima; y ay, es que...”, o sea, pensamientos muy negativos, ¿no? Y que si la persona no está bien emocionalmente se bajonea más. Entonces los espacios, el poder entender a alguien, el tener un poquito como de empatía de decir: “O sea, sí está enfermo, pero yo lo voy a tratar pues no mal” [...] Trátalo como siempre lo trataste. Dale su espacio para que pueda sacar lo que él tiene o ella tenga. (Ent. 7: p. 303)

En conclusión, con este apartado, identificamos, por un lado, que las representaciones sociales de la exclusión o rechazo del *paciente enfermo* (Herzlich y Pierret, 1985; Herzlich, 2005) se interiorizaron casi de manera pasiva por uno de los integrantes de la familia, quien destacablemente tenía al inicio un vínculo sólido con la interlocutora. En el caso del padre, pese a presentar también cierto alejamiento, consideramos que este es en mayor medida por la actitud que tiene a su formación en el ramo de la Defensa Nacional.

En relación con la representación social de la interrupción de la vida cotidiana de la familia, viviendo sus propios momentos de afrontamiento ante el diagnóstico de una enfermedad crónica y la necesidad de responder ante las representaciones sociales de la última, identificamos que se construyeron a partir de la manera en la que la interlocutora percibió el papel que cumple cada uno de los integrantes, así como los efectos que tuvieron en su propio proceso de salud y enfermedad. Fue su misma experiencia y la actitud ante ella lo que le permitió configurar una representación social de la familia como *Pilar de todo* a condición, principalmente, de las emociones y sentimientos de plenitud, cariño y confort atados a ella.

No obstante, a raíz de la manifestación de otras emociones y sentimientos displacenteros, tales como la angustia, la ira, el enojo, la tristeza, el resentimiento, la incomprensión, entre otras, llevaron a construir una visión de la familia como debilidad y foco de dificultades en la comunicación. Razón por la cual se plantean algunas recomendaciones que permitan actualizar las conductas y respuestas de familiares y

---

<sup>46</sup> De este aspecto haremos un análisis con mayor detalle en la siguiente categoría, *El opio de la felicidad*.

personas con cáncer en función de la comprensión y beneficio mutuos: acudir a terapia psicológica todos los integrantes de la familia, permitir la expresión emocional, fortalecer o dar mantenimiento a los vínculos intrafamiliares, todo a consecuencia de actualizar la representación social sostenida del *paciente enfermo*, una persona que debe recibir tratos especiales, a una de una persona que atraviesa una enfermedad, pero sin relacionarse poniendo como eje a la última, sino como si el diagnóstico no tuviera un valor tan importante.

### 6.3 El opio de la felicidad

Bajo la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) las manifestaciones emocionales alrededor de la enfermedad del cáncer han sido identificadas en función de su asociación a lo displacentero y desagradable. De entre las más destacadas se ha identificado el dolor, miedo, enojo, la tristeza, culpa, desesperación, desesperanza y vergüenza. Estas expresiones son producto de los efectos que causa el curso por la propia enfermedad, así como de los tratamientos y las alteraciones a la vida cotidiana (Sontag, 2008; Castaño y Palacios, 2013). Si bien es cierto que esto último ya ha sido analizado líneas arriba, en este apartado se encauzan en otra dirección. En este apartado analizamos las representaciones sociales construidas a partir de los esfuerzos realizados por la interlocutora por disminuir, evadir, evitar, desplazar o, en medida de lo posible, neutralizar las emociones y sentimientos de carácter negativo que puedan emerger durante el curso de la enfermedad.

En este sentido, el opio de la felicidad, surge como una crítica a las representaciones sociales que se imprimen al sentir dolor y sufrimiento, y la negativa a expresarlo o hacerlo visible. Comúnmente, las prácticas condicionadas por el temor y la evitación al sufrimiento y al dolor, son producto de la sociedad que impone un sistema de producción competitivo y productivo (Herzlich, 1985, citada por Castro, 2000), por lo que la emergencia de lo displacentero se contrapone a sus objetivos (Han, 2021).

En el primer apartado analizamos las representaciones sociales a partir de las cuales se significó la transición del momento de vida de la interlocutora donde no existía la enfermedad a aquel de la emergencia de la enfermedad, es decir, cómo se percibe a un *enfermo*, cómo pasó a ser percibida por algunas personas que configuran sus relaciones interpersonales, y cómo se percibe ella ante su enfermedad.

En el siguiente apartado analizamos la dirección que siguen las acciones de la interlocutora en contraste a las representaciones sociales de incapacidad, inactividad y dependencia en función de percibir su resistencia a verse como una *enferma*.

Finalmente, en el último apartado, analizamos las representaciones sociales construidas por la interlocutora que le han permitido dosificar, evadir o neutralizar las manifestaciones y expresiones emocionales displacenteras en función de continuar realizando sus actividades cotidianas de forma independiente.



### 6.3.1 De aries a cáncer

La reorganización y readaptación al curso interrumpido de las actividades cotidianas de la vida implica un proceso de transición de una condición inicial a una resultante. El percibirse antes como una persona sana y después como una persona enferma requiere un trabajo cognitivo mediante el cual la persona habita nociones culturalmente construidas, o bien, interioriza aquellas diversas representaciones sociales que configuran cada una de las nociones antes enunciadas (Herzlich y Pierret, 1985). En este apartado analizamos las representaciones sociales a partir de las cuales se asumieron pensamientos y acciones al percibirse como una persona enferma, así como las consecuencias que tienen estas sobre la manera en la que es percibida la interlocutora por terceros, es decir, su familia y sus médicos tratantes.

El proceso de transición aparece significado por la interlocutora a partir de las palabras enunciadas en el título de este apartado. De manera humorística, el *cambio* de una condición de vida a otra muy diferente fue compartida a uno de los progenitores con una carga emotiva significativa por lo doloroso que resultó recibir la noticia del diagnóstico de cáncer de estómago:

...fue muy duro porque yo bromeaba y a ellos [*los familiares*] como que no les gustaba ese tipo de comentarios, era tipo de “no inventes, ya hasta cambie de signo: *de aries a cáncer*”, ¿me entienden? (Ent. 4: p. 256)

El cambio de *aries a cáncer* requiere un trabajo cognitivo a través del cual se filtran las representaciones del *enfermo*, las cuales aparecen en el discurso de la interlocutora como un individuo a tratar de manera distinta a como era tratada anteriormente:

...no trates como enfermo a un enfermo, ¿no? Tú síguelo tratando con el mismo cariño, broméalo igual, invítalo a todos lados... (Ent. 7: p. 300)

Es también una persona que se deprime y se *apaga*, es decir, manifiesta expresiones emocionales de tristeza, dolor, sufrimiento y conductas de aplanamiento o desgano, por lo cual son personas a las que se les debe brindar apoyo y animar a continuar:

– En mi caso cuando he visto a las personas [al interior del hospital] como muy deprimidas, es así como: “vamos, sí podemos...este... tú puedes, échale ganas”... (Ent. 1: p. 220)  
– Tengo un colega que tiene un cáncer en la garganta y a él lo veo muy deprimido. Yo le digo que hay que estar con la mejor actitud, que le eche ganas, pero él está muy deprimido, *apagado*. (Ent. 1: p. 218)

Y también una persona que a veces oculta su sufrimiento, impidiendo que los familiares conozcan la situación:

...el hecho de tener a mi abuela paterna en provincia es un poquito complicado, porque no sabían lo que tenía, nadie se movía. [...] Posteriormente, en el caso de mi otra abuela eh... fue también como muy similar porque ella no decía nada, aunque le preguntáramos, o así, no decía nada... (Ent. 5: p. 264)

Aunado a esto, las respuestas que deben tener terceros cuando una persona está enferma, una persona que, de no estar en actividad, es porque existe alguna limitación o complicación supuesta por la enfermedad:

...llega el día que no me levanto de la cama y es ahí donde todos se preocupan... (ent. 4: p. 256)

Observamos que las representaciones sociales del *enfermo* aparecen explícitamente en el discurso de la interlocutora. Sin embargo, cabe mencionar que estas representaciones obtienen un mayor peso porque son similares a las representaciones bajo las cuales sus colegas médicos se comportan con ella.

Para sus colegas y médicos tratantes, un *enfermo* es una persona frágil y débil, una persona con una discapacidad:

– ...[a] los compañeros del trabajo [...] les digo que me regañen y que me hablen con la verdad. Pero aún así te ven como alguien frágil, diferente a decir que te ven como si tuvieras una discapacidad. (Ent. 3: p. 243)  
– ...una persona con mucho dolor, cercana a la muerte, que sufre. Como común denominador sería una persona débil y frágil. (Ent. 3: p. 243)

Estas últimas con consecuencias particulares respecto a la manera en la que se le percibe la interlocutora, también una persona enferma, como una víctima o alguien portador de una injusticia, alguien a mirar como de *pobrecita*:

...los compañeros médicos o las compañeras enfermeras es, como que de repente te ven [...] con un cierto tono de *pobrecita*, o sea, te *victimizan*... (Ent. 1: p. 221)

Estos a consecuencia de las defensas psicológicas de los médicos frente a una enfermedad asociada a la muerte y emergente en una amiga, una colega:

...los notas como bajoneados [...] como que ellos tienen un pesar porque te conocen. Sí los afectas de alguna manera porque el convivir con ellos a diario haces un lazo emocional... (Ent. 1: p. 221)

Aunado a ser percibida como alguien que *no puede* realizar algunas actividades, alguien inútil a quien se le debe asistir en todo momento, es decir, alguien dependiente:

...así como: “No puedes...”. *Te inutilizan*. Es decir, si yo me quería bajar de la cama era así de: “no, no, no; tú pucha el botón rojito y ahorita vengo a ayudarte a bajarte de la cama”, ¿no? “Ahorita te subo a la camilla”, ¿no? “Ahorita te acompaño al baño”, y tú así como de: “o sea, sí estoy enferma, pero sí puedo hacer las cosas”, ¿no?... (Ent. 1: p. 221)

Aunque, esta última representación social del enfermo, al menos para la interlocutora, aparece acreditada por el propio discurso médico, un discurso que justifica el porqué no debe realizar esfuerzos que la comprometan. Este situación la saca de su posición de persona inútil, un aspecto que no sucede con su familia:

Cuando se trata de actividades a realizar, ellos son muy cuidadosos, por ejemplo: cuando me toca cargar objetos pesados en el trabajo, ellos me dicen cuándo no debo hacerlo por el medicamento que estoy tomando, y pues tienen razón. Ahí me hacen sentir útil, me justifican el porqué no puedo realizar ciertas actividades. En mi familia no me dejan hacer muchas cosas o me las hacen antes de que intente hacerlas. (Ent. 3: p. 244)

Con todo, el *paciente enfermo* aparece representado como una persona débil y frágil que requiere asistencia para realizar sus actividades cotidianas, o bien, se convierte en una persona dependiente. Es una persona de la cual hay que estar pendiente de sus acciones y, en caso, de no percibirla en acción, suponer que es a consecuencia de malestares que acompañan a la enfermedad. Finalmente, esto crea una representación social derivada de lo que una persona en condiciones óptimas, una persona sana o una persona no enferma, debe realizar en una sociedad competitiva, esta es, la representación de la persona inútil<sup>47</sup>.

Con base en la forma en la que es percibido el *enfermo*, es lícito inferir que las actitudes con las cuales la interlocutora se percibe a sí misma al margen de la enfermedad van en la dirección opuesta a ella, en un ejercicio de resistencia de las representaciones sociales que determinan lo que debe ser una persona enferma.

Dicho ejercicio de resistencia, a nuestro juicio, es derivado de dos elementos: el primero por la negativa a morir de cáncer, una expresión derivada de su historia de vida en relación con la experiencia de ver morir a su abuela materna:

...después del fallecimiento de mi abuela materna por cáncer de colón [...] siempre lo dije: “si algún día me llego a enfermar de cáncer... este... yo no me voy a morir de cáncer”... (Ent. 5: p. 266)

Y, el segundo, derivado de su formación en Marina, del cual, menciona la interlocutora, se apoya de su lema para extrapolarlo a su vida:

---

<sup>47</sup> Respecto a esta última representación social, dedicamos un análisis más detallado en el siguiente apartado.

Yo me apoyo del lema de Marina en el que se dice que siempre hay opciones, sea por cielo, mar o tierra, aunque estés muy devastado y hundido, siempre habrá algo por hacer y volver a salir a flote. (Ent. 3: p. 242)

De tal manera que se permite ir en contra de una *mala costumbre* de la sociedad:

...tenemos esa mala costumbre de que todas las emociones tanto buenas como malas a veces no las expresamos y eso también es dañino... (Ent. 2: p. 232)

Los pronósticos de vida que se le compartieron desde la búsqueda de segundas opiniones en torno a la enfermedad:

...vivía, a pesar de, de todas las expectativas médicas que había, de que yo no saliera viva del parto, ¿no? (Ent. 2: p. 235)

Y la respuesta ante las intervenciones que se le practicaban. Es decir, pese a ser una enfermedad que implica someterse a intervenciones de alto impacto y con consecuencias que se imponen como obstáculos para realizar las actividades cotidianas, la interlocutora fue capaz de actuar en contra de ellas. Estas respuestas fueron percibidas primero por ella misma:

– ...me vuelven a operar [...] un proceso demasiado complicado [...] y que bueno de igual manera estuve (*ríe*) muy poquito tiempo internada como a los dos días ya andaba como igual, ¿cómo podría decirse?, muy activa; andaba caminando eh...no hubo complicación alguna... (Ent. 2: p. 228)

– ...cuando me sentía muy agotada por el dolor solo decía: "De lo malo también se aprende". [...] "Sí, yo puedo, ¿por qué no? Hay que ser positivo y todo tiene que salir mejor"... (Ent. 4: p. 259)

Luego por su familia:

Y mi mamá [...] me decía: "Yo te veo tan tranquila y positiva..."... (Ent. 4: p. 257)

Y, finalmente, por sus médicos:

– ...los médicos me decían que pues: "Te hemos operado varias veces y... en todas te mantienes así como que muy fresca, como que muy positiva, como que muy... 'no pasa nada'..." (Ent. 1: p. 215)

– incluso al día de hoy me mandaron por ahí un mensaje y todos me ven como que soy muy fuerte, ¿no? Como que soy muy... sí "fuerte"; esa es la palabra. Fuerte y a la vez como que muy determinante para hacer las cosas. Entonces, es... siempre que les digo: "¿por qué crees que es así?" y me dicen: "es que tienes mucha determinación, tienes mucha pasión por las cosas que llegas a hacer y eres como demasiado positiva; a pesar de que estás toda rota (*ríe*), siempre estás así como bien feliz, nunca tratas mal a los demás, y todo bien". (Ent. 7: p. 296)

Con todo, observamos la actualización de la representación social del *enfermo*, no solo para la interlocutora, sino también para su familia y sus médicos y colegas tratantes. Se

configura una representación social con base en el ser percibida como alguien que se resiste a morir de cáncer, alguien que aunque esté *hundido* puede volver a *salir a flote*, así como alguien que se resiste a permitirse ser percibida como alguien frágil y débil, aunque se le sometan a intervenciones con consecuencias comprometen el quehacer cotidiano.

Destacable resulta que también Ada, en su condición de *enfermo*, es capaz de ir en contra de la mala costumbre de no expresar emociones y sentimientos. Y nos resulta así porque, en función de la crítica aquí expuesta, los modelos de intervención psicosocial como autooptimizadores de la mente y el cuerpo aparecen reflejados en las representaciones sociales anteriormente enunciadas. No obstante, la misma interlocutora es capaz de construir otras representaciones sociales en las que el *enfermo* debe permitirse la expresión emocional para evitar, en su momento, un estallido emocional incontrolable como de *olla exprés*, aunque esta manifestación vaya en contra de los umbrales que determinan sus niveles de su expresión:

- ...[*no me gusta sentir*] el enojo a veces ¿no?, la impotencia. A veces como que digo: “¡Ay! No puede ser que esté así”, ¿no? De otra manera algo que no... pues... el enojo, la ira, a veces me siento exageradamente triste y esas emociones que de repente tengo que dejar fluir... (Ent. 7: p. 300)
- ...ya no te la pasas llorando como *ratoncito escondido* ahí y ya dices: "Bueno, sí, sí me duele y está bien sentir dolor, y está bien llorar, y está bien hacerlo" ¿no? Porque yo era igual así de que me dolía muchísimo y yo decía: "No, todo bien"... (Ent. 2: p. 232)
- ...ir sacando emociones a tiempo, no ser como una *olla exprés*... (Ent. 5: p. 268)

En conclusión, las representaciones sociales del *enfermo*, a partir de las cuales la interlocutora significó e interpretó su proceso de transición de una persona fuera de condiciones de la enfermedad del cáncer de estómago a una a quien ya le había emergido, aparecen expresas frente a la manera en la que se le es percibido, una persona que a veces tolera el dolor supuesto por la enfermedad, alguien a tratar diferente, a animarla a continuar afrontando la enfermedad y alguien que requiere ayuda para continuar con sus actividades cotidianas. Sin embargo, estas representaciones le sirvieron de marco de referencia no para integrarlas y encauzar sus conductas y pensamientos de manera pasiva, sino para ir en contra de ellas construyendo de esta manera otras representaciones sociales a partir de las cuales se puede percibir al enfermo, una persona con actitud positiva ante tratamientos e intervenciones de alto impacto, alguien que es capaz de acatar las instrucciones del médico cuando las evalúa como justificadas y no solo porque así se dicta y alguien capaz de permitirse expresar sus emociones y sentimientos cuando lo considere

pertinente. Cada una de estas representaciones aparecen configuradas a raíz de su propia experiencia con su familia, sus médicos, su conocimiento en el hospital naval y el servicio psicológico proporcionado por la institución. Si bien este último no aparece explícito en alguno de los discursos, se permite inferir por los esfuerzos realizados por su psicóloga, *su nueve once (911)*, analizado en el apartado que lleva ese mismo nombre en este documento.

### **6.3.2 Ocuparse lejos de preocuparse**

En una sociedad que privilegia la productividad y la competitividad económica se requieren servicios de salud que brinden soluciones efectivas y en tiempos breves, además de que un imperativo para mantener el servicio médico público es seguir trabajando y ser productivo. En este sentido, se deben mantener útiles tanto los cuerpos como las mentes de los hombres, de modo tal que las representaciones sociales construidas por el colectivo tienden a naturalizar y generalizar que un estado de enfermedad es el equivalente a ser incapaz de trabajar, ser alguien inactivo y alguien que depende de la asistencia de terceros para realizar las actividades cotidianas (Herzlich, 1973, citada por Castro, 2000: 57; Herzlich y Pierret, 1985; Castaño y Palacios, 2013). En este apartado, recuperamos las producciones de sentido de la interlocutora en torno a la manera en la que los esfuerzos cognitivos y conductuales son orientados y actualizados frente a tales representaciones sociales.

Para la interlocutora, la emergencia de la enfermedad y el diagnóstico otorgado por el profesional de la salud, bajo este orden de ideas, fue significado a partir de la asociación directa entre enfermedad e incapacidad, o bien, la tentativa a ir perdiendo capacidades conforme la enfermedad evolucionara, por lo que resultó imperativo solicitar opciones para ralentizar su avance y poder permanecer realizando sus actividades cotidianas por sí misma:

No me enfoque a la gravedad que tuviese llevar la palabra cáncer, simplemente es que escuche, y dije: "Dime cuáles van a ser mis medicamentos, los tratamientos, qué tengo que hacer, qué no debo de hacer, y dime todo lo que pueda hacer para que mi cáncer no avance". Me decían: "Mira, llora". Y yo: "¡No! No. Yo sé que voy a salir y yo sé que puedo, simplemente no me inutilices". (Ent. 4: p. 259)

La resistencia a percibirse como una persona incapaz, deriva –como vimos en el apartado anterior– de la manera en la que significa el *estar enfermo*, una condición que la convierte en objeto de *lástima*, primero por personal sanitario quien decidía *maquillar* la complejidad de la noticia para disminuir su impacto:

Y cuando recibí la noticia pues sí me dijeron: “No, pues tienes una metástasis en la etapa I”, y así porque como que me lo querían maquillar muy al inicio así de: “Mira...” –como con la lástima. Yo le decía: “¡Lástima no!”, pero como esa forma de ser empático yo dije: “Mira, pues estás enferma, pero vamos a ayudarte”. Y yo así de: “A ver, a ver, mejor dime las cosas como son, o sea, no me vas a engañar a mí que trabajo desde hace muchísimo tiempo aquí y que te conozco *de pi a pa*<sup>48</sup> todo”, ¿no? (Ent. 2: p. 233)

Aunque también ante su familia. Destacable resulta que con esta última se percibe en mayor grado el significado al *enfermo* por la forma en la que le anticipa y solicita a su familia no ser tratada de otro modo:

Era explicarles que tenía una enfermedad que me estaba causando mucho daño y así, ¿no? Esa era mi idea de planteárselo a ellos. Planeé tanto que al final solamente les dije textualmente: "tengo una metástasis, tengo cáncer, voy a empezar con quimios; no quiero que lloren, no quiero que me tengan lástima, yo voy a ir sola a mis tratamientos". (Ent. 4: p. 257)

Observamos en el extracto anterior varios elementos de interés: en un primer momento, la petición de negar o anular la expresión emocional, de la cual anteriormente analizamos que es una defensa psicológica de Ada para dosificar el impacto de la angustia surgida de emociones de carácter negativo de su familia. La petición expresa, en un segundo momento, de no mirar ni tratar a un *enfermo como enfermo*, alguien a mirar con lástima. Para, finalmente, hacerle saber a su familia que ella no dependería de alguien para asistir a recibir atención; aunque, pese a que puede ser una resistencia a ser mirada como una persona dependiente, también se permite inferir, a raíz de un análisis previo durante su proceso de duelo, que esta decisión tiene la intención de no *sumergirlos* ni *amargarles* la vida en los procesos que acompañan la enfermedad.

Teniendo en cuenta que la condición de *enfermo* resulta del conocimiento filtrado y apropiado por la interlocutora de aquellas representaciones sociales relativas al *rol de enfermo*, se ha de reconocer la manera en la que organiza y dirige sus pensamientos y

---

<sup>48</sup> La locución *de pi a pa* es una frase utilizada en contextos informales cuyo significado más aceptado refiere a *tener conocimientos de principio a fin* respecto a algún saber o explicación. Según otras fuentes, la expresión correcta, sin modificar el significado, es *de pe a pa*.

acciones a fin de resistirse a ser percibida de tal forma. Tomando su participación en la elaboración de este proyecto como una manera de darle utilidad a su persona, a su palabra:

...gracias a ustedes por darme la oportunidad de no verme inútil (*ríe*). (Ent. 4: p. 261)

En este sentido, Ada es alguien que orienta sus esfuerzos no en preocuparse sino en actuar u *ocuparse* sobre aquello que le causa preocupación:

Yo creo que Ada simplemente es esa persona extremadamente sencilla, nada complicada. Como que toma las cosas como van (*ríe*). Siempre se ocupa, lejos de preocuparse. Soy muy necia, y por lo tanto al ser muy, muy necia, también soy como a veces como muy perfeccionista en muchas cosas. Considero que dentro de mis... cualidades... es algo que me voy a aplaudir toda la vida de que soy muy persistente; soy muy perseverante en todos los sentidos: médicos, personales, laborales, todo. Pero tampoco me complico como que mucho, ¿no? Si algo no sale, como les digo, me ocupo. Busco opciones “a, b, c, d” y, como les digo, busco un plan y lo que sigue. Hasta que ya siento como que se me van cerrando las puertas es cuando digo: “Bueno, a ver, ¿Qué hice mal?, ¿Qué hice mal?” y me regreso, ¿no? Esa soy yo. (Ent. 7: pp. 294-5)

Es también alguien capaz de seguirse planteando metas:

Soy, a veces, como perfeccionista, se los dije ahorita, porque quiero que todo me salga bien, entonces soy mucho de organizar y poner metas a corto plazo. Y las metas no solo son poner metas, sino... planeo qué es lo que voy a hacer, en qué tiempo lo voy a hacer, cómo lo voy a hacer, cómo lo voy a solicitar y así (*ríe*). (Ent. 7: p. 295)

Metas encaminadas a seguirse preparando y, por ende, seguir siendo competitiva y productiva, aunque impliquen sacrificios:

...estoy enfocada también en algunos otros proyectos, ¿no? Entonces para mí es como muy fundamental el poder seguirme, el seguirme preparando y eso implica como de alguna manera ciertos eh... vamos a ponerlo así: ciertos sacrificios, ¿no? (Ent. 6: p. 280)

Es capaz, también, de atender con diferentes grados de interés las problemáticas que se le presenta, aunque estas no sean completamente relacionadas con la enfermedad:

...me dicen: “Oye, es que sabes qué... se descompuso –no sé– la camioneta”, ¿no?. Y yo así de: “Ah, okey, está bien” y ya me voy. Pero realmente sí estoy pensando de: “¡Ay! No inventes, un gasto más”, ¿no? [...] sí me preocupa, [...] lo único que hago es que separo prioridades, ¿no? Así de: “¡Ay! Esto sí urge, esto no urge... ah, equis, como que ya”. Y pues para mí ya está solucionado, ¿no? y no pasa nada... (Ent. 7: p. 296)

Al mismo tiempo, la singularidad de la representación construida en oposición a la inactividad o incapacidad de la persona, también aparece definida y modelada por su propia función en Marina, una institución que le otorga la posibilidad de ascender de rango o grado:



Actualmente, por el tiempo que tengo ahí, los grados y los rangos, pues ya también te exigen desde maestrías para poder ascender entonces es sí o sí; te pones las pilas para estudiar sí o sí; te preparas sí o sí... O sea, no hay más. Si quieres ascender para grados de oficiales, la verdad es que ya los requisitos vienen muy específicos, necesitas una maestría en tal. Necesitas hacer cursos tal, o sea nosotros nos basamos por curso, entonces yo tengo que ver. (Ent. 2: pp. 237-8)

Pero también por su función que debe cumplir en el *área de sanidad*, un área que para la interlocutora requiere compromiso y constante actualización, no solo por ser un imperativo para subir de rango, sino por tratar con la vida de las personas:

...también uno tiene que ser consciente que al estar en una área de sanidad necesita bastante preparación: el leer constantemente, buscar cursos, plataformas; que si no te lo dan en el trabajo tienes que ser autodidacta y buscarte un curso y decir: “Me voy a meter aquí porque me tengo que ir superando”, y eso te va abriendo puertas. Entonces dentro de mi formación sí he tomado muchos, muchos, muchos cursos, sí. Algunos por obligación (*rie*), pero otros sí porque, realmente, pues son de mi área, porque me interesan, y pues ahorita yo creo que una de mis metas es titularme este año (*rie*) en la otra carrera que dejé a medias. Yo creo que sí, sí me pienso titular porque ya para el 2023, posiblemente, venga mi ascenso y si no cubro eso... eso me va ayudar muchísimo. Entonces tengo que cubrir muchas cosas. (Ent. 2: p. 238)

De acuerdo con la interlocutora, ella es capaz de mantener estas actitudes por sus conocimientos ya que le permite mantenerse abierta a otras opciones, lo que la lleva a concebirse a sí misma como alguien que no tiene límites, esto es, alguien capaz de actuar cuando alguien más le expresa que no puede continuar con sus actividades cotidianas, como fue en el momento en el que determinaron que su vida solo se prolongaría unos meses:

– ...también una de mis fortalezas es tener la preparación que tengo, porque estoy muy abierta a muchas cosas más y tengo esa curiosidad de buscar más cosas que me puedan ayudar. Y no solo ahora, siempre lo he hecho, no tengo límites; si me dicen que “no” es “sí”, y si me dicen “no puedes”, pues ya veré. O sea, no permito que me limiten, eso es algo que descubrí en esta etapa de “no tengo límites”. Me dieron 6 meses, luego me dieron un año y sigo aquí. (Ent. 5: p. 275)  
– ...sí soy muy necia, no me quedo con el primer diagnóstico, no me quedo con el primer comentario, siempre busco más. Considero que eso me ha ayudado mucho porque donde me dijeron: “¿Sabes qué? Ya no vas a vivir más que 6 meses”, y yo dije: “Mírame, aquí sigo”. (Ent. 5: p. 274)

En definitiva, el conocimiento y experiencia en el ámbito médico influyó con creces en la resistencia a la representación de la inactividad; aunque también cabe rescatar la atención recibida por los servicios médicos navales que recibe, particularmente la información recibida con la intención de mostrar los beneficios sobre la salud que tiene el mantenerse ocupada y positiva. Los conocimientos apropiados desde el ámbito psicológico fueron encaminados a la inteligencia emocional:

Tengo amigos que me mandan, así como que links de páginas de información de nosotros: “¿cómo afecta el cáncer a tu salud emocional?, ¿cómo afecta eso en ti?, ¿de qué manera afecta a tus emociones?”. Entonces me recomiendan libros. Hay un libro que yo leo muchísimo, que es de inteligencia emocional y es... este, bueno... es de Daniel Goleman, es muy bueno, y me ha hecho comprender que la inteligencia emocional sí importa; me han hecho ver mis errores. O sea, el porqué no puedo llegar a ser feliz si estoy enfermo. O sea, es información que me ha ayudado porque en este proceso también soy nueva y el leer pues me ha abierto un poquito más el panorama de muchas cosas que me estaban afectando y que no me daba cuenta, pero en general eh...sí me gusta leer; si es algo que disfruto, trato de siempre tener recomendaciones de libros o de información en general que me puedan ayudar. Me gusta un poco eso, no me quedo nada mas con una cosa. (Ent. 5: p. 271)

Mientras otros fueron los relacionados con la expresión de los órganos a partir de las emociones displacenteras sostenidas durante periodos prolongados de tiempo:

**Antonio:** ¿Por qué es malo no dejar que sobrevengan esas emociones?  
**Ada:** Porque hacen daño en el cuerpo. El lunes tuve cita médica y el especialista me preguntó si estaba enojada, contesté que no. Él me dijo que lo dejara salir, que el cuerpo no miente, que mi vesícula estaba inflamada y era por el enojo. Culturalmente, decimos de una *persona biliosa* por enojona, que se le derrama la bilis. Entonces muchas veces la gente no acepta que las emociones pueden perjudicar el cuerpo, por increíble que parezca. (Ent. 3: p. 242)

Estas informaciones compartidas por terceros, fueron utilizadas por la interlocutora para reforzar sus decisiones y conductas a continuar aun cuando su cuerpo, por su condición, se lo complique:

“...poder mantenerte anímicamente bien”. El... no sé cómo decirle, el poder retar a tu propio cuerpo, a decir que puedes hacer más; que tu cuerpo tiene que responder a lo que tu digas también, ¿no?... (Ent. 2: p. 231)

Y es necesario enfatizar que, a pesar de parecer que niega sus emociones o sensaciones corporales en función del mantenimiento de un cuerpo y una mente útil, permite la expresión de estas para su propio beneficio, en un ejercicio reflexivo sobre sí misma:

...cuando ya me siento como muy estresada, obviamente por todo este caos por el que paso ahorita, ay, siento que es mejor alejarme un poco, eh... disfrutar un poquito a mi soledad y ya después me reintegro otra vez a la vida, ¿no sé si me explico en esa parte? A veces necesitas estar solo, acomodar ideas y ya después te involucras en algo. (Ent. 6: p. 282)

Cabe mencionar que la posibilidad de seguir atendiendo las exigencias del medio ante esta enfermedad (Canguilhem, 1979), de poder ir en contra de las representaciones sociales de incapacidad y dependencia, es producto, como se analizó líneas arriba, de sus conocimientos en el área de la salud, los servicios médicos que tiene a su disposición y su propia actitud frente a las conductas de un *enfermo*; aunque también es producto de la estadificación del cáncer por el cual transita. El hecho de que pueda continuar con sus

actividades, sin demeritar los grandes esfuerzos realizados, también tiene que ver con la lenta evolución del cáncer en el estómago:

...esa parte de haberlo detectado en una etapa I es lo mejor que me pudo haber pasado porque no avanzó, y quiere decir que anímicamente no estaba tan mal porque el medicamento, las quimioterapias, siguen haciendo efecto. (Ent. 2: p. 230)

En conclusión, podemos afirmar que las representaciones sociales construidas en torno a las dificultades que supone el transitar por una enfermedad, es decir, representaciones de inactividad, inutilidad, incapacidad y, en consecuencia, dependencia de terceras personas, fueron apropiadas por la interlocutora casi de manera pasiva, sin embargo, esta representación no fue la que encauzó sus conductas y pensamientos sin resistencia alguna, sino que le sirvió como referente para dirigir sus acciones en la dirección opuesta a la esperada. En este sentido, consideramos que no existe una transformación de estas representaciones sociales porque se observan muy bien definidas, pero sí podemos defender la orientación contraria que provocaron en la interlocutora.

#### **6. 3. 4 Canalizar el sufrimiento**

Diversas expresiones emocionales generalmente percibidas como displacenteras se manifiestan en variados momentos durante el tránsito por la enfermedad. De entre estas destacan el dolor, miedo, enojo, la tristeza, culpa, desesperación, desesperanza y vergüenza (Sontag, 2008; Castaño y Palacios, 2013). De igual manera, existen representaciones sociales de las emociones, se les dota de animismo al igual que a las de la enfermedad (Gutiérrez, 2020). En este apartado analizamos la manera en la que la interlocutora dirige sus esfuerzos cognitivos, conductuales y disposicionales en función de la evitación, dosificación, disminución o neutralización de las manifestaciones emocionales y sentimentales displacenteras a partir de la construcción de una representación social del objetivo a conseguir por medio de estos esfuerzos.

En la revisión de material bibliográfico realizada por el equipo no se identificaron representaciones sociales de las emociones, salvo aquellas emociones propiamente dichas que emergen en el proceso de enfermedad, estas son las enunciadas líneas arriba y que han figurado a lo largo del análisis aquí presentado. Sin embargo, se identificó en el discurso de la interlocutora lo que bien puede ser considerado la construcción de una representación social de las emociones que se buscan mantener o conseguir en función del afrontamiento a la enfermedad. La interlocutora significa las emociones que le traen

beneficios a la salud como seres de la felicidad, seres que traen consigo la felicidad y tienen efectos placenteros sobre el cuerpo, a partir de las hormonas de la felicidad, serotonina, dopamina, oxitocina y endorfina –por mencionar las más conocidas:

...[caminar] me genera esa liberación de muchas hormonas de felicidad, llámese endorfinas, que son como *los monitos de felicidad*... (Ent. 5: p. 267)

El recorrido teórico realizado en esta misma investigación en torno al afrontamiento fisiológico, los aportes de la epigenética y la psiconeuroinmunología, ambos referentes que justifican la necesidad de mantener estados placenteros y agradables por medio de la actividad del cuerpo y el pensamiento para ralentizar la evolución de la enfermedad o para dirigirse a la recuperación, nos permite inferir que esta construcción representativa de *los monitos de la felicidad* es derivada del acompañamiento psicológico que llevó a la interlocutora, la información compartida por colegas médicos (como el caso del efecto producido por el enojo en la inflamación de la vesícula), la lectura realizada sobre Daniel Goleman y la inteligencia emocional y la aceptación de la enfermedad para crecer emocionalmente.

Es sobre los efectos de las emociones sobre la salud que esta representación social se cimenta para su construcción, aunque restaría enunciar aquellos elementos de los que se nutre para darle soporte, es decir, enlistar aquellas acciones realizadas por la interlocutora que dan cuenta de la importancia que tiene para ella mantener y alcanzar estados de felicidad y, así, poder desplegar a estos *monitos de la felicidad*.

Se ha documentado que la risa produce sensaciones placenteras y de bienestar, así como la mejora de los ritmos biológicos (Boukaram, 2011: 132). Como habrá dado cuenta el lector, durante la exposición de diversos testimonios recuperados de las entrevistas se lee entre paréntesis y en cursivas la frase una expresión presente durante el curso de estas, la risa (*ríe*). La risa es un elemento presente en la vida cotidiana de la interlocutora, y esta se traduce en una conducta caracterizada por mofarse de sí misma, *el autobulleo*, que es significado como una acción que permite tener control sobre lo que le ocurre y sobre los efectos que le pueden producir terceras personas:

O sea, ríete de ti mismo y mira nadie puede contra ti, y es verdad. Al reírte de tus propios defectos, al sacarles chistes a todo eso, te hace como más liviana la vida... ¡Me ha ayudado mucho, la verdad! He aceptado cada etapa por la que tengo, y *bullearte* o reírte de ti mismo creeme te sana el alma total. (Ent. 7: p. 298)

Y esta actividad de mofarse o reírse de sí mismo, aparece en una serie de chistes que hace sobre el propio curso de la enfermedad. Uno lo encontramos en la manera en la que percibe su transición de un estado donde no existe el cáncer a uno donde ya emergió – cuyo desglose de análisis fue realizado en líneas precedentes:

...yo bromeaba y a ellos [*su familia*] como que no les gustaba ese tipo de comentarios, era tipo de “no inventes, ya hasta cambie de signo: *de aries a cáncer*”, ¿me entienden? Y mi mamá lloraba más (*ríe*)... (Ent. 4: p. 257)

Otros tres presentes en las dificultades y consecuencias presentes durante las intervenciones médicas, el primero dirigido a las quimioterapias orales, unas pastillas de gran tamaño que no se pueden partir a la mitad porque pierden su efecto:

Empecé con una quimio tomada, la cual no aguanté (*ríe*) porque son pastillas demasiado grandes y como muy gruesas, entonces no las puedes partir a la mitad, o sea te las tienes que tomar enteras y no, no la aguanté; no la asimilé mi cuerpo, mi garganta (*ríe*) ¡Mi garganta chiquita! ¡Aaah! (*ríe*)... (Ent. 1: p. 228)

La segunda dirigida al detectarle el cáncer en estómago tras una serie de eventos de alto impacto, o bien, estresores percibidos como disruptivos:

...se vino mi divorcio después de este proceso tan difícil y tan duro y fue un golpe emocional aún más fuerte porque todo se te venía abajo. Pasado eso pues me detectan que estoy enferma y fue como les dije “un golpe tras golpe, tras golpe y que terminé toda noqueada y dije ¡Dios mío, no soy rambo! (*ríe*) pero yaaa”... (Ent. 5: p. 264)

Y el tercero, asociado al aumento de peso:

O si, por ahí luego con Y., principalmente, luego bromeábamos y ya le decía: “No inventes, yo ya he engordado, me voy a amarrar una cortina porque más no puedo”, ¿no? (Ent. 7: p. 297)

Otro asociado a una riña entre una vecina y la interlocutora a raíz de la histerectomía que se le había realizado por el embarazo de alto riesgo, situación que pese a significarse por ella como un acto y experiencia *cruel y horrible*, también se tomó con humor:

...cuando recién enfermé... tengo una vecina, voy a omitir su nombre no’ más porque me cae muy mal (*ríe*). Me dijo: “Ah, pues este... (*ríe*), ya te vas a morir”. Y yo si fuera otra persona, ¡rayos! ya me hubiera venido abajo, pero le digo, o sea le contesté en su momento, y yo así como de: “¡Ah, sí! (*tono de burla*) Tengo cáncer y qué, o sea, tú te mueres de envidia y que no sé qué”, cositas así. Y me la fui quitando, y ahora hasta la fecha también hay gente muy inmadura en temas de salud muy complicados; que si tú les dices: “Ay, yo tuve una histerectomía”, lo usan en contra tuya: “Ah, ya no puedes tener hijos y no sé qué y no sé cuánto”. Y esta misma persona me lo dijo: “Ay, es que ya no puedes tener hijos”. Y pues “imagínate, yo al menos tengo tres”, ¿no? y pues ya ¿no?, pero “... tú (*ríe*) –sé que estuvo mal, suena cruel–, pero tú ni histerectomía, ni siquiera casada, ni siquiera con hijos y eres más grande que yo”, o sea, fin. (*ríe*) O sea, fue horrible... (Ent. 7: p. 298)

Finalmente, otro asociado a la autopsia, una práctica realizada tras morir con la finalidad de retirar los órganos y, de existir petición expresa de donar alguno de ellos, se pone a disposición de quien lo requiera:

...“¡Ay, no! Yo ya me voy a morir... y que te quitan vesícula, que te quitan matriz...”. ¡Ay, no! “Yo no voy a donar, qué voy a donar porque no tengo nada...” (*ríe*), ¿no? “... tengo miopía, no puedo donar los ojos y así” (*ríe*). Y mi mamá es así como más sensible y sí me dice: “No puedo creer que bromees así contigo”. (Ent. 7: p. 298)

Cabe mencionar que, tras cuestionar sobre la risoterapia, una práctica terapéutica que busca sanar y aliviar a través de la risa, dio cuenta de que esta acción de burlarse de sí frente a eventos estresores, fue apropiada de un conocido de la interlocutora que también transitó por cáncer, aunque este último en la rodilla, lo que lo llevó a perder parte de su pierna. Este individuo, refiere Ada, le comentó sobre *burlarse de la desgracia ajena*:

– ...hace no mucho, yo tuve un compañero que a lo mejor muchos de ustedes han llegado a ver en YouTube que es este... ahí, un amigo de la carrera desde mucho tiempo y lo voy a decir tal cual, y no es promoción: se llama “El cojo feliz”. Cuando tengan oportunidad lo buscan en YouTube. Él tuvo cáncer en su rodilla y de repente se metió a hacer Stand up, ahí como a la comedia y dice: “No, pues yo soy ‘cojo feliz’ porque...” –y toda la gente se reía– y luego decía: “... porque me dio cáncer en la rodilla” y después como que se empezaban a sentir mal todos los que se reían (*ríe*). Y ya después decía: “¡Ah, no! Pero, se sienten mal y no sé qué...” y se empezaba a *autobullear*, y me encantaba platicar mucho con él. [...] me decía: “si te das cuenta, los comediantes siempre entre más desgracias te pasen más sacan cosas para hacerte un chiste”. Y yo: “Ah, bueno, sí es verdad”. Y te la pasas mejor... (Ent. 7: p. 297)

– ...de hecho fue muy chistoso porque él ahí [*en espacios de risoterapia*] conoció [...] Franco Escamilla [...] José Niño de Rivera, todos ellos que hacen como esta parte de Stand up... ehmm... y sin querer, porque ellos estaban ahí y a pesar de que ellos no están enfermos ni nada, iban a sesiones de ese tipo pues nada más para ir a ver *desgracia ajena* (*ríe*) y después hacían chistes, en verdad. Pero él sí iba y le ayudó mucho en su proceso. (Ent. 7: p. 299)

Cada una de estas acciones le ha permitido percibirse como una persona que se *autobullea* porque le supone una ventaja, puntos a su favor:

...han sido como mis puntos más fuertes: el poder hacer comedia de mi propia desgracia... (Ent. 5: p. 275)

Con relación a la risa, la risoterapia y el *autobulleo*, se permite inferir que la interlocutora persigue y logra desplegar hormonas asociadas a los estados placenteros, estados de felicidad, cuyos resultados quizá sigan en debate, se ha documentado que tienen efectos dirigidos al alivio. De este modo, observamos que Ada guía sus acciones con base en la representación que construyó de sus efectos sobre la salud.

Sobre el mismo orden de ideas, aunque con otra dirección, es decir, otras acciones dirigidas a mantener estados de plenitud, satisfacción y placer por los efectos que

producen en la salud, los encontramos en la *medicina tradicional*, otro tipo de tratamiento complementario (como la risoterapia). Se permite inferir que para la interlocutora es necesario mantener los monitos de la felicidad, en función de un estado positivo, para que este tipo de tratamientos *herbolarios* o prácticas como el *yoga* y el *budismo* tenga efecto complementario:

- ...puedes tomar en conjunto y que obviamente también hay ciertas cosas herbolarias que debemos considerar que no son tan aptas, o son contraindicadas por el tipo de medicamento que tomas, ¿No sé si me entiendan? o me doy a explicar mejor dicho [...] nos queda la actitud. Sí, porque así también entra la fe en lo que crees. (Ent. 4: p. 258)
- ...traté de como ir al yoga para estar bien... (Ent. 4: p. 258)
- ...me gusta leer como esos libros de eh... no sé cómo se llama, que hablan mucho esta onda de budismo y meditación y todas estas cosas tipo yoga, ¿no sé si me explico? (ríe) (Ent. 5: 269)

Finalmente, otras actividades más aisladas, las identificamos en el ejercicio que realiza, como el salir a caminar:

- ...veo como una mayor mejoría en mí, como que me fijo metas, y digo: “¡Ay, sí lo voy a hacer! Ejercicio al... no al cien”, y de esa manera también me ayuda, porque dije: ¡Ahora voy a caminar, no puedo hacer deporte pero ahora voy a caminar” [...] me ayuda mucho en la cuestión física, también interna al liberar estrés. (Ent. 5: p. 267)
- ...el hacer ejercicio es bueno, pero no ejercicios de alto impacto. Puedes hacer rutinas cortas hasta donde puedas. Yo camino mucho. En casa tengo una caminadora que usó durante un rato, pero llega un momento en el que los dolores no te dejan. A veces me dan dolores en el estómago, intento continuar con la caminata hasta que el dolor ya no me deja. (Ent. 3: p. 244)

El escuchar música, a veces acompañada de la expresión emocional como el llanto:

- ...me tomo mi medicamento, inclusive he llegado a inyectarme medicamento intramuscular yo sola, y tomo reposo de 20 minutos o media hora, y pongo musica y estoy llorando amargamente por el dolor hasta que se me calma, una de dos, se me calma o me quedo dormida, pero ya no me molesta (ríe)... (Ent.5: p. 267)
- ...al estar yo muy feliz, de la mano va el querer decir: “Me voy a tomar el medicamento, voy a querer mis quimios, y todo bien. Voy a poner música”; su estado emocional influye mucho en el resultado que pueda tener tu tratamiento... (Ent. 5: p. 267)

Y, finalmente, el estar agradecida con las lecciones de vida que le deja la enfermedad o, en palabras de la interlocutora, estar agradecida de lo malo:

... cuando me sentía muy agotada por el dolor solo decía: "De lo malo también se aprende". Y hasta me volví agradecida de lo malo, porque entendí que me hacía encontrar conmigo misma y eso me demostraba que podía hacer más, y yo decía: "Sí, yo puedo, ¿por qué no? Hay que ser positivo y todo tiene que salir mejor", [...] yo empecé a ajustarme igual de manera positiva, seguí buscando alternativas, opciones, y como lo dije “agradecida, de poder decir: 'Bueno, si recaí es por que algo estoy haciendo mal' ". Entonces vamos a enfocarnos en lo que podamos hacer para que esto no vuelva a pasar, ¿No sé si me explico? (Ent. 4: p. 259)

En conclusión, la representación social construida por la interlocutora del objetivo a perseguir por medio de las acciones que se realicen, es decir, dirigir acciones y esfuerzos a desplegar y liberar las hormonas de la felicidad, los *monitos de la felicidad*, son producto de su propia historia de vida, su conocimiento en el área de la inteligencia emocional, la información compartida por los integrantes del grupo interdisciplinario del servicio médico naval del cual hace uso, los médicos y su psicóloga. Dando como resultado la orientación de las acciones a situaciones de carácter placentero por los efectos sobre la salud que estos tienen.

Es cierto que estas respuestas siguen el patrón que se intenta criticar en este apartado, el temor y la evitación de las emociones displacenteras, sin embargo, como se ha venido revisando en apartados precedentes, la interlocutora ha construido representaciones sociales, como la del *enfermo*, que demuestran su propio trabajo consigo misma para permitirse dejar fluir las emociones que devienen de la enfermedad.



## 7. Reflexiones finales

### 7.1 Representaciones sociales

Recibir un diagnóstico de cáncer implica un proceso disruptivo que pone en operación otros principios del curso cotidiano de la vida. Ante la alteración, o bien, el sentimiento de pérdida de control sobre ella, la persona se ve obligada a aproximarse, en función de su ulterior comprensión, a la enfermedad. Este nuevo ejercicio lleva a la interlocutora a que se confronte, entre otros, con la enfermedad del cáncer, las modificaciones en las relaciones interpersonales y los esfuerzos por recuperar el control del curso de vida cotidiana. Así como, simultáneamente, se ve confrontada con situaciones alrededor del cáncer conocidas por el grueso de la población: tratamientos, dolor, dependencia y susceptibilidad de morir por complicaciones derivadas del cáncer.

Al margen de la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS), el individuo se sirve de disposiciones sociales compartidas por el colectivo para integrarlas o actualizarlas. Siguiendo a Castro (2000) y a Jodelet (2007), las representaciones sociales operan con base en su carácter normativo y determinante, o en su carácter individualista y creativo. Dicho en otras palabras, una persona interioriza dichas representaciones de manera pasiva o las reelabora activamente. Este es un trabajo cognitivo a nivel de asociación de imágenes, de representaciones (Moscovici, 1979), y, a su vez, de emociones manifestadas por ellas o ligadas a ellas (Jodelet, 1989; Gutiérrez, 2020).

El cáncer, la enfermedad del cáncer, es atravesado de manera importante por la institución médica por lo que penetra en el pensamiento de sentido común como una condición que debe ser atendida y tratada desde los marcos biomédicos y en instituciones de salud pública, pues estas últimas promueven la idea de que es en ellas donde la salud, la condición de vida perseguida, se ofrece y se alcanza (Martínez, 2008).

Apelando al carácter normativo y determinante de las representaciones sociales, identificamos que ante el dispositivo médico la interlocutora objetiva la enfermedad a partir de los signos y síntomas que denotan un funcionamiento fuera de la norma, fuera de lo normal. De modo tal que, pese a haber distintos espacios a los cuales se puede acercar para comprender lo que le sucedía, como pudo haber sido su familia o un promotor de medicina tradicional (yerberos, hueseros, ritualistas, etc.) (Kleinman, *et al.*, 2006), se consideró que debía acudir a una institución de salud, con el médico. Esta decisión fue

orientada, en efecto, por la determinante consensuada del lugar donde le otorgan respuestas, pero también por su conocimiento en el área de la salud.

Aunado a ello, en la petición hecha por la interlocutora para recuperar la salud o al menos ralentizar la evolución de la enfermedad, los métodos de detección y los tratamientos utilizados se objetivaron a partir de la función que cumplen y los efectos que producen. En este sentido, de nueva forma, las representaciones sociales de los métodos de detección fueron integradas de manera pasiva al privilegiar su función de observar por dentro para localizar y valorar el avance o profundidad del cáncer, y la manera en la que actúan los tratamientos, siendo la destrucción –a través de bombardeos o envenenamiento químico– de las células cancerígenas y la extirpación o retiro de ellas del cuerpo aquellas que más destacaron. Cabe mencionar que, estos últimos, también se distinguen, por un lado, por las manifestaciones emocionales que producen, entre otras, el miedo, el dolor, el enojo, la vergüenza, la ansiedad y la angustia y, por el otro, la sintomatología y modificaciones físicas displacenteras, entre otras, náuseas, vómito, sensación de saciedad, diarrea, caída de cabello, aumento de peso, por el otro.

Las expresiones emocionales, siguiendo este orden de ideas, se ven anuladas por el mismo dispositivo médico, se vuelve visible la pasividad con la que se acreditan las intervenciones sobre el cuerpo en función de la recuperación, es decir, el dolor y el sufrimiento son expresiones naturales tras recibir tratamientos porque destruyen células cancerígenas y normales, se permite también dejar a profesionales de la salud tocar el cuerpo sin poner resistencia y obedecerlos en el momento en el que uno se coloca la ropa de enfermo, o bien, la bata de enfermo.

Del mismo modo, la culpa emerge del dispositivo de saludificación de la vida, o bien, de la autogestión de ella ante el riesgo, debido a que se promueve la idea de practicarse chequeos rutinarios, como lo es el acudir con un genetista y recibir *consejo genético oncológico* –entendido como la práctica realizada para identificar el potencial que tiene la persona de desarrollar cáncer si en la línea genealógica existen familiares con esta enfermedad. Esta práctica penetra en el pensamiento de sentido común y genera sentimientos de culpa en la interlocutora por no atender o hacer caso a los *micro antecedentes* existentes en los síntomas manifiestos y los conocimientos de sus familiares que desarrollaron cáncer.

Por otro lado, también identificamos las representaciones sociales del *paciente enfermo*, una persona caracterizada por la incapacidad, la dependencia y el rechazo o exclusión del portador de la enfermedad. En este sentido, para la interlocutora, el cáncer supuso diversas respuestas en cada una de las esferas interpersonales, a saber: la percepción de una víctima a mirar con lástima por parte de los médicos y la insistencia por brindar cuidados por parte de la familia, salvo uno de los hermanos que puso en operación el rechazo por la angustia supuesta al enterarse de la noticia de su hermana.

Siguiendo con el carácter normativo de las representaciones sociales, aunque ahora en relación con el dispositivo de la felicidad, identificamos que las decisiones y acciones dirigidas al bienestar, el alivio y, por ende, la evitación del dolor y lo displacentero fueron objetivadas a partir de las prácticas promovidas y orientadas por otro marco interpretativo biomédico, las neurociencias y las respuestas bioquímicas del cerebro. En este sentido, los esfuerzos realizados por liberar y mantener las hormonas de la felicidad, los *monitos de la felicidad*, son producto de las informaciones compartidas por el personal del hospital donde labora, la práctica terapéutica destinada a mantenerlas, la risoterapia, aunado a la experiencia de un conocido que convierte en comedia la tragedia, así como las lecturas que la interlocutora consume sobre inteligencia emocional y la influencia de las emociones sobre la evolución o ralentización de la enfermedad. Entre las actividades que permiten dar cuenta de esta representación encontramos aquellas destinadas a dosificar, evadir o neutralizar las manifestaciones o expresiones displacenteras: *autobulleo*, ejercicio físico, y el agradecimiento de lo malo, apreciado en otro apartado también como lecciones de vida.

Hay que agregar, además, que estos esfuerzos también pueden ser interpretados como una dirección contraria a las representaciones sociales de inutilidad, incapacidad, inactividad y, por ende, dependencia, todas objetivadas en función de la sociedad con modelo de producción basado en la productividad y competencia. Mantenerse activa, negando el escenario fatalista y de dependencia configurado alrededor del cáncer de estómago, le permite, si bien no una actualización, una orientación diferente de sus acciones.

Esto último nos introduce ahora al carácter creativo de las representaciones sociales, es decir, las transformaciones u orientaciones contrarias a aquellas consensuadas por el grueso de población de las interpretaciones o acciones, en ellas identificamos la

transformación de la representación social del cáncer como sinónimo de muerte, esto gracias a la atención recibida, las redes de apoyo formadas y sus conocimientos respecto a los avances que ha tenido la ciencia médica en el tratamiento y la terapéutica a personas con cáncer. En este sentido, cáncer no siempre es sinónimo de muerte y este también depende de la estadificación en la que se le presente. No obstante, su significación toma otro cauce para ser interpretada y, para la interlocutora, fue su agresividad, es decir, las complicaciones supuestas al funcionamiento del órgano comprometido y la sintomatología derivada tanto de la evolución del cáncer como de los tratamientos e intervenciones realizadas con miras a su recuperación.

Respecto al dispositivo médico identificamos la fidelidad a la medicina tradicional o tratamientos complementarios, aquellos tratamientos que carecen de experimentaciones con resultados reproducibles o controles rigurosos en su estudio, objetivada a partir de la promoción y el conservadurismo de los *médicos antiguos* que se resisten a integrar este tipo de tratamientos en la terapéutica para el cáncer, cuyos efectos son enfatizados por la interlocutora al producirle alivio frente a los efectos secundarios desagradables de las intervenciones a las que es sometida.

En relación con la atención recibida por parte de las instituciones de salud adscritas del sector público, identificamos la actualización de la oferta institucional objetivada a partir de las limitaciones con las que operan a falta de presupuesto destinado al sector salud. En el pensamiento de sentido común se sostienen representaciones sociales en torno al desabasto de medicamentos, desactualización de equipo técnico, y atención percibida como despersonalizada brindada por los médicos. La actualización de la oferta institucional en el discurso de la interlocutora muestra la diversificación de la oferta de los *hospitales para personal civil*, aquellos caracterizados por las ausencias antes enunciadas, y los *hospitales para personal de Fuerzas Armadas u hospitales de Marina*, instituciones dotadas con mayor presupuesto por tener un menor número de derechohabientes por lo que, en consecuencia, cuenta con notable abasto de medicamentos, equipo técnico actualizado y en operación y actualización constante del personal médico, siendo unas características destacadas en ellos, de acuerdo con la interlocutora, la ética, la empatía y el compromiso para atender a la población que hace uso del servicio médico naval.

Por lo que se refiere a las representaciones sociales de la atención brindada por los médicos de la institución, es posible su actualización por el lugar que ocupa la interlocutora en el *equipo* del Centro Médico Naval. Su posición de *amiga* suprime la posibilidad de percibir como *paciente*, de modo tal que los esfuerzos realizados por los especialistas denotan mayor interés y personalización a la hora de brindar sus servicios. Simultáneamente, el servicio psicológico brindado por la institución también supuso una actualización contrastada con los *hospitales para personal civil*, en donde, para la interlocutora, no se brinda acompañamiento psicológico a la población que cursa por una enfermedad crónica como lo es el cáncer. Destacando de esta manera la atención significativamente personalizada que recibió por parte de su psicóloga, alguien que llegó a convertirse en su amiga. Los elementos que figuran alrededor de las construcciones de sus *Ángeles 24/7* (médicos) y su *911* (psicóloga) y que permiten comprender dicha construcción son, además de la atención personalizada y el interés por su caso, la empatía, calidez, preocupación y justificación aceptada por la interlocutora de instrucciones, o restricciones, en función de su recuperación para que no se perciba a sí misma como enferma.

Se debe agregar que son de reconocerse los esfuerzos realizados por la interlocutora para actualizar también las representaciones sociales impuestas por el dispositivo de la felicidad. Es cierto que incluso nosotros sostenemos que dichas representaciones aparecen integradas de manera pasiva por los efectos y sensaciones de plenitud y bienestar que le producen a la interlocutora. Sin embargo, como se analizó en la categoría de *El opio de la felicidad* e, incluso, en *Shock emocional tras el diagnóstico*, el acompañamiento psicológico y, al menos explícitamente, la información compartida por uno de sus médicos (relación entre ira e inflamación de la vesícula) le permitieron cristalizar no solo las conductas y pensamientos dirigidos al bienestar, sino también la expresión de emociones y sentimientos percibidos como displacenteros o desagradables para permitirse dejarlas fluir, aceptar que sentir las es parte del tránsito por la enfermedad, todo para no estallar cual *olla exprés* cargada de los elementos que tiene en su interior.

Finalmente, un aspecto aislado que resulta de interés es la manera en la que aparecen producciones de sentido cargadas de un discurso naval. Frases relacionadas con *sentirse hundido*, *tocar fondo* y en la dirección opuesta otras como *estar al pie de cañón*, *luchar*, *salir a flote* y *no bajar la guardia*, dan cuenta de que su propia formación en Marina o incluso representaciones sociales de la disposición o actitud con la cual debe

permanecer un integrante del equipo naval. En efecto, es cierto que la actitud con la que se enfrenta el cáncer alude a un discurso de guerra y de lucha (Sontag, 2008), sin embargo, estas construcciones aparecen condicionadas en mayor grado por objetos representativos de la Marina.

En resumen, a la luz de la TRS, damos cuenta de que la interlocutora al percibir alteraciones en su organismo y, posteriormente, al recibir el diagnóstico de cáncer de estómago por metástasis, dirigió su atención, sus esfuerzos cognitivos atán doles diversas emociones, a la comprensión de una realidad desconocida y cargada de incertidumbres. Esto con la finalidad de disminuir su angustia y tener mayores certezas durante el curso de la nueva condición de vida a transitar (Moscovici, 1979; Jodelet, 1986).

Durante su curso se apropió de términos hasta ese entonces poco familiares (como células amorfas, histerectomía, acretismo placentario, medicina herbolaria, budismo, inteligencia emocional, entre muchos más) (Castaño, 2013) que forman parte del conocimiento médico y del conocimiento popular para ser integrados en su discurso mediante el cual interpreta y orienta sus acciones. Estos conocimientos, se objetivaron con base en sus conocimientos en el ramo de la salud, su historia de vida, sus experiencias en el hospital donde labora, sus creencias, ideologías, informaciones compartidas y buscadas y las emociones manifestadas, para mutar en una estructura de la cual se sirvió en diferentes momentos y, así, significar los acontecimientos y novedades que se le presentaron, se le presentan y que, infiere, se le presentarán.

Algunas de las representaciones sociales relativas al curso de un cáncer fueron integradas de manera pasiva, tales como la obediencia al médico, la permisividad a dejar a profesionales experimentar y manipular el cuerpo, la necesidad de autogestionar la vida en función de la recuperación, la atención limitada de algunas instituciones de salud y el enfermo como ser incapaz, inactivo y dependiente, por un lado, y otras actualizadas o construidas como en el caso de la fidelidad a tratamientos alternativos, la persona activa y positiva que se ocupa de sí, aunada a la permisividad ante la expresión emocional displacentera, por el otro. Todas y cada una en función de orientar sus acciones, pensamientos y decisiones a ralentizar la evolución de la enfermedad, aliviar síntomas supuestos por ella, o hacia su neutralización y ulterior recuperación.

## **7.2 Recomendaciones frente al cáncer**

Con el propósito de atender de manera concreta el último objetivo particular propuesto por esta investigación, se hace una recuperación sucinta de algunas recomendaciones propuestas por la interlocutora a partir de su experiencia para mejorar la atención psicológica y psicosocial a personas con cáncer. Si bien, estas aparecen a lo largo del análisis dispuesto líneas arriba, aquí las integramos con base en tres orientaciones: recomendaciones a la persona con cáncer, a su familia y a los médicos tratantes:

A la persona que atraviesa por un cáncer se le recomienda no desistir ni escatimar en esfuerzos por perseguir su recuperación; seguir su tratamiento médico en conjunto con algunos tratamientos de la medicina tradicional que hayan sido valorados previamente por un especialista para evitar efectos adversos o contraproducentes con otros medicamentos farmacológicos; dejar de asociar la palabra cáncer a inmediata muerte y dirigir los pensamientos y acciones (como leer) a reconocer los avances que ha tenido la ciencia médica; solicitar apoyo psicológico para él y su familia, de modo tal que, por un lado, genere un lazo más estrecho con ella y, por el otro, preste atención a las emociones suyas y de su familia expresadas y a ligarse a sus creencias porque estas también tienen algún potencial benefactor en el proceso de recuperación.

Al familiar que cuida de la persona con cáncer, no relacionarse con el familiar con cáncer a partir de su enfermedad, es decir, no mirarlo con lástima, como víctima, como alguien incapaz de continuar con sus actividades cotidianas o que depende de otros para realizarlas (salvo que la estadificación del cáncer sí suponga complicaciones mayores) porque pudiera sentirse como una carga u obstáculo a la vida de los demás; tratarlo como se le trataba antes de la enfermedad (con previo cuidado de no afectar zonas donde se está desarrollando el cáncer), de entre las cuales algunas opciones son bromear con él, invitarlo a salir, darle sus espacios solicitados, acompañarlo en silencio si así lo requiere, permitirle expresar sus emociones, sea a solas o acompañado, y con la comprensión del familiar a que es algo necesario que a veces oculta para no producir emociones displacenteras en él.

Y algunas acciones para el familiar en sí mismo, permitirse expresar sus emociones y sentimientos, entre otras, llorar, enojarse, dejar fluir las emociones displacenteras, integrarlas y compartirlas con el familiar con cáncer para avanzar en conjunto durante el tránsito por la enfermedad, así como acudir a terapia familiar para

mantener la comunicación entre los integrantes en función del mantenimiento de los vínculos.

Por último, aquellas recomendaciones dirigidas a los médicos tratantes, ser empáticos con la persona que atraviesa una enfermedad, no ser groseros o distantes con ellos; comprender sus manifestaciones y expresiones emocionales, tales como el enojo, la ansiedad, la vergüenza, el miedo, el dolor, entre otras; prepararse y capacitarse en diversas áreas, al menos sus planteamientos básicos, para brindar una atención percibida como más integral, así como para no estar dependiendo de otros integrantes del grupo interdisciplinario en caso de ausencias; y, percibido como muy importante por la interlocutora, recibir acompañamiento psicológico, debiendo reconocer que la carga de trabajo y la naturaleza de los casos recibidos en áreas oncológicas<sup>49</sup> supone conflictos con uno mismo y pone en operación defensas psicológicas que dificultan la atención de calidad.

### **7.3 Dispositivo metodológico**

Un siguiente punto sobre el cual se permite reflexionar es con relación al dispositivo de intervención planteado para esta investigación. Este dispositivo es producto de la formación en la carrera de Psicología en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), unidad Xochimilco, puesto que esta ha permitido entrever y aplicar la mirada interdisciplinaria. El objeto de transformación bajo el cual se organizó y planificó el dispositivo de intervención fue configurado a partir de diferentes enfoques disciplinarios que permitieron la comprensión y el análisis de la experiencia de la interlocutora clave con mayor profundidad.

El reto por poner a dialogar la perspectiva biomédica con sus nomenclaturas específicas sobre el funcionamiento de las células, los órganos, el cuerpo y la manera de intervenir sobre estos, si bien permiten una exploración del fenómeno del cáncer de estómago con cierto nivel de profundidad en su área, no es la única manera de comprender la experiencia de transitar por un cáncer de estómago tal y como se ha demostrado en esta investigación. Otros esfuerzos son proporcionados por los enfoques psicosociales que privilegian los procesos de adaptación a la enfermedad, sin embargo, estos también

---

<sup>49</sup> Atender a personas con enfermedades, depresión, ansiedad, enojo y/o miedo.



prescinden, –en menor grado– de la experiencia y los significados acuñados a la enfermedad del cáncer de estómago, pues su interés está en mantener la funcionalidad de la persona para atender las exigencias de su medio ambiente. Colocar a la TRS como la óptica bajo la cual se organiza la experiencia de la interlocutora y, por ende, el análisis del material empírico nos ha permitido comprender que la vida psíquica se encuentra expuesta constantes alteraciones que, de muy diversas maneras, requiere comprender para evitar que ciertos umbrales percibidos como estables sean excedidos y le supongan conflictos mayores.

Simultáneamente, pensar la psicología, con propensión a errar, desde las Ciencias Sociales y Humanidades (como lo propone la UAM) y no desde las Ciencias Biológicas y de la Salud implica hacer un esfuerzo por virar la mirada del investigador desde las perspectivas técnico-pragmáticas a una sobre la subjetividad de la persona y la manera en la cual esta es configurada por estructuras sociales instituidas e impuestas, en función del estudio de la forma en la cual un individuo se apropia del conocimiento y las prácticas que las sostienen y que justifican su difusión. Una mirada así, en efecto, no suprime a ninguna de las dos, sin embargo, sí consideramos que es otra manera de comprender al ser humano porque también se sirve de otras herramientas tendientes a la profundidad de la comprensión como la mirada y la escucha atenta que no necesariamente tiene por intención encapsular o etiquetar al interlocutor o a la interlocutora en una nomenclatura estandarizada para corregirlo y reinsertarlo en la sociedad.

Es cierto que esta última aseveración parece contradecir una de las justificaciones de esta investigación porque una de las propuestas de la TRS es corregir, en el amplio uso de la palabra, a los individuos. Sin embargo, también es cierto que enfatizamos que esta investigación no busca corregir las producciones de sentido de la interlocutora clave, sino únicamente comprenderlas. El argumento de la corrección resultó pertinente para justificar por qué es importante producir conocimiento con base en esta teoría que le permita a futuros investigadores servirse de sus hallazgos, pero con otro enfoque que sí puede ser el pragmático.

De entre la singularidad de los hallazgos producidos por este dispositivo de intervención resaltan aquellos que tienen que ver con la atención psicológica y médica de la interlocutora, ya que permite una comparación entre el modelo imperante biomédico y psicosocial pragmático frente a uno con base en la TRS. Su pertinencia está en remarcar

la necesidad de modificar los modelos de atención ofertados por las instituciones de salud del sector público que equiparan brevedad de intervención con eficacia. Sabemos por la interlocutora que recibió atención basada en terapia breve, el mismo modelo de los *hospitales para personal civil*, sin embargo, a raíz de los vínculos configurados con la psicóloga y el equipo médico del hospital, su atención se llevó a un nivel con mayor profundidad.

Concretamente, en la mayoría de las ocasiones, como se ha analizado en esta investigación, la atención a personas con cáncer precipita marcos biomédicos sobre el cuerpo y la química cerebral. Estas prácticas pocas veces permiten asignarle significado a la condición de vida transitada, lo que se traduce en un *sinsentido* (Han, 2021). El dispositivo de intervención aquí propuesto (Deleuze, 1990) se sirve de una perspectiva teórica que privilegia la experiencia y los significados acuñados por la persona con cáncer, estos acompañados de las emociones sujetas a ellos. Además, el propio dispositivo se sirve de una mirada crítica a los modelos de intervención dominantes en las instituciones de salud pública y hace un esfuerzo por precipitar ambas perspectivas teóricas en la construcción de una guía de entrevista en profundidad que permita sondear las respuestas brindadas por la interlocutora en relación con su enfermedad, sus relaciones interpersonales y su relación consigo misma. Sin embargo, y esto a experiencia de uno de los integrantes del equipo, se corre el riesgo de reproducir el modelo biomédico que presta mayor atención y privilegia la experiencia del *enfermo* y su *enfermedad*, relegando lo sistémico y emocional a un aspecto contextual.

A saber, durante las entrevistas un integrante del equipo dirigió su atención a la interlocutora en su calidad de *enfermo* y en dos ocasiones otro integrante del equipo colocó su atención hacia dos objetos de los que normalmente se prescinde en los marcos biomédicos, las emociones y la familia. Respectivamente, resguardamos los testimonios de estos momentos hasta la redacción de este apartado en función de su justificación:

**Primera**

**situación:**

**Yessica:** ¿Cómo te sentías antes o qué emociones antes, y qué emoción tienes ahora? Pero me gustaría saber en ese trascurso de que te dieron ese diagnóstico como que cuáles han sido las emociones que más se te presentan, por ejemplo, que más has experimentado...

**Ada:** ¡Ay, qué bonita pregunta! (*ríe*). Yo creo que me desconocí al momento que sentí demasiada ira, enojo...

**Segunda**

**situación:**

**Yessica:** Me gustaría saber también qué le recomendarías a la familia cercana de una persona que está transitando el mismo proceso que tú... [...] ¿Qué podrías recomendarle tú a esta familia

de algún paciente que esté transitando por lo mismo?  
**Ada:** Creo que esa es una muy buena pregunta porque a veces te enfocas mucho en el enfermo, pero te olvidas del entorno.

La pertinencia por ampliar y modificar algunos marcos de abordaje e interpretación de la experiencia y sus significados acuñados de una persona con una enfermedad, como lo permite la TRS, debe también tomar en consideración que la construcción de su dispositivo puede quedar viciado por la perspectiva teórica que se intenta criticar. Consideramos que este es un riesgo común, aun cuando se hace una revisión teórica previa para intentar evitarlo, porque esa es una de las cualidades del dispositivo médico y el dispositivo de la felicidad, su cualidad de invisibilizarse y normalizarse para pasar desapercibido frente a la propia construcción subjetiva del sujeto que investiga.

### **7.3 Otras líneas de investigación**

Con los hallazgos de esta investigación se insta a utilizar modelos de abordaje y de construcción de conocimiento y prácticas que privilegien y tomen en cuenta la experiencia subjetiva de las personas sobre las cuales se va a intervenir. Un dispositivo de escucha atenta, no necesariamente como acompañamiento psicológico, guiado por la TRS, le permite en sí mismo a la persona ir comprendiendo lo que sucede con la enfermedad y las modificaciones ocurridas en las relaciones interpersonales. Simultáneamente, le permite al profesional comprender las construcciones o interpretaciones mediante las cuales la persona orientará sus acciones.

Del mismo modo, la producción de este proyecto permite reforzar la puesta en operación de dispositivos de psicoeducación. Es cierto que, como refiere Moscovici (1979), el nivel de preparación académica de una persona no debe ser generalizado respecto a la manera en la que este influye sobre las representaciones sociales integradas o construidas, sin embargo, el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, sea este adquirido de sectores formales o informales, sí demostró tener influencia sobre la actualización de varias representaciones históricamente sostenidas. La más destacada, quizá, es la representación social del cáncer como sinónimo de muerte a partir de la experiencia de la interlocutora en el hospital donde labora, la atención recibida y sus conocimientos relativos a los avances del área biomédica.

Como esta, varias más fueron y pueden ser actualizadas si se le brinda a la persona información relacionada con diferentes elaboraciones representativas. En este sentido, la producción de conocimiento en torno a la propuesta teórica aquí utilizada, con miras y profundización en diversos objetos a representar, puede producir correcciones, reorientaciones o negociaciones de sentido con miras a la resignificación en la manera en la cual fue subjetivada una persona (Jodelet, 2007). Dos de esos objetos que, si bien aquí fueron tocados, más no profundizados, sobre los cuales consideramos necesario construir conocimiento, por la relación de conveniencia con el cáncer, son la muerte y el morir, ya que estos objetos se presentan como tabúes e indecibles en nuestra sociedad (Rimpoché, 1994; Cabodevilla, 2007; Kübler-Ross, 1993; Kübler-Ross y Kessler, 2017; Han, 2021).

## 8. Referencias bibliográficas

- Abric, J. C. (2001a). Las representaciones sociales: aspectos teóricos. En Abric, J. C. (Coord.), *Prácticas sociales y representaciones*. Ciudad de México: Ediciones Coyoacán.
- Abric, J. C. (2001b). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En Abric, J. C. (Coord.), *Prácticas sociales y representaciones*. Ciudad de México: Ediciones Coyoacán.
- Albújar, P. F. (2015). Cuando el médico es el paciente. En *Acta Méd. Per.*, Vol. 32, Núm. 3, (pp. 164-168).
- Allende, S., Cantú, G., y Verástegui, E. (2013). La trascendencia del Consentimiento Informado en bioética y la complejidad de informar al paciente terminal su pronóstico en la primera visita: visión del paciente y familiares en el Instituto Nacional de Cancerología. En *GAMO*, Vol. 12, Núm. 4, (pp. 244-249).
- Allende, S., y Verástegui, E. (2013). El periodo de la agonía. En *GAMO*, Vol. 12, Núm. 4, (pp. 256-266).
- Allende, S., Verástegui, E., Mohar, A., Arrieta, Ó. G., Barrera, J. L., y Castañeda, C. (2013). Incorporación de los cuidados paliativos al Plan Nacional de Cáncer: consenso. En *GAMO*, Vol. 12, Núm. 4, (pp. 213-222).
- Almanza, J. de J., y Holland, J. C. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. En *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, Vol. 46, Núm. 3, (pp. 196-206).
- Álvarez, J. L. (1999). Investigación cualitativa. En *Archivos Hispanoamericanos de sexología*, Vol. 5, (pp. 117-123).
- Álvarez, M. C. (2018). ¿Qué pasa cuando el paciente es el médico? Dilema en la relación médico-paciente. En *Rev. Méd. Electrón*, Núm. 40, Vol. 2, (pp. 524-6).
- American Cancer Society. (2017). Etapas del cáncer de estómago. En *American Cancer Society*. [En línea]. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de>

estomago/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-por-etapas.html

American Cancer Society. (2020). ¿Qué es el cáncer? En *American Cancer Society*. [En línea]. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>

American Cancer Society (2021). Tasas de supervivencia de cáncer de estómago según la etapa. En *American Cancer Society*. [En línea]. Recuperado de <https://www.google.com/amp/s/amp.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/tasas-de-supervivencia.html>

American Society of Clinical Oncology (A.S.C.O). (2018). De qué manera el cáncer afecta la vida familiar. Recuperado de <https://www.cancer.net/es/asimilacion-con-cancer/dialogo-sobre-el-cancer/de-que-manera-el-cancer-afecta-la-vida-familiar>

Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

Arzate, C. E., Ochoa, F. J., y Alvarado, S. (2013). La relación médico-paciente-familia en Oncología. En *GAMO, Vol. 12, Núm. 1*, (pp. 41-48).

Ascencio, L., Allende, S. R., Castañeda, C., y Verástegui, E. (2013). La comunicación de "malas noticias" en cuidados paliativos. En *GAMO, Vol. 12, Núm. 4*, (pp. 276-279).

Ascencio, L., Allende, S. R., y Verástegui, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. En *Psicooncología, Vol. 11, Núm. 1*, (pp. 101-115).

Asociación Española contra el Cáncer. (2010) ¿Qué son las emociones? En *Las emociones comprenderlas para vivir mejor*. (p. 4) Recuperado de: <http://sauce.pntic.mec.es/falcon/emociones.pdf>

- Ávila, S., Alfaro, T., y Olmedo, J. (2016). Generalidades sobre la placenta previa y acretismo placentario. En *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR - HSDJ*, Vol. 6, Núm 3, (pp. 11-20).
- Bellak, L. (1986). I. Propósitos Generales. En *Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia*, (pp. 1-43). México: Manual Moderno.
- Bergalló, E., Ruvalcaba, E., Quintero, G., Reséndiz, J. A., Salas, E., Serrano, J. A., Silva, A., ..., Rodríguez, S. (2019). Recursos para la atención de pacientes con cáncer de mama en México. En *Gaceta Mexicana de Oncología*, Vol. 18, (pp. 121-126).
- Berger, G. (1979). Introducción. En *Apostel, L., Berger, G., Briggs, A., y Guy, M. (Coord.), Interdisciplinarietà: Problemas de la enseñanza y de la investigación en las universidades*. México: ANUIES.
- Berger, P., y Luckman, T. (2001). "Los fundamentos del conocimiento en la vida cotidiana" y "La sociedad como realidad objetiva". En *La construcción social de la realidad* (pp. 36-119). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bleger, J. (2012). La entrevista psicológica. En *Temas de psicología (Entrevista y grupos)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bolaños, L. P. (2014). El estudio socio-histórico de las emociones y sentimientos en las Ciencias Sociales del siglo XX. En *Revista de estudios sociales*, Núm. 55, (pp. 178-191).
- Botasso, O. (2021). Estrés e inmunidad, entre lo tradicional y más neoclásico, con una incursión en los efectos a largo plazo. En *Rev. Méd. Rosario*, Vol. 87, (pp. 6-16).
- Boukaram, C. (2011). *El poder anticáncer de las emociones*. Barcelona: Luciérnaga.
- Bourdieu, P. (2008). La práctica de la sociología reflexiva. En *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J. C., y Passeron, J. C. (2008). El hecho se conquista contra la ilusión del saber inmediato. En *El oficio del sociólogo*, (pp. 27-50). México: Siglo XXI.

- Bourdieu, P., y Passeron, J. C. (1977). Fundamentos de una teoría de la violencia simbólica. En *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Barcelona: Laia.
- Bravo, K. (9 febrero de 2022). Desabasto en el Hospital Pediátrico de Sinaloa es porque el Insabi no ha surtido de medicamentos: Rocha Moya. En *Noroeste*. [En línea] Recuperado de <https://www.google.com/amp/s/www.noroeste.com.mx/amp/culiacan/desabasto-en-el-hospital-pediatrico-de-sinaloa-es-porque-el-insabi-no-ha-surtido-de-medicamentos-rocha-moya-HE1868779>
- Brito, L. X. (2016). Los conceptos de lo Bio en los discursos antropológicos en pacientes con cáncer. En *Revista de Bioética y Derecho. Perspectivas Bioéticas, Vol. 38*, (pp. 25-35).
- Bruner, J. (1987). La perfectibilidad del intelecto. En *La importancia de la educación*, (pp. 17-35). Barcelona: Paidós Educador.
- Bronffman, M., y Castro, R. (1999). Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud. En *Bronfman, M., y Castro, R. (Coord.), Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina*, (pp. 49-64). México: EDAMEX.
- Burgos, M., y Paravic, T. (2003). Violencia hospitalaria en pacientes. En *Ciencia y enfermería, Vol. 9, Núm. 1*, (pp. 9-14).
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. En *An. Sist. Sanit. Navar., Supl. 3*, (pp. 163-176).
- Camelo, S. M. (2005). Psiconeuroinmunología: breve panorámica. En *DIVERSITAS, Vol. 1, Núm. 2*, (pp. 148-160).
- Canguilhem, G. (1971). "Acerca de algunos problemas relativos a lo normal y lo patológico" y "¿Existen ciencias de lo normal y lo patológico?". En *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Carballeda, A. (2007). "La intervención en lo social: los orígenes y su sentido" y "Crisis, nuevos escenarios e investigación en lo social". En *La intervención en lo social*.



- Exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales*, (pp. 21-68). Buenos Aires: Paidós.
- Carrasco, M., de la Roca, J. M., Murillo, B. O., Montes, R., y Padrós, F. (2020). Rasgos de personalidad, el modelo de los cinco grandes y salud. En Montes, R., Y Luna, M. G., (Coord.). *Investigación Interinstitucional en Psicología. Nuevos desafíos para el siglo XXI*, (pp. 9-21).
- Castaingts, J. (2007). Antropología simbólica y neurociencia. En *Alteridades*, Núm. 18, Vol. 35, (pp. 129-138).
- Castaño, A. M., y Palacios, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y la quimioterapia. En *Psicooncología*, Vol. 10, Núm. 1 (pp. 79-93).
- Castelo, B., Palao, Á., Carmona, A., Jiménez, P., Jara, C., Ayala, F., Ghanem, I., ..., Calderón, C. (2018). Estoicismo frente al cáncer: riesgo o protección. En *Psicooncología*, Vol. 15, Núm. 1, (pp. 11-22).
- Castillo, J. (2013). Cáncer y biopolítica: un análisis semiótico-material del riesgo. En XXIX Congreso Latinoamericano de Sociología ALAS Chile 2013. Biociudadanía, riesgo y redes sociotécnicas (propuesta de ponencia).
- Castro, R. (2000). Estructura y acción en la experiencia de la salud. En *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Morelos: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM).
- Castro, R. (2002). En busca del significado. Supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En Szasz, I., y Lerner, S. (Coord.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, (pp. 57-85). México: Colegio de México.
- Castro, R. (2010). Sociología de la salud en México. En *Política y Sociedad*, Vol. 48, Núm. 2, (pp. 295-312).
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. En *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 76, Núm. 2, (pp. 167-197).

- Celma, A. G., y Strasser, G. (2015). El proceso de la muerte en enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. En *Revista de Saúde Colectiva*, Vol. 25, Núm. 2, (pp. 485-500).
- Chapela, Ma. del C. (2008). Una definición de salud para promover la salud. En Carolina Martínez Salgado (Comp.) *Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Coffey, A., y Atkinson, K. (2003). “Narrativas y relatos” y “Significados y metáforas”. En *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*, (pp. 64-127). Antioquia: Universidad de Antioquia.
- Coolican, H. (2005). Métodos cualitativos: problemas con el positivismo. En *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: Manual Moderno.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. C., Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. En *Acta Colombiana de Psicología*, Vol. 10, Núm. 2, (pp. 169-179).
- Cruz, Á. (2 de septiembre de 2021a). Tuvieron estados sólo 3.1% de fármacos oncológicos requeridos en enero-junio. En *La Jornada*. [En línea] Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/2021/09/02/politica/007n1pol>
- Cruz, Á. (5 de noviembre de 2021b). Atribuye el Insabi el desabasto de fármacos a que hospitales no plantean sus requerimientos. En *La Jornada*. [En línea] Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/11/05/politica/atribuye-el-insabi-el-desabasto-de-farmacos-a-que-hospitales-no-plantean-sus-requerimientos/>
- Cyrulnik, B. (2016). ¿Por qué la resiliencia?. En *Cyrulnik, B. y Anaut, M. (Coord.), ¿Por qué la resiliencia? Lo que nos permite reanudar la vida*, (pp. 9-20). Barcelona: Gedisa.
- Damasio, A. (1989). Emoción y sentimiento. En *Sentir lo que sucede. Cuerpo y emoción en la fábrica de la consciencia*. Santiago: Editorial Andrés Bello.

- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En *Michel Foucault: filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Del Monaco, R. (2020). “Terapias del aquí y ahora porque lo que te pasa te pasa hoy”: brevedad y eficacia como modelo de abordaje y resolución en los tratamientos cognitivo-conductuales. En *Cuestiones de sociología, Núm. 22*, (pp. 1-15).
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. (2008). Introducción general. La investigación cualitativa como disciplina y como práctica. En *El campo de la investigación cualitativa. Manual de Investigación Cualitativa, Vol. 1*, (pp. 43-101). México: Gedisa.
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2018). Acuerdo Secretarial número 390 mediante el cual el Hospital General Naval de Alta Especialidad cambia su denominación a Centro Médico Naval. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5539285&fecha=27/09/2018](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5539285&fecha=27/09/2018)
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2020). Programa Sectorial derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020)
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2020). Programa Sectorial de Marina 2020-2024. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5596130&fecha=03/07/2020#:~:text=El%20proceso%20de%20integraci%C3%B3n%20del,Nacional%2C%20considerando%20como%20objetivo%20superior%20%22](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596130&fecha=03/07/2020#:~:text=El%20proceso%20de%20integraci%C3%B3n%20del,Nacional%2C%20considerando%20como%20objetivo%20superior%20%22)
- Díaz, B. (1991). La entrevista a profundidad. En *Un elemento clave en la producción de significaciones de los sujetos*. (pp.161-178).
- Dispenza, J. (2014). Cómo los pensamientos cambian el cerebro y el cuerpo. En *El placebo eres tú. Descubre el poder de tu mente*. Barcelona: Urano.
- Durán, M. M. (2012). El Estudio de Caso en la Investigación Cualitativa. En *Revista Nacional de Administración, Vol. 3, Núm. 1*, (pp. 121-134).
- Elaskar, M. C., y Salomón, S. (2019). Cuando el médico es el paciente. En *Revista Médica Universitaria. Facultad de Ciencias Médicas - UNCuyo, Vol. 15, Núm. 1*, (pp. 1-7).

- Elías, N. (2009). *La soledad de los moribundos*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Elías, N., y Dunning, E. (1992). La búsqueda de la emoción en el ocio. En *Deporte y ocio en el proceso de la civilización*, (pp. 83-115).
- Espinosa, M. R., Jiménez, S., y Bautista, C. B. (2017). Jóvenes universitarios y recursos resilientes asociados a las creencias familiares. En *Alternativas en psicología*, Núm. 37, (pp. 135-148).
- Fando, M., y Villaseñor, M. (2002). Modalidades de entrevista grupal en la investigación social. En Szasz, I., y Lerner, S. (Coord.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, (pp. 225-241). México: Colegio de México.
- FeSP. (2015). Los recursos del individuo para hacer frente al estrés. En *Infantil PRL*. Recuperado de: <https://infantilprl.saludlaboral.org/riesgos-sector/4-riesgos-psicosociales/4-1-estres-2/4-1-8/>
- Flick, U. (2015). ¿Qué es la investigación cualitativa? En *El diseño de investigación cualitativa*, (pp. 19-36). Madrid: Morata.
- Font, A., y Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. En *Psicooncología*, Vol. 6. Núm. 1, (pp. 27-42).
- Foucault, M. (1983). El sujeto y el poder. En Dreyfus, H. L., y Rabinow, P. (Coord.), *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*, (pp. 241-259). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Foucault, M. (1991). El juego de Michel Foucault. En *Saber y verdad*. Madrid: La piqueta.
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002). Suplicio. En *Vigilar y castigar*, (pp. 11-76). México: Siglo XXI.

- Foucault, M. (2006). “Clase del 11 de enero de 1978”, “Clase del 18 de enero de 1978” y “Clase del 29 de marzo de 1978”. En *Seguridad, territorio, población*, (pp. 15-73; 355-379)
- Foucault, M. (2016). Subjetividad y verdad. En *El origen de la hermenéutica de sí*, (pp. 39-70). México: Siglo XXI.
- Freud, S. ([1917] 1976). Duelo y melancolía. En *Obras Completas, Vol. XIV*, (pp. 235-255). Buenos Aires: Amorrortu Editores
- García, A. A., y Gómez, M. A. E. (2016). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. En *GAMO, Vol. 15, Núm. 1*, (pp. 3-9).
- García, M. Á. E., y Alvarado, S. (2009). La comunicación en la relación médico-paciente: perspectiva del paciente oncológico. En *GAMO, Vol. 8, Núm. 3*, (pp. 119-126).
- García, R. (2000). “El conocimiento como sistema complejo” y “Las fases estructuradas”. En *El conocimiento en construcción. De las formulaciones de Jean Piaget a la teoría de sistemas complejos*, (pp. 65-92; 133-136). Barcelona: Gedisa.
- García, R. (2006). Definibilidad de un sistema. En *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*, (pp. 39-47). Barcelona: Gedisa.
- Galindo, O. (2019). Escala de afrontamiento al cáncer en pacientes oncológicos en población mexicana. En *Psicooncología, Vol. 16, Núm. 1*, (pp. 61-72).
- Geertz, C. (2003). Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En *La interpretación de las culturas*, (pp. 19-38). Barcelona: Gedisa.
- Global Cancer Observatory (GCO). (2020). México. Source: Globocan 2020. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-factsheets.pdf>
- Gómez, M., Chamorro, G., Obispo, K., Parra, Y., Paba, C., Rodríguez, U. (2013). Representación social del psicólogo en el área de la salud: un estudio cualitativo en la facultad de ciencias de la salud de la universidad del Magdalena. En *Psicología desde el Caribe, Vol. 30, Núm. 1*, (pp. 91-122).

- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. En *Salud Pública de México*, Vol. 53, (pp. 220-232).
- González, F. L. (2007). El compromiso ontológico en la investigación cualitativa. En *Los procesos de construcción de la información*. México: McGraw-Hill.
- González, F. L. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. En *REVISTA DIVERSITAS - PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA*, Vol. 4, Núm. 2, (pp. 225-243).
- González, J. M. G., Romero, R., Morillo, M. S., y Alarcón, J. M. (2014). Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. En *Psicología Educativa*, Vol. 20, (pp. 53-60).
- González, L., De la Roca, J. M., Daneri, A., Colunga, C., Contreras, A. M..., y Ocegüera, A. (2016) Consejo Genético Oncológico: las aplicaciones de la Psicooncología. En *GAMO*, Vol. 15, Núm. 3, (pp. 145-149).
- Grotberg, E. H. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En Melillo, A., y Suárez, E. N. (Coord.), *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*, (pp. 19-30). Barcelona: Paidós.
- Guadarrama, J. A., y Mota, M. de J. (2018). Métodos de detección temprana del cáncer. Detección temprana en cáncer. En *Rivera, S., Calderillo, G., y Quintana, M. (Coord.), Oncología General para profesionales de la salud de primer contacto*, (pp. 79-84). México: Permanyer.
- Guerra, A., Silva, E., Montero, S., Rodríguez, D. J., Mansilla, R., y Nieto, J. M. (2020). Metástasis: un hito para el conocimiento, un reto para la ciencia. En *Revista Cubana de Medicina*, Vol. 59, Núm. 1, (pp. 1167-1187).
- Gutiérrez, S. (2020). El componente afectivo de las representaciones sociales. En *Revista Cultura y Representaciones Sociales*, Vol. 15, Núm. 29, (123-151).
- Han, B-C. (2014). *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona: Herder.
- Han, B-C. (2020). *La sociedad paliativa. El dolor hoy*. Barcelona: Herder.

- Heinze, G., Olmedo, V. H., Bazán, G., Bernard, N. A., y Guízar, D. P. (2018). Los médicos especialistas en México. En *Gaceta Médica de México*, (pp. 342-351).
- Hernández, B., Toro, I. D. (2017). Foucault y el cuidado de sí mismo: una posibilidad para la gestión humana. En *Revista Espacios*, Vol. 38, Núm. 53, (pp. 1-35).
- Herrera, Á., León, A. M., Salcedo, R. A. (2018). Principios del tratamiento quirúrgico del cáncer. En *Rivera, S., Calderillo, G., y Quintana, M. (Coord.), Oncología General para profesionales de la salud de primer contacto*, (pp. 25-28). México: Permanyer.
- Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. En *Santa Cruz de la Palma*, Vol. 10, Núm. 2, [Artículo en línea]. Recuperado de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006)
- Herzlich, C. (2004). Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. En *Physis: Revistas de Saúde Coletiva*, Vol. 14, Núm. 2, (pp. 383-394).
- Herzlich, C. (2005). Fragilidade da vida e desenvolvimento das Ciências Sociais no Campo da Saúde. En *Physis - Revista Saúde Coletiva*, Vol. 15, Núm. 2, (pp. 193-203).
- Herzlich, C., y Pierret, J. (1985). The social construction of the patient: patients and illnesses in other ages. En *Social Science & Medicine*, Vol. 20, Núm. 2, (pp. 145-151).
- Herzlich, C., y Pierret, J. (2005). Uma doença no espaço público, a AIDS em seis jornais franceses. En *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Vol. 15, (pp. 71-101).
- Hewitt, N., y Gantiva, C. Á. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. En *Avances en Psicología Latinoamericana*, Vol. 27, Núm. 1, (pp. 165-167).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer, Núm. 105/21. Recuperado de

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021_Nal.pdf)

Jacobo, F. E. (2020). Antropología de las emociones. En *Antropología de las emociones*. Vol. 10, (pp. 1-4). Recuperado de: [https://www.posgrado.unam.mx/antropologia/revista/revista\\_10.pdf](https://www.posgrado.unam.mx/antropologia/revista/revista_10.pdf)

Jar, N. (2017). Cuando el médico se convierte en paciente. En *La Vanguardia*. Recuperado de: <https://www.lavanguardia.com/vida/20170723/4337447258/cuando-el-medico-se-convierte-en-paciente.html>

Jesús, T. (2010). Medicina tradicional: ¿Una puerta a la charlatanería? En *Acta Científica Estudiantil*, Vol. 8, Núm. 1, (pp. 32-33).

Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En *Moscovici, S. (Coord.), Psicología Social II. Pensamiento y vida social*, (pp. 469-494). Barcelona: Paidós.

Jodelet, D. (2000). Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras. En *Jodelet, D., y Guerrero, A. (Coord.), Develando la Cultura. Estudios en representaciones sociales* (pp. 7-30). México: Facultad de Psicología, UNAM.

Jodelet, D. (2007). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. En *Cultura y representaciones sociales*, Año 3, Núm. 5, (pp. 32-63).

Kleinman, A. (1988). The meaning of symptoms and disorders. En *The illness narratives. Suffering, Healing, and the human condition*. Nueva York: Basic Books.

Kleinman, A, Eisenberg, L, Good, B. (2006). Culture, Illness, and Care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. En *FOCUS*, Vol. 4, Núm. 1, (pp. 140-149)

Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.

Kübler-Ross, E., y Kessler, D. (2017). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.

Kübler-Ross, E. (2017). *La muerte: un amanecer*. México: Diana México.



- Kübler-Ross, E. (2018). *Vivir hasta despedirnos*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Laak, J. (1996). Las cinco grandes dimensiones de la personalidad. En *Revista de Psicología de la PUCP, Vol. 14, Núm. 2*, (pp. 129-181).
- Le Breton, D. (1998). Antropología de las emociones. En *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*, (pp. 103-162).
- López, N., Reyes, T., y Reyes, M. E. (2010). Ética, Bioética, y Legalidad en los cuidados paliativos; competencia de enfermería. en *Cancerología, Vol. 5*, (pp. 37-44).
- Madariaga, J. M., Novella, I., y Arribillaga, A. (2016). Resiliencia y funcionalidad familiar. En Cyrulnik, B. y Anaut, M. (Coord.), *¿Por qué la resiliencia? Lo que nos permite reanudar la vida*, (pp. 79-87). Barcelona: Gedisa.
- Marie, F., Arreola, H., Velázquez, E., Dorantes, J., Méndez, Ó., y Ávila, L. (2009). El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. En *Salud Pública de México, Vol. 52*, (pp. 286-295).
- Martínez, C. (2008). Los múltiples significados de la salud. Un recorrido bajo la guía de Canguilhem. En Carolina Martínez Salgado (Comp.) *Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Martínez, N. (30 de noviembre de 2021). Insabi asume su error: 4T compró medicinas que ya no se fabrican. En *El Sol de México*. [En línea]. Recuperado de <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/insabi-asume-su-error-4t-compro-medicinas-que-ya-no-se-fabricaban-7543053.html/amp>
- Marzo, M., Montaña, A. (2007). El sistema GRADE para la toma de decisiones clínicas y la elaboración de recomendaciones y guías de práctica clínica. En *Revista Atención Primaria, Vol. 39, Núm. 9*, (pp. 457-460).
- Mead, G. (2000). *Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social*. Barcelona: Paidós Básico.

- Medrano, R., García, L., y Luna, M. (2018). Cáncer gástrico. En *Oncología General para profesionales de la salud de primer contacto*, (pp. 127-134). México: Permanyer.
- Melguizo, A., Martos, M. J., y Hombrados, I. (2019). Influencia del apoyo social sobre el estrés y la satisfacción vital en padres de niños con cáncer desde una perspectiva multidimensional. En *Psicooncología*, Vol. 16, Núm. 1, (pp. 25-42).
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Editorial Huemul S.A.
- Moscovici, S., y Hewstone, M. (1986). De la ciencia al sentido común. En *Moscovici, S. (Coord.), Psicología Social II. Pensamiento y vida social*, (pp. 679-710). Barcelona: Paidós.
- Muñiz, M. (2010). Estudios de caso en la investigación cualitativa. En *División de estudios de posgrado. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de psicología*, (pp. 1-8).
- Muñoz, V., y De Pedro, F. (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. En *Revista Complutense de Educación*, Vol. 16, Núm. 1, (pp. 107-124).
- Mustaca, A. E. (2001). Emociones e inmunidad. En *Revista colombiana de psicología*, Vol. 10, (pp. 9-20).
- National Cancer Institute. (2014). Cambios para la familia. En NIH National Cancer Institute [En línea]. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/adaptacion-al-cancer/cambios-para-la-familia>
- National Cancer Institute. (2019). Exámenes de detección del cáncer de estómago (gástrico) (PDQ) - Versión para pacientes. En NIH National Cancer Institute. [En línea] Recuperado de <https://www.cancer.gov/types/stomach/patient/stomach-screening-pdq>
- Nácar, V. M., Palomares, A., López, M., Ochoa, F. J., Alvarado, S. (2012). Cáncer: mitos relacionados con la enfermedad. En *GAMO*, Vol. 11, Núm. 6, (pp. 385-391).

- Neira, M. (2000). *El hombre que cura el cáncer*. Quito-Ecuador: Ediciones ABYAYALA.
- Nussbaum, M. C. (2020). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Ciudad de México: Booket.
- Ogata, N., Suardiaz, A., Domínguez, N., Zárate, R., Canales, D. (2010). Discriminación a la medicina tradicional. En *Etnobotánica, Universidad Veracruzana*. Recuperado de: [https://www.uv.mx/ethnobotany/Reflexion\\_NOA.html](https://www.uv.mx/ethnobotany/Reflexion_NOA.html)
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Recuperado de [portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](https://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
- Organización Internacional del Trabajo y Organización Panamericana de la Salud. (1999). “La definición del gasto de bolsillo”. En *El gasto de bolsillo en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud*, (pp. 3-5). México.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional*. En *Atención Primaria a la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la salud*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Cáncer. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Perfiles de país sobre cáncer, 2020. Recuperado de [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15716:country-cancer-profiles-2020&Itemid=72576&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15716:country-cancer-profiles-2020&Itemid=72576&lang=es)
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2016). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. 2016. Recuperado de <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). 2019. Health at Glance 2019. Recuperado de <https://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-ES.pdf>
- Orta, D. (2018). Génesis del cáncer. En *Rivera, S., Calderillo, G., y Quintana, M. (Coord.), Oncología General para profesionales de la salud de primer contacto*, (pp. 6-10). México: Permanyer.
- Ortego, M, López, S, Álvarez, M, Del Mar, M. (2011). Tema 11. El duelo. (pp. 2-3) Recuperado de: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1575/course/section/2034/tema-11.pdf>
- Padilla, J. (2019). “Ideología y control” y “Combustible”. En *¿A quién vamos a dejar morir? Sanidad pública, crisis y la importancia de lo político*, (pp. 46-57; 68-76). Madrid: Capitan Swing Libros S. L.
- Paicheler, H. (1986). La epistemología del sentido común. En *Moscovici, S. (Coord.), Psicología Social II. Pensamiento y vida social*, (pp. 379-414). Barcelona: Paidós.
- Pakman, M. (2010). Introducción. En *Palabras que permanecen, palabras por venir. Micropolítica y poética en psicoterapia*, (pp. 15-44). Barcelona: Gedisa.
- Pakman, M. (2014). “Más allá de la biología y el giro lingüístico” y “El habla y el regazo”. En *Texturas de la imaginación. Más allá de la ciencia empírica y del giro lingüístico*. Barcelona. Gedisa.
- Palacios, X. (2013). Representaciones sociales de la Medicina Popular en el paciente oncológico adulto, la familia del paciente y los miembros del equipo de salud. [Tesis doctoral]. Universidad de Bolonia.
- Pavón, L. M., Flores, S., y Flores, C. (2016). Representaciones sociales y Medicina tradicional. En *Revista médica de la universidad veracruzana, Vol. 16, Núm. 1*, (pp. 59-73).
- Peñacoba, C., Velasco, L., González, J. L., y Garrosa, E. (2005). Estrategias de afrontamiento y personalidad resistente en pacientes de cuidados paliativos. Un estudio preliminar.

- Pérez, D. A., Allende, S., Domínguez, G., y Verástegui, E. (2013). Alimentación e hidratación en medicina paliativa. En *GAMO*, Vol. 12, Núm. 4, (pp. 267-275).
- Poletti, R., y Dobbs, B. (2005). La resiliencia: el arte de resurgir a la vida. México: Editorial Lumen.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2016). Concepto - Desarrollo Humano. En *Informe Nacional de Desarrollo Humano del PNUD Guatemala*. [En línea]. Recuperado de <http://desarrollohumano.org.gt/desarrollohumano/concepto/>
- Quintana, M., Díaz, M. del C. (2018). Principios del tratamiento sistémico. En *Rivera, S., Calderillo, G., y Quintana, M. (Coord.), Oncología General para profesionales de la salud de primer contacto*, (pp. 36-42). México: Permanyer.
- Quintana, M., Orta, D., López, F., Mejía, I., Frías, Y. N., Larracilla, I., Álvarez, T. P., y Paredes, S. R. (2017). Carcinoma gástrico en México, un problema de salud en el horizonte. En *Journal of cancerology*, Vol. 4, (pp. 41-49). México: Permanyer.
- Ramírez, É, J. (19 de octubre de 2021). Aceptación tácita del fracaso del Insabi. En *El economista*. [En línea]. Recuperado de <https://www.eleconomista.com.mx/amp/opinion/Aceptacion-tacita-del-fracaso-del-Insabi-20211019-0119.html>
- Rámirez, J. (2007). Durkheim y las representaciones colectivas. En *Rodríguez, T., y García, M. de L. (Coord.), Representaciones sociales. Teoría e investigación*, (pp. 17-50). México: Universidad de Guadalajara.
- Rateau, P., y Lo Monaco, G. (2013). La teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y métodos. En *Revista CES Psicología*, Vol. 6, Núm. 1, (pp. 22-42).
- Rendón, K. (20 de noviembre del 2020). Cáncer: Esto cuesta un tratamiento en México para la enfermedad que golpea duro el bolsillo. Recuperado de <https://www.merca20.com/cancer-cuanto-cuesta-tratamiento-mexico-ernesto-canto-muerte/>
- Rimpoché, S. (1994). El latido de la muerte. En *El libro tibetano de la vida y la muerte*, (pp. 57-58). Barcelona: Círculo de lectores.

- Rivas, M. (2002). La entrevista a profundidad: un abordaje en el campo de la sexualidad. En Szasz, I., y Lerner, S. (Coord.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, (pp. 199-223). México: Colegio de México.
- Riveros, A., Sánchez, J. J., y del Águila, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. México: Manual Moderno.
- Robert, V., Álvarez, C., y Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. En *Revista Médica Clínica Las Condes*, Vol. 24, Núm. 4, (pp. 677-684).
- Rodríguez, M. (2006). Afrontamiento del cáncer. En *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: Un estudio empírico y clínico*, [tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid] (pp. 72-123). Repositorio. Psiquiatría y afrontamiento Tesis doctoral.pdf
- Rodríguez, J. (2017). El vínculo afectivo entre personas con cáncer y sus familias como factor de resiliencia. Recuperado de [https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/405842/JRR\\_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/405842/JRR_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ruiz, I., Hombrados, I., y Melguizo, A. (2021). Influencia del optimismo y la percepción de apoyo social del personal sanitario sobre la calidad de vida de los enfermos de cáncer. En *Psicooncología*, Vol. 18, Núm. 1, (pp. 51-75).
- Saldívar, B. (22 de Junio del 2021). Insabi, con mayor cobertura pero menor gasto per cápita: CIEP. En *El economista*. Recuperado de <https://www.eleconomista.com.mx/amp/economia/Insabi-con-mayor-cobertura-pero-menor-gasto-per-capita-CIEP-20210622-0100.html>
- Salgado, A. C. (2014). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. En *Propósitos y representaciones*, Vol. 2, Núm. 1, (pp. 121-159).

- Samper, E. (20 de octubre de 2018). Al otro lado de la consulta: cuando el médico se convierte en paciente. En *El País*. Recuperado de: [https://elpais.com/elpais/2018/10/03/ciencia/1538589566\\_759440.html](https://elpais.com/elpais/2018/10/03/ciencia/1538589566_759440.html)
- Sánchez, R. A. (2007). La teoría de los campos de Bourdieu, como esquema teórico de análisis del proceso de graduación en posgrado. En *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, Vol. 9, Núm. 1.
- Schifter, L. (2010). La farmacopea mexicana. Guardiana de un patrimonio nacional viviente. En *Revista Casa del Tiempo*, Vol. 3, Núm. 29, (pp. 63-67).
- Schiappacasse, G., y González, P. (2016). Validación del test Meaning in Life Scale (MILS) modificado para evaluar la dimensión espiritual en población chilena y latinoamericana con cáncer en cuidados paliativos. En *GAMO*, Vol. 15, Núm. 3, (pp. 121-127).
- Schnoll, R. A., Knowles, J. C., y Harlow, L.L. (2002). Correlates of adjustment among cancer survivors. En *Journal of psychosocial oncology*, Vo. 20, Núm. 1, (pp. 37-59).
- Schutz, A. (1974). Introducción. Contenido de la experiencia y objetos de pensamiento. En *El problema de la realidad social*. Madrid: Amorrortu editores.
- Secretaría de Salud. (2016). Taller Cuidados Paliativos. Recuperado de [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/taller\\_cuidados\\_paliativos.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/taller_cuidados_paliativos.pdf)
- Sociedad Mexicana de Oncología (SMEO). (2016). Prevención y diagnóstico oportuno en cáncer. Ciudad de México: Permanyer México.
- Sontag, S. (2008). *La enfermedad y sus metáforas: El sida y sus metáforas*. España: Editorial DeBolsillo.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. En *Boletín de Psicología*, Núm. 75, (pp. 73-85).

- Souto, R. (2018). Principios de tratamiento con radioterapia. En *Rivera, S., Calderillo, G., y Quintana, M. (Coord.), Oncología General para profesionales de la salud de primer contacto*, (pp. 29-35). México: Permanyer.
- Suárez, E. N. (1996). El concepto de resiliencia comunitaria desde la perspectiva de la promoción de la salud. En *Resiliencia. Construyendo en adversidad*. Santiago de Chile: CEANIM.
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). “Codificación abierta” y “Codificación axial”. En *Bases de la investigación. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*, (pp. 110-120; 134-156). Antioquia: Universidad de Antioquia.
- Strauss, C-L. (1995). El hechicero y su magia. En *Antropología estructural*. Barcelona: Paidós.
- Szasz, I., y Amuschátegui, A. (2002). Un encuentro con la investigación cualitativa en México. En *Szasz, I., y Lerner, S. (Coord.), Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, (pp. 17-30). México: Colegio de México.
- Torres, T. M., Maheda, M. E., Aranda, C. (2004). Representaciones sociales sobre el psicólogo: investigación cualitativa en el ámbito de la formación de profesionales de la salud. En *Revista de Educación y Desarrollo, Vol. 2*, (pp. 29-42)
- Trujillo, A. L., Allende, S., y Verástegui, E. (2013). Utilidad del Índice Pronóstico Paliativo (PPI) en pacientes con cáncer. En *GAMO, Vol. 12, Núm. 4*, (pp. 234-239).
- Valladares, A. M. (2008) La familia. Una mirada desde la Psicología. En *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, Vol. 6, Núm. 1*, (pp. 4-13).
- Vargas, I., Muggenburg, M. E., Palacios, J., y Heinze, G. (2012). Preferencias de especialidad médica entre los estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la UNAM: ¿En qué lugar se ubica la Psiquiatría? En *Salud Mental, Vol. 35*, (pp. 465-473).



- Véliz, F., Núñez, A., y Selman, A. (2018). Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. En *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 83, Núm. 5, (pp. 513-526).
- Villalba, C., León, E., Muñoz, A., Jiménez, J. M., y Zavala, I. (2016). Adaptación y resiliencia en adolescentes adoptados por una familia de acogida emparentada. En *Cyrulnik, B. y Anaut, M. (Coord.), ¿Por qué la resiliencia? Lo que nos permite reanudar la vida*, (pp. 68-78). Barcelona: Gedisa.
- Zambrano, M. (2012). Entre el ver y el escuchar. En *Educación*, Vol. 30, (pp. 46-7).
- Zurita, J. N., Manuel, L., Arellano, M. L., Carranza, R. A., Gutierrez, A., Borja, V. H., y Cisneros, N. (2017). Mortalidad de Cáncer Gástrico en México 2005-2015: Perfil Epidemiológico. En *Archivos de medicina*, Vol. 13, Núm. 4, (pp. 1-5).

## 9. Anexos

### Transcripción Primera Entrevista

09 de Noviembre 2022

**Yessica:** Ya vamos a empezar a grabar.

**Ada:** Okey.

**Yessica:** Ahora le vamos a dar paso a Antonio porque tiene algo que decirnos.

**Ada:** Okey.

**Antonio:** ¡Hola! Mucho gusto. Yo soy Antonio y pues, bueno, como comenta Yess nosotros tenemos ya planeado y en camino nuestro proyecto terminal, lo que vendría siendo nuestra tesis de licenciatura y... pues, Yess nos había platicado un poquito la situación por la que estás pasando y... digamos, nos interesaba el tema porque nosotros estamos... queremos abordar la parte de la experiencia por la que atraviesan los pacientes con cáncer. Sucede que nos hemos encontrado con algunos textos en los que se ha redactado, se ha narrado, se ha plasmado, que la experiencia de los pacientes con cáncer tiende a ser, a veces, desalentadora. Entonces queremos corroborar –digamos– todo esto desde tu experiencia.

**Ada:** Okey, perfecto. Bien. Pues de entrada...

**Antonio:** Perdón, se apagó tu micrófono.

**Ada:** A ver, ¿aquí? ¿me entiendes?

**Antonio:** Sí.

**Ada:** ¡Ya!

**Yessica:** Tantito. Amiga, antes, tantito... Eh, bueno, yo la verdad me tomé el atrevimiento de comentarles a mis compañeros pues... este caso porque la verdad se me hace un caso muy impactante. Es un caso, que –como tú me contaste–, no es como que cualquier cosa –para empezar. No le sucede a cualquier persona. Y yo, en lo personal, como mujer, como persona, como ser humano te puedo decir que eres y has sido una mujer muy valiente, muy fuerte...

**Ada:** ¡Ay! Gracias.

**Yessica:** ... que has sabido sobrellevar esto. Y creemos que nos puede aportar muchísimo este caso y también nosotros queremos aportarte a ti, queremos que con esto podamos aportarte y aportarle algo a otras personas que se encuentran en la misma situación. Entonces, por eso es que me tomé el atrevimiento de poderles comentar a mis compañeros un poco de tu caso, y pues... te agradecemos mucho tu tiempo y esfuerzo. Y agradecemos que de verdad quieras compartir un poco de tu experiencia con nosotros.

**Ada:** ¡Ay, no! Pues muchísimas gracias a ustedes por considerarme dentro de este proyecto y pues espero aportar lo que ustedes necesitan para que... pues también puedan lograr realmente el objetivo de lo que es su proyecto. Así que ustedes me indican y vemos. ¡Empezamos!

**Yess:** Sí, bueno. Queremos trabajar varias sesiones...

**Ada:** ¿Me escuchan? ¿Hola? ¿¡Me escuchan!>? Se cortó por ahí la comunicación.

**Antonio:** Sí

**Yess:** Bueno. Nosotros, eh, te digo...

**Ada:** Bueno ustedes me indican.

**Yess:** Queremos...

**Ada:** Yo más o menos...

**Yess:** Perdón, es que se está como cortando y todo se está aquí como juntando, pero... nos vamos a acoplar a tu tiempo. Tú nos dices en qué días puedes, tus horarios y todo eso. Entonces... ¿chicos, no sé si quieran comenzar?

**Antonio:** Sí. ¿Podrías comentarnos de nuevo cómo habías comenzado y lo que ibas a contarnos? Lo que puedas contarnos de ti, por favor.

**Ada:** Okey. Bueno, de entrada, de manera muy general, el tipo de cáncer o metástasis que yo presenté fue a raíz de un problema que se llama "Acretismo placentario". Eso es... se da... a cabo en un embarazo de alto riesgo, ya que yo fui metida a cirugía a los cuatro meses de embarazo por un tumor que yo tenía o que ya venía creciendo. De ese tumor que no se pudo retirar se empieza a generar un problema de "placenta previa" que se

convierte en una “placenta accreta” posteriormente. Después de eso, nace mi bebé con bastantes complicaciones para mí, no tanto para mi bebé, y a raíz de eso quedan ciertas secuelas que considerábamos dentro de lo normal (*enfatisa las últimas dos palabras*) y que no se le dio como la importancia... pues debida. Amm... pasando esto, pasan los meses, se le da seguimiento a la parte que yo tengo porque yo tuve que tener esa parte de retirarme completamente la matriz y se le dice “histerectomía”; se tuvo que retirar toda la matriz para checar, para salvaguardar mi vida y la de mi bebé. Después, pues se les hacía un poquito raro a los médicos que pues... yo ya al no tener matriz... Ehmm... ¿Cómo era posible que se me... o sea, que un tumor se siguiera formando (*enfatisa última palabra*) dentro de mí, si yo ya no tenía como tal una matriz? Empieza el proceso de los estudios médicos, resonancias magnéticas, tomografías, etc., y pues descubren que es un tumor... por lo cual, empieza otra vez el proceso de ver qué... pues... es lo que sigue, de qué tan grave es el tumor y todo. Ya posteriormente sin problemas les puedo compartir algunas fotografías... este... para que ustedes tengan como que esa evidencia, ¿no? El proceso emocionalmente, obviamente, es, en el momento, muy desalentador (*ríe*)... cuando ya se tienen los resultados de decirte: “¿Sabes qué...? Sí tienes un tumor que te está causando bastante problema...” Ehmm... Lo que les voy a decir es un poquito complicado o fuerte porque el tumor ya salía de mi cuerpo, o sea, ya era algo que... (*ríe*) no entendemos hasta la fecha cómo es que se dio; ya salía de mi cuerpo al hacer presión o al ir a... a hacer pis (*ríe*)... el tumor salía totalmente y lo podían manipular, y entonces decían: “¿Sabes qué...? Esto está... ¡Está mal!”. Me hacen mis últimos resultados y... mis últimos estudios, perdón y... me dicen: “¿Sabes qué...? Tienes metástasis, y lo tienes en una etapa... pues inicial” (*suspira*). Entonces es ahí cuando... pues yo como mamá (*ríe*) digo: “mis hijos” (*suspira y ríe*). Ehmm. Emocionalmente sí es duro, ¿no? Pues sí es duro (*suspira*), pero... también viene la parte de... el poder entender que el cáncer no siempre es sinónimo de muerte, ¿no? El poder pensar positivo, y decir: “bueno, sí tengo cáncer... pero actualmente la medicina, pues ha avanzado bastante bien”, y... yo, en lo personal, me atiendo en un hospital militar y me decían: “Vas a tomar risoterapia, vas a tomar terapias, quimioterapias, terapia psicológica...”, y... bueno, aquí la parte interesante es que los médicos me decían que pues: “Te hemos operado varias veces y... en todas te mantienes así como que muy fresca, como que muy positiva, como que muy... ‘no pasa nada’...”, pero realmente el golpe emocional es fuerte. No solamente para ti, sino para todos los que te acompañan en el proceso, llámese familia, pareja, etc., ¿no? Pero, afortunadamente... ehmm... yo creo que esa... esa mentalidad de “¡No pasa nada!” (*ríe*).

No enfocarte tanto en el problema, sino en buscar qué hacer... ehmm... me ha ayudado mucho como... sobrellevando el... problema de enfrentar esta situación. Tanto en el miedo a las cirugías, porque no es la primera, ni la segunda, ni la tercera y... decir: “Bueno, ¡Vamos con todo!”; ya que eso conlleva otras... otros tipo de enfermedades o padecimientos porque en mi caso... pues yo quedé con una anemia bastante fuerte, al grado de una leucemia, de la mano con un cáncer que ya venía conmigo. Entonces... sí fue algo difícil, pero... bueno... el apoyo de quienes te rodean también influye bastante en ese bienestar emocional.

Eso es de manera general, ya si ustedes tienen alguna duda... con toda confianza, ¿no? (ríe) Me la pueden preguntar.

**Dalila:** Hola, Ada. Perdón.

**Antonio:** Adelante.

**Dalila:** ¡Ay, perdóname, Aad! ¿Te gusta que te llamen Ada o de alguna otra forma? ¿No sé si tengas otro nombre?

**Ada:** ¡No! Está bien. No te preocupes. No pasa nada.

**Dalila:** Perfecto. Yo sé que vamos a tocar puntos como muy sensibles, ¿verdad? Pero pues estás en toda la libertad de decir: “¿Sabes qué...? ‘Esta pregunta no te la quiero responder’ o ‘me siento incómoda’...”. Este... créeme, no estás comprometida a nada con nosotros. Realmente tu participación para nosotros es... pues (*vibra un dispositivo e interrumpe el audio*) ... ¡Ay, perdón! Tu participación es muy importante para nosotros –digo– (*Ada ríe*) es una experiencia de verdad muy grande y pues también apoyaría a otras personas que están en la misma situación que... por la que tú estás pasando o por la que pasaste... entonces se nos hace realmente como muy importante tu experiencia de vida. Entonces... le doy la palabra a mi compañero Antonio porque creo que ya lo interrumpí, ¿verdad? (ríe)

**Ada:** (ríe) Sí, sin problema.

**Antonio:** (ríe) Sí, como comenta mi compañera, ehmm... ahorita que nos comentas sí nos parece una experiencia bastante increíble... entonces va a ser una experiencia bastante enriquecedora para nosotros.

**Ada:** Pues espero apoyarlos (*ríe*).

**Antonio:** Así será. Muchas gracias. Nos platicabas que te atiendes en un hospital militar. ¿Podrías platicarnos un poquito cómo es que llegaste ahí, por favor?

**A:** Okey. De entrada, yo les había comentado que soy Ingeniero Biomédico (*ríe*). Yo egresé del IPN (*Instituto Politécnico Nacional*). Soy... Politécnico, ¿no? Pero... por muchas razones... ehmm... llegué a... a Marina (*ríe*).

*(se ralentizó la voz en algunas partes y en otras se perdió completamente)*

Por muchas razones en el sentido del trabajo... con una persona que... *(se perdieron cinco segundos)* pues algo complicado, pero pues... *(se detuvo otros dos segundos)* tantos clientes *(se aceleró el audio y no se entendió lo dicho)* ... en el servicio médico militar y también soy derechohabiente a la vez, ¿no? Es por esa razón que me atiendo en el Hospital General Naval. Amm... ya tengo todos mis padecimientos a raíz... en ese hospital.

**Antonio:** Mmm... eh disculpa.

**Ada:** ¿Me escuchan?

**Antonio:** Si, como que de repente se cortó un poquito pero si se escucha

**Yessica:** se corta un poco, yo también lo escuche cortado.

**Antonio:** No sé si estén de acuerdo que apaguemos nuestras cámaras, a ver si el internet corre un poquito mejor.

**Yessica:** Si, está bien

**Antonio:** ¿Sí?

**Ada:** A... ya perdón no sé si fue mi conexión o que paso ahí

**Yessica:** Si quieres apaga tu cámara para...que no utilice mucho Internet a ver si corre un poquito mejor.

**Ada:** De hecho yo también estoy conectada a wifi, bueno no sé ustedes.

**Yessica:** No, pues yo también.

**Dalila:** Yo también.

**Yessica:** Hay que intentarlo así, sino pues las apagamos.

**Dalila:** Ah, okey.

**Antonio** Vale, vale.

**Yessica:** (*tose*)

**Antonio:** ¿Entonces?... eh perdón es que si se cortó por un poquito de tiempo ¿podrías repetirnos un poquito, cómo fue tras salir del Politécnico, por favor?

**Ada:** Ok, perfecto. Yo egresé del poli, yo soy Ingeniero Biomédico, y bueno... estoy en un Hospital Naval, y pertenezco a un Hospital Naval porque estoy en el Sector Naval. Trabajo para Secretaría de Marina y soy del Área de Sanidad... Entonces de ese lado yo soy causahabiente, ¿no? Pero también soy derechohabiente, por otro lado; en caso de que dejara de laborar, porque me casé con un personal de la misma armada, entonces... he... por lo tanto soy derechohabiente al Servicio Médico Naval.

**Antonio:** Okey, muchas gracias.

**Ada:** Ah, okey,

**Antonio:** ¿Actualmente sigues laborando ahí?

**Ada:** Sí, aunque estoy de licencia médica.

**Dalila:** Ah, okey.

**Ada:** Estoy de licencia médica, por el tipo de seguimiento que tuve, eh mmm... previo y posteriormente a mi embarazo, pero más que nada por la situación en la que actualmente yo estoy ahora, no puedo laborar al cien, por lo cual tengo una licencia de año y medio, en lo cual bueno me siguen pagando y me mantengo de manera vigente ahí (*pequeña risa*) sin ningún problema.

**Antonio:** Perdón ¿cuánto tiempo tienes con esta situación?

**Ada:** Exactamente, voy para un año (*ríe*).

**Antonio:** Un año...okey, okey. Y bueno también nos platicabas sobre el apoyo emocional que has recibido por parte de quienes te acompañan, ¿podrías platicarnos un poquito de esa experiencia, por favor?

**Ada:** Claro, bueno como les comenté al final de cuentas este tipo de padecimientos conlleva no solamente como ese golpe emocional, a quien está como paciente, sino a quienes viven el proceso contigo y tanto como de manera directa como lo es tu familia, también de manera indirecta como lo pueden ser tus amigos o conocidos en general. Para mí ha sido como muy fundamental el apoyo de mi familia, principalmente porque creo y considero que son como el Pilar de todo; de decir: ¡Tú puedes! Echale ganas, estamos contigo”. Eso para mí ha sido fundamental, sin dejar el apoyo emocional que te puede brindar un amigo, tu pareja o quien esté contigo, siento y considero que ehm... esa parte emocional es fundamental no solo en mi caso sino en todas las situaciones que se viven de este tipo ¿no? Y que al final de cuenta también son parte de esa medicina que te ayuda o te alienta a querer salir del problema. ¿No sé si me explique? (*ríe*)

**Dalila:** Oh, sí, perfectamente. Y, Ada, yo tengo una duda. Yo, ehm, tú eres un profesional de la salud, ¿verdad? que, considero, desde mi punto de vista, pues está en constante contacto con el dolor, ¿tú crees que como personal de la salud esto te ha ayudado a superar un poquito más, esta situación tan difícil?

**Ada:** Sí, sí porque al estar en contacto con pacientes de todo tipo de enfermedades desde los más pequeños hasta los más adultos mayores es convivir a diario con personas también de alguna manera ayudarles a sobrellevar. Aunque yo no estoy en contacto directo con los pacientes porque yo realmente mi área pues, a pesar de ser sanidad, pues mis funciones son muy diferentes a las de un médico o de una enfermera pero eso es de lado directo, pero de manera indirecta sí estoy con ellos, porque me encargo de estar cambiando o revisando los equipos médicos que todo funcione bien para que ellos no tengan algún tipo de complicación y el tener ese contacto directo. Cuando tú vas y revisas los equipos y todo es decirle: "¡Ay! mire, pues sabe qué, pues échale ganas, vamos a echarle ganas juntos, usted puede, mmm vamos que si esto...", que les llevas como... las personas. En mi caso cuando he visto a las personas como muy deprimidas, es así como: “vamos sí podemos...este... tú puedes, échale ganas”, es porque lo vives de alguna manera a diario, ¿no? Pero también considero que es de el tipo de actitud que tu ya traigas, como tu esencia. Ah, pues yo soy como muy sociable y me gusta que la gente esté feliz, ¿no? Siempre como que le avientas buena vibra, pero cuando eres a lo mejor un poquito más reservada



en esa cuestión de tus sentimientos no lo logras expresar cuando te cuesta mucho trabajo interactuar con el paciente porque hay veces que sí son groseros y en ese caso el ver todo eso es decir: “Bueno, yo he visto a pacientes que han salido bien, pero también he visto pacientes que no la han llevado tan bien”. Y yo digo: “Sí, sí puedo; sí, vamos a salir de esto”, siento que sí ha influido bastante el poder convivir, de alguna manera, con pacientes enfermos y el poder decir: “Ojalá que encuentre algo para evitar que a otras personas les pase lo mismo...”. Entonces sí es muy importante y sí ha influido bastante en la manera en cómo he llevado mi proceso con la enfermedad.

**Antonio:** Y bueno, respecto al tratamiento que has tenido, eh, ¿cómo has sentido la actitud de quienes te han acompañado... digamos desde el sector salud, en este procedimiento en este proceso?

**Ada:** Ahh, es un poquito complicado porque prácticamente tus compañeros ya no son tus compañeros, ¿no? Se vuelven tus acompañantes en ese proceso ya no te ven como un compañero te ven como el amigo y paciente a la vez, se sienten como con la confianza, y esa parte en verdad los compañeros médicos o las compañeras enfermeras, es como que de repente te ven como con una tristeza y una lástima, así de: "Ay, estás enferma" (*risa y se cubre la cara con la mano izquierda*), y cosas así, así de: "Tú échale ganas", y los notas como bajoneados y con un cierto tono de *pobrecita*, o sea te *victimizan*, así como: "No puedes...". Te inutilizan. Es decir, si yo me quería bajar de la cama era así de: "no, no, no; tú pucha el botón rojito y ahorita vengo a ayudarte a bajarte de la cama", ¿no? "Ahorita te subo a la camilla, no ahorita te acompaño al baño", y tú así como de: "o sea, sí estoy enferma, pero sí puedo hacer las cosas", ¿no? (*risa*) Y como que ellos tienen un pesar porque te conocen. Sí los afectan de alguna manera porque el convivir con ellos a diario haces un lazo emocional con cada uno de ellos de diferentes maneras, pero al final un lazo o una conexión con cada uno de ellos porque realmente tú convives con ellos y una parte de tu equipo pues se vino abajo y hay que sacar esa parte del equipo a flote y pues sí te pega, entonces a mí no me gusta mucho esa parte de que me digan "¡Ay! pobrecita" (*risa*). Yo así como que: "No, pues no me tengas lástima, mira ya ni yo que soy la enferma". O sea... estoy tan triste; o las compañeras cuando lloran porque te ven enferma o que vas a las quimioterapias y se ponen a llorar contigo y tú: "¡¡¡Ay!!! ¡No! ¡Vete, por favor!" Porque de alguna manera esa situación de tristeza o llanto también afecta de alguna manera afecta mucho emocionalmente.

**Yessica:** Oye y una pregunta, ¿crees que el hecho que tu estés laborando para Marina, el que tú seas parte de esto, el trato de tus doctores sea como personalizado contigo? O sea, ¿crees que, hay preferencia pero que digas: “por ser ella, por ser nuestra compañera, por ser nuestra amiga”....este... no sé... que puedan darte algo diferente y llega otro paciente que no trabaja ahí, que no los conoce como tal?

**Ada:** ¡Ah, okey! Ya te entiendo, es como que si no hay preferencias, ahhh. (*ríe*)

**Yessica:** No quería decir eso. Más bien como que si tu proceso fuera personalizado, a lo mejor no preferencial ni preferencial a lo de otra persona llegase a ir.

**Ada:** Sí, como paciente he...(*risa*) sí; de alguna manera sí influye (*risa*). Sí influye, sí influye bastante, eh... pero no de la manera de los tratamientos médicos como tal, sino en la parte de que, sí, el trato es diferente, porque obviamente en mi caso, no se los dije pero como Oficial de Armada, se escucha un poco clasista, pero es de cierta manera: “el Oficial está enferma, veamos qué podemos hacer extra por...”. Entonces se vuelve más como de: “Vamos a sacar a la amiga de este problema y le vamos a echar ganas, tómate esto y tómate el otro”. No te pueden dar un medicamento especial a lo que le dan a los demás pacientes pero lo que sí hacen es buscar más alternativas, es como que llegan y: “¿Sabes? Conocí a un médico tal, buenísimo, ¿Sabes? Te recomiendo que vayas aquí, que vayas allá. Mira yo te llevo, yo te traigo, yo esto”. Sí es un poquito... se escucha feo pero la atención sí es diferente, muy diferente desde cuando llegas; te dicen: “No, no te formes vente para acá (*risa*), este... Yo te voy a atender aquí, te voy a poner este medicamento que espero que sea mejor que el otro”. Y como que **eres el conejillo de Indias**, y lo hacen pues de buena fe ¿no? Porque al final de cuentas pues lo hacen de buena fe, lo hacen con la intención de verte mejor.

**Dalila:** Okey.

**Antonio:** Y ¿cómo percibes ese trato por parte de ellos?

**Ada:** Yo en esa parte no tengo queja ¡ahh! (*risas*). Han sido como muy consentidores, muy amables, muy preocupados. Unos más enfocados a la parte médica de decir: “Vamos a buscar algo que te ayude a hacer esto”, ¿no? Y al final de cuentas me gusta esa parte porque a lo mejor se escucha un poquito discriminatorio, ¿no? Pero al menos yo sé que por esa relación que llevas con ellos, ellos también hacen todo para que tú estés bien, pero a la vez ellos van descubriendo qué sirve y qué no sirve en ciertos casos de metástasis y

dependiendo pues también la zona en donde los tienen, y que ellos también pueden aplicar a los otros pacientes que esperan y de esa manera pues ir avanzando, ¿no? En bajar los índices de los pacientes que entran a oncología.

**Dalila:** ¡Ah! okey. Oye, Ada, y una pregunta, ahorita con lo de la pandemia y todas estas cuestiones tan complicadas igual, ¿tu tratamiento se ha visto como interrumpido en algún momento que digas: “¡Ay, no! Es que por la pandemia no sé... cerraron el hospital y no me pudieron atender?”

**Ada:** Sí, claro que sí, ehmm... todos pensarían que por ser una Institución de Fuerzas Armadas todo es perfecto pero no, muchachos (risas). También se nos suspenden las quimioterapias. También se han suspendido medicamentos que no llegan porque por los proveedores no surten en los tiempos por la pandemia y si ha sido complicado pero de alguna manera ehh... Afortunadamente, las quimioterapias no se te dan cada 15 días o cada semana, no tienes un lapso para ir aplicando quimio, ¿no? Y que sí es complicado porque aunque tú las cubras... bueno, en ese caso la tienes que cubrir por tu cuenta y hablamos de que económicamente para una persona que no es estable, o solvente económicamente, son bastante costosas. No estoy hablando de que dependiendo el hospital donde tú te apliques una quimioterapia es el costo. En mi caso, ehmm... por la manera y por el medio en donde yo me muevo pues tengo conocidos que trabajan en diferentes áreas de la salud, ¿no? y ellos han sido como mis piezas claves que me han ayudado como a conseguir ciertos medicamentos que he necesitado. A lo mejor a costos un poquito... no baratos, pero tampoco a los costos que sé, este... que se ofrece en el mercado, ¿no? O en algunos hospitales, porque realmente una quimioterapia es de \$150,000, ¿no? Y es difícil solventar un tratamiento oncológico por tu cuenta. Entonces sí se nos han parado los tratamientos y ese dinero que tú te gastas de manera cuando no hay servicio médico lo cubres de tu bolsa y posteriormente Marina te lo reembolsa.

**Dalila:** Ah, okey, okey.

**Ada:** Entonces es así, como un *pasesito*.

**Antonio:** Ok, muchas gracias. Bueno, como te habíamos platicado al inicio, es una sesión así como que muy introductoria, muy dispersa entonces nos gustaría saber si quisieras agregar... digamos, bueno en esta primera charla, ¿si quisieras agregar algo más?

**Ada:** Pues dentro de lo que yo empezaba a vivir un poquito, es que siendo sincera antes no era mucho como de en esta etapa; hubo una etapa de bloqueo, ¿no? de decir: “No, no estoy enferma, no estoy enferma, no estoy enferma, todo bien, todo bien”. Pero que como todo ser humano llegó la etapa de la asimilación de tu enfermedad (*ríe*) y donde la depresión también se hace presente, por muy fuerte que seas, y fue ahí donde tuve que tomar terapia. Porque sinceramente yo no quería y eso de hacerte el fuerte y decir: “No necesito un profesional de la salud psicológica, emocional, mental...”, como lo quieran llamar (*risas*); es mentira, ¿no? Porque realmente lo necesitas y lo necesitamos todos, independientemente de si estás o no estás enfermo y sí, ha sido difícil porque no solo abarcas el proceso de tu enfermedad el psicólogo pues si te hace la regresión ¿no? de todo, de todo, de todo, de todo, de todo y dices: “¡Ay, no! ¡Qué duro! Sí estoy loca (*risas*)”. Y entonces sí ha sido como muy muy difícil también esa parte hablando de la parte psicológica, ¿no? Y más porque en mi caso tengo hijos, ¿no? El decir: “Una mamá enferma, y todavía infeliz, (*ríe*) va a criar hijos pues... infelices”. Y eso va de la mano con la parte en la que, bueno, Yessi es como mi amiga y ella ha estado como mucho en el seguimiento de muchas etapas de mi vida y de la mano va... el también pasar el proceso de un divorcio, ¿no? De estar en plena etapa de enfermedad y atravesar el proceso de un divorcio complicado y que dices que emocionalmente también te afecta, estando enferma el golpe es más duro porque no estás al cien emocionalmente, ni físicamente y tienes pequeñitos que atender y ha sido muy fuerte ese golpe emocional pero que, bueno, hemos ido de la mano y que espero ahora que ustedes me van a terapiar en estas sesiones (*risas*) igual poder aprender de ustedes pero pues ustedes también pueden preguntarme lo que lo que quieran.

**Antonio:** Muchas, muchas gracias, de verdad. Nos parece que tu actitud ante esta situación es bastante... es de admirar porque no es una situación sencilla. Entonces sí estamos muy interesados en seguir participando contigo y pues, bueno, por mi parte me gustaría agradecerte el tiempo que nos brindaste en esta primera sesión. Si es posible, nos gustaría tener otras un poquito más adelante ya serían un poquito más centradas en algún tema en específico pero pues por mi parte muchísimas gracias.

**Ada:** No, al contrario gracias a ustedes y una disculpa por mi falta de puntualidad en esta ocasión.

**Dalila:** No, Ada, la verdad entendemos perfectamente y pues más bien estamos como a tu disposición el día en que tú nos digas: “¿Sabes qué...? Tengo este tiempo libre?”. Planeamos la sesión y más que nada platicar contigo, no queremos que te sientas forzada a nada y agradecemos tu tiempo principalmente el día de hoy, sabemos que es sábado ese momento para relajarse un rato y pues gracias por acudir a esta sesión, en serio.

**Ada:** Muchísimas gracias a ustedes por entender y estar tan empáticos porque, no soy impuntual pero esta vez se me complicaron los tiempos pero sí, sin problema aquí los voy a estar viendo.

**Yessica:** Pues muchas gracias, amiga. Te agradecemos todo lo que hemos platicado obviamente se queda con nosotros, como te dijimos lo grabamos por algunas cosas para retomar y eso y pues vamos a retomar algunos temas en las siguientes sesiones, pero en esta primera te agradecemos mucho tu admiramos mucho como persona como mujer como todo y pues ya sabes que aquí estamos para cualquier cosa gracias por tu tiempo en esta primera sesión ya te mandamos mensajito de cuándo es la otra.

**Ada:** Sí pues muchas gracias a ti, Yessi, por darme la oportunidad de participar con ustedes y bueno de igual manera pueden hacer un grupo de WhatsApp y ahí puedo compartirles en algún momento alguna imagen, algún estudio para que también ustedes vayan teniendo un historial de evidencias, vale.

**Antonio:** Gracias. Seguimos en contacto, hasta luego. Bye.

## Transcripción Segunda Entrevista

17 de Enero 2022

**Antonio:** Bueno pues como ya te habíamos comentado de la vez pasada, el trabajo que estamos realizando es para titularnos. Está basado en una persona que padece cáncer, en este caso un cáncer de estómago, nos interesa saber cómo estás sobrellevando el proceso de cáncer. ¿Cómo lo iniciaste al inicio y también si ha habido algunos eventos que te han ayudado a sobrellevarlo de alguna manera? Eh, porque estamos conscientes que es una enfermedad que está asociada a unos futuros no tan alentadores, y pues nos interesa saber que -como nos comenta yess- tu manera de afrontar la enfermedad ha sido bastante positiva, bastante alentadora y nos interesa saber eso...eh. Igual como te lo habíamos comentado, pues todo lo que aquí se diga va a ser para fines meramente académicos. Igual habíamos platicado la posibilidad de poner tu nombre, nos comentaste que sí; y bueno, como se te había comentado al inicio... si en algún momento tu quieres dejar de participar en este proyecto, no hay ningún problema; nosotros comprendemos, eh... También va haber momentos quizá en los que por motivos de la investigación necesitemos profundizar en algunos temas particulares que quizá toquen algunos temas un poco sensibles pero en ese momento, también si tu no te sientes dispuesta a contestar, nosotros lo vamos a entender perfecto y no hay ningún problema.

Las sesiones están programadas quizá para que duren entre 40 o 60 minutos por mucho. Estamos planeando, de acuerdo a lo que estamos trabajando, que posiblemente sean unas cinco sesiones, entre cinco y siete sesiones -tal vez. Y pues se van a abordar diferentes temas en cada una de las sesiones; ya iremos platicando de ello sobre la marcha...y pues bueno ¿no sé si quieran comentar algo antes de... o tengas alguna duda o algún comentario?

**Ada:** No, de mi parte no hay ningún comentario, yo los apoyo dentro de mis alcances sin problema alguno.

**Antonio:** ¿Sí? Bueno. Pues primero como por protocolo, ¿no?, conocer un poquito más de ti, tu edad, respecto a tu familia, lo que nos puedas decir así en general sobre ti.

**Ada:** no pues... de entrada me llamo Ada eh... yo en este proceso de ustedes para su titulación los voy apoyar hasta donde pueda y lo más que pueda y de la manera más transparente.

Tengo 33 años, tengo tres pequeños ya de diferentes edades; de ocho, de tres y de dos. Ellos son como la parte base de mi vida.

Conforme a lo de la enfermedad... ha sido un proceso bastante complicado porque es algo que no... no esperas pero que también es importante considerar como esa parte que también uno se descuida bastante en esa cuestión de médica, ¿no? sabiendo que tienes parte hereditaria y no hay un seguimiento constante en lo que respecta a los estudios médicos correspondientes o servicios oportunos o preventivos. En el proceso de mi enfermedad... se da a raíz de un embarazo complicado en el cual ehm... a los cuatro meses tengo una operación por cuestión de mi última bebé, se forma un tumor el cual no pueden retirar porque pues, la verdad, la bebé venía como muy pegada a ese tumor.

Sigo con el proceso de embarazo, posterior a eso ehmm... se vuelve muy complicado; tuve un problema de placenta bastante considerable después seee...ehh. En el momento del parto me tuvieron que programar; no pudo ser un parto natural y me dijeron que era ya cuestión de vida o muerte era la manera de salvaguardar mi vida o la de vida de mi bebé o en su caso irnos las dos, los médicos deciden de último momento que quitando una parte de mí, que este caso fue un órgano propio de las mujeres: matriz, eh... por una placenta acreta deciden retirar como esa parte. Entonces eso me permite a mí continuar con vida y también con vida a mi bebé. Fue como una etapa como mmm a asimilar que asimilé de manera positiva, ¿no? No fue algo como que me deprimiera mucho; la verdad es que no... En su momento yo estaba hablando con los médicos porque fue un caso especial el mío, se llevó a dirección médica de que no podían creer que se tuviera que haber retirado una matriz, entre comillas, a una mujer joven ¿no? ehh...pero ese fue como la única solución, lo asimilo de la mejor manera no hay ningún problema, esa parte es como ya muy fuerza interna de cada quien, de decir: "Bueno, si eso me impide poder seguir quítala, si no funciona quítala". Entonces eso es algo que me ayudó bastante.

ehh... no tuve problemas ni de depresión ni nada. Andaba como muy quitada de la pena; aquí está Yessica que andaba muy quitada de la pena y yo después de mi cirugía muy normal y todo bien. Para el mes de abril, 30 de abril, me vuelven a operar porque me detectan un tumor. Entonces no sabían el porqué había un nuevo tumor si yo ya no tenía matriz eh... fue un caso muy curioso, los médicos nuevamente se ponen ahí como a dirección médica: ¿qué es lo que había pasado? Desde el cómo me sentía y empieza el acompañamiento terapéutico ehh... la psicóloga a pie de cañón "¿cómo te sientes? ¿cómo

lo ves ? ¿cómo crees que termine todo?”. Y me vuelven a operar, pero en esta ocasión pues ya la operación fue... ya no pudo ser a nivel ehm... una operación normal en donde tuvieran que cortar como piel de pancita-abdomen, sino que esa cirugía se tuvo que llevar de otra manera más complicada aún; porque se llevó vía vaginal y -esos son los términos correctos, hablando médicamente- entonces se llevó vía vaginal y es un proceso demasiado complicado en el que tuvieron que retirar un tumor bastante grande pero que era necesario retirar y que bueno de igual manera estuve (risa) muy poquito tiempo internada como a los dos días ya andaba como igual, como podría decirse muy activa andaba caminando eh...no hubo complicación alguna hasta que posteriormente empiezo a presentar como ciertos problemas médicos como el dolor de estómago creyendo que era como la colitis, la gastritis etc., etc., y cuando ya consideré, basado en mi experiencia trabajando en hospital, decir: “Esto ya no es normal”, fui a revisión médica me dijeron: “¿Sabes qué? Hay como ciertos bolitas, tumorcitos, como que no cuadran. O sea, no están como totalmente bien hechos; están amorfos”. Y yo dije: “okey”, ¿no?... fue un término que yo entendí como algo estaba muy mal, me mandan hacer los estudios correspondientes y me dicen: “¿Sabes qué? Tienes una metástasis etapa I” y eso es allí como que el shock emocional principalmente de decir: “no puede ser, ¿cómo crees? tienes una metástasis etapa I y tenemos que actuar ya”. Vienen los exámenes de biopsias nuevamente, los estudios de sangre este... Tomografías, resonancias y un proceso bastante difícil para poder llegar a la conclusión de que a pesar de que no tengo una matriz como tal pues el estómago es punto y aparte ¿no? y si tenía como un problema gástrico que se había complicado hasta hoy fecha sé que fue por un tipo de úlcera y que no me atendí y ya emm... pasado ese tiempo pues empiezo a recibir como las primeras quimios tomadas y lo cual también es un proceso porque no pueden darte una quimio solamente tomada porque si es una quimio, puede ser inyectada, regional, intravenosa este... y elegir cuál es la que tu cuerpo asimila mejor, ¿no? Empecé con una quimio tomada, la cual no aguanté (*ríe*) porque son pastillas demasiado grandes y como muy gruesas, entonces no las puedes partir a la mitad, o sea te las tienes que tomar enteras y no, no la aguanté; no la asimiló mi cuerpo mi garganta (risa) ¡Mi garganta chiquita haaa... (*ríe*)!. Y fue como de: “¡No! Pues este... vamos a ver una regional; te ayuda muchísimo” emm.. me dijeron que no era apta para una quimioterapia regional porque yo ya venía de cirugías constantes y no podía... entonces tenían que ser intravenosas las primeras como estaba en esa parte de los inicios de mi metástasis fue una parte mucho el apoyo de los compañeros en el trabajo por ser también parte de ellos como colaboradora y trabajadora. El apoyo que te



brindan, el decir: “¡No! ¿¿Cómo crees!? ¡Eres fulanita y te vamos apoyar!; te vamos a echar esto”. Y yo así de: “Estoy bien, no pasa nada”. Pero ese acompañamiento fue como si... sí fue una parte clave porque sientes como ese apoyo vital de decir: “Voy a estar en las mejores manos, no me van a dejar morir (*ría*)”. Sí, porque... pues esa parte de querer sanar también nace del equipo de trabajo que está contigo en el proceso, saber que están haciendo bien las cosas y que no te van a dejar morir.

Después de un tiempo empiezo con este tipo de quimios empieza un proceso de náuseas, vómito, mal humor, que hubo alteraciones en general a nivel anímico, la parte de... yo... ehm, me empecé a poner rubia (risa). O sea, tenía mis vellos rubios, la parte de acá rubios (*señala la patilla*) y me decían: “No, no se te cae el cabello...”. “¡Pues sí se me cae!, ¡Así pelona!” (risa)...(silencio). No se me cae como a ese nivel pelona, pero ya después los médicos me dijeron: “No todos los efectos de las quimioterapias son los mismos efectos en todos; hay quienes se hinchan, hay quienes se les cae el cabello a morir y eso también depende del estado anímico que ha llevado cada quien, ¿no? de comer. Empecé con esa parte de muy rubia de aquí abajo los vellitos todo y yo decía: “Bueno”. Lo tomaba con mucho humor. La verdad es que no fue una parte que me deprimiera tanto, o sea, yo sabía que estaba enferma pero no fue como algo de: “¡No! Me voy a morir mañana”. Yo decía: “Bueno, no le voy a dar chance mucho de pensar en eso”. A la par yo también tenía actividades como mamá y que quieras o no tus hijos demandan tiempo, pero el apoyo de familia, de gente cercana, gente de trabajo, amigos fue como muy básico ¿no?

En los estudios recientes empiezo como a ver efectos, ehh... daño renal, que empiezo a tener fallas con un riñón, este ahorita tengo problemas con la vesícula, hígado, problema hepático pero es lo mismo por las quimioterapias; de lo cual es algo como que me van atendiendo ahorita ¿no? Me dijeron que eso es parte de, por el tipo de medicamento que tengo y ha sido complicado, sí, porque tengo... de repente como que sí te da el bajón ¿no? Y para esas fechas yo estaba en el proceso personal de divorcio con el padre de mis hijos... entonces el estar aquí atendiendo la parte personal pero también la parte laboral y esta parte médica y aparte esta parte emocional era como un desgaste bastante fuerte y aún así como que yo decía, ¿no? “Pues todo bien, todo a su paso, todo muy tranquilo”, y *había días que sí no me quería ni levantar, había días que sí de plano decía: “¡Ya no quiero!”*. Pero dije: “¡No! Pues no pasa nada; si pude con otras cosas, puedo con esto”. *Es algo muy chistoso pero en el hospital ya me habían dicho... este también como esa parte del positivismo consciente, porque hay un positivismo que tu dices: “¡No! ¡No*

*manches! Sí, muy positivo y todo pero no, el panorama no pinta para tanto". Y dices: "ehm...". En la parte de risoterapia me decían que tuve risoterapia y me decían es muy chistoso ver el efecto de reír en las enfermedades crónicas que se consideran pues ya de un nivel bastante fuerte porque no todas terminan con un final feliz me decía esa parte de ser positiva y no centrarse tanto en la enfermedad te ayuda muchísimo. Porque en mis últimos estudios fueron el 8 de enero. Para el 10 de enero me dijeron tienes una etapa de remisión a lo cual para mí fue como (alegría), ¿no? porque el entrar a una etapa de remisión es como: "¡Tu cáncer se está yendo!", ¿no? y aparte esa parte de haberlo detectado en una etapa I es lo mejor que me pudo haber pasado por qué no avanzó, y quiere decir que anímicamente no estaba tan mal porque el medicamento, las quimioterapias, siguen haciendo efecto. No es lo mismo en el caso que tengo de otra compañera que a pesar de que es mucho más joven y que en teoría es mucho más fuerte y que no tiene hijos, no tienen nada, eh... pero su alimentación es bastante mala; no tiene tampoco los medios, a pesar de que trabajamos ahí, a veces todos piensan que somos como millonarios (risa) pero no, ehh.. pero también tiene como cada quien sabe, ¿no? sus gastos, sus necesidades y a veces la alimentación ¡paz! la dejan de lado, y ahí va mucho muy avanzada, ¿no? y digo: "¡No manches!". O sea, ja, ja, y ella si es muy negativa, ja, ja. Ella sí es como: "¡Ya me voy a morir!", ¿no? Ha sido un proceso difícil porque aparte, independiente a la remisión, pues sabes que puede haber una recaída y la recaída es peor y que no es de que: "¡Ay, ya me salve!". Y todo bien, ¿no? sino que son cinco años los que tienen que pasar para declararme clínicamente sana y eso. El efecto de la quimioterapia me ha dejado estragos médicos -por así decirlo- en muchos órganos más, ¿no? Ahorita estoy próxima a que me quiten la vesícula. Estoy así en esa cuestión, ¿no? Lo único que cuido mucho ahorita son los riñones porque digo: "¡No me puedo quedar solo un riñón! ja, ja, ja, ja. Yo se que puedo vivir con uno pero no, no quiero. O sea, entre menos órganos me quiten jajaja..."; es eso, ¿no? Pero eso no solamente es como el llevar el proceso que tu cuerpo reaccione, también es cuestión como de actitud o sea es cuestión de decir: "¡Ay, no, no, no! Yo sí puedo hacerlo. Yo sí lo voy a tomar". Y el no cerrarte solamente a una cuestión médica de decir: "Este es mi diagnóstico y con este me quedo y ya nada más me voy a limitar a tomarme el medicamento, uno y dos y ya". O sea, en mi caso fue muy diferente porque yo decía: "¡Ay, no! Este... pues yo voy este a tomar mi medicamento pero si alguien me decía: '¡No! Tomate el té tal ja, ja, ja', iba y me lo hacía, ¿no?... 'pues que mira que en tal lado yo vi una señora que da un tratamiento así, ve y tómatelo', ¿no? '¡Pues vamos!' ". Nunca estuve cerrada a esa parte de: ¡No! Yo*

*solamente con la medicina científicamente comprobada*". ¡No! La verdad es que no, y aunque no tuviera hambre la verdad es que seguía comiendo aunque yo sabía que a lo mejor lo iba a volver a sacar todo, ¿no? Yo decía: "¡No! ¡Tengo que comer!", ¿no? El apoyo también de la familia de decir: ¡Te voy a comprar este, estos jugos estos *Ensure*, estos... ¡Todo!" para poder mantenerte anímicamente bien". El... no sé cómo decirle, el poder retar a tu propio cuerpo, a decir que puedes hacer más; que tu cuerpo tiene que responder a lo que tu digas también, ¿no? A lo que tú digas y esa parte fue algo que sí trabajé muchísimo porque como les comenté, o sea, venía como la etapa de mi divorcio las peleas con fulanito, los pequeños que pues sin deberla ni tenerla o sea fue muy difícil. Entonces yo decía: "Pues si no me deprimó por la enfermedad, me deprimó por otra cosa pero por algo me voy a deprimir", ¿no? Pero no, realmente esa parte, y es ahí donde ustedes entran muchísimo, porque yo todo este tiempo he tenido como ese acompañamiento psicológico mmm... y yo aparte también he sido como mucho de: "si me siento deprimida vamos al psicólogo (risa) vamos a terapia todos". Sí soy fan de las terapias porque independientemente de algo -se lo comentaba a Yessi en una ocasión- no es lo mismo platicarlo con mamá y papá por mucha confianza que les tengas a una persona profesional en esa área y que tu le cuentes no que lo vea desde otro ángulo no tan subjetivo y así como más objetivo: "Estás haciendo mal las cosas Yessica o esto", ¿no?

**Dalila:** O luego la pena, ¿no? de decir: "Es que es mi mamá y cómo le voy a comentar esto, ¿no?"

**Ada:** Ese entonces acompañamiento psicológico que muchos de ustedes que van en esa área dan es un apoyo súper importante y el estar preparado para brindarle apoyo emocional a alguien que se está derrumbando es porque ustedes tienen que ser más fuertes todavía para poder aguantar todo lo que les van a contar, ¿no? desde un llanto que tú dices: "¿Pero por qué chillas?" (ríe) ¿aja? Esa parte de ser empáticos con el dolor de alguien más es fundamental, porque tenemos esa mala costumbre de que todas las emociones tanto buenas como malas a veces no las expresamos y eso también es dañino entonces ese apoyo que yo he tenido hasta la fecha ha sido como muy básico, ¿no? Yo, por ejemplo, aquí les pongo así de: "¡Ay! La psicóloga E.", y no voy a llamarle o algo así no porque realmente es mi apoyo y cuando yo me siento muy mal es: "Me siento mal porque me duele aquí y me duele allá" este... y tengo roto el corazón (risa) o así. Es muy importante porque ya no te la pasas llorando como ratoncito escondido ahí y ya dices: "Bueno, sí, sí me duele y está bien sentir dolor, y está bien llorar, y está bien hacerlo". No

porque yo era igual así de que me dolía muchísimo y yo decía: "No, todo bien". Y yo por acá así, así, ¿no? No pasa nada y tengo un papá que es demasiado fuerte, por no decir que tiene a veces ciertos tonos machistas, de decir: "¡Ay es un dolor!", ¿no? y tú: "¡Aja, me quiero desmayar!", ¿no? Esa parte es aprenderla a trabajar, y enfrentarte dentro de un proceso de enfermedad delicada, hee... de decir: "Bueno, mi papá es así", ¿no? "pues ya qué", ¿no? Porque mi papá no afrontó de la misma manera mi enfermedad, ¿no? Mi mamá... no pues las mamás siempre lloran, ¿no? Entonces las mamás son como más sentimentales, más apegadas, más todo, y mi mamá sí pasó esa parte de decir: "Es mi hija, se me puede morir", ¿no? Y, y...

**Dalila:** ¡Ay, perdón que te interrumpa, Ada! Y, por ejemplo, ¿cuando te dieron el diagnóstico estabas acompañada de alguien o estabas totalmente sola?

**Ada:** No, estaba sola y estaba en el trabajo.

**Dalila:** Pero, por ejemplo, los médicos no te prepararon o no te dijeron: "Oye, necesitas traer a alguien para esta cita", ¿o algo así...?

**Ada:** No porque es, o sea, a lo que estaba ahorita yo comentando, yo era así de: "A mí dime aquí las cosas en el hospital, tú tranquilo". Nunca he sido de involucrar mucho a mi familia en cuestiones pues mías, ¿no? Y cuando recibí la noticia pues sí me dijeron: "No, pues tienes una metástasis en la etapa I", y así porque como que me lo querían maquillar muy al inicio así de: "Mira..." -como con la lástima. Yo le decía: "¡Lástima no!", pero como esa forma de ser empático yo dije: "Mira, pues estás enferma, pero vamos a ayudarte". Y yo así de: "A ver, a ver, mejor dime las cosas como son, o sea, no me vas a engañar a mí que trabajo desde hace muchísimo tiempo aquí y que te conozco de pi a pa todo", ¿no? Y me dice: "Okey, ¿lo quieres así como es? Sale". Y me dijo: "No pues tienes una metástasis así". Y yo así con esta cara (*gesto tranquilo*): "¡Ah, okey! ¿Y qué vamos a hacer?", ¿no? Y este... pero por dentro estaba así como de: "¡Ay no! No me puedo morir" (*risa*). ¿Sí me entienden? Es como esa etapa de negarte, o sea, de negación, de decir: "¡Ay, no! No estoy enferma, ¿cómo crees? si yo... todo bien". Pero realmente fue después como esa parte de sentarte tú sola y decir: "Estoy enferma, ¿cómo le voy a decir a mi familia?", ¿no? O "¿cómo le voy a decir que tengo que ir a quimios, que va haber días que no me quiera levantar...". Este... ¿Cómo le digo?, ¿y mi mamá?". Pues sí fue el llanto total, y que de alguna manera esas emociones de otras personas pues te afectan. No fue fácil porque mi papá lo asimiló de esta forma, así de: "Papá, estoy enferma". (*ríe*)

“Fíjate que así, así...”, y tener a mamá aquí (*señala a un lado*) chille y chille y papá y hermanos ahí, ¿no? (*señala enfrente*). Mis hermanos así de: “Pues le vamos a echar ganas”. Y tú: “¡Sí, claro!”, este... “¿Papá, este... qué le quiere decir?”, ¿no? Y mi papá así de: “Pues es una enfermedad equis”, ¡Así!... y yo así como de: “Mmm...”. Sí, y entonces yo siento que por eso también fui así, ¿no? porque ya vienes como arrastrando ciertas cosas inconscientemente de decir: ¡Ay, no! No va a pasar nada”. Y sí fue como al inicio esa parte de los dolores; fue así como de: “¡Ay, quiero morir!”. Así yo decía: “¡Ay, todo bien!”. Se acercaba mi hija la más grande y decía: “¿Mamá, estás bien?”, “Sí, sí, todo bien”. Y el dolor, ¿no? El ir a los estudios al primer mes y que te digan: “No, no has avanzado”. O sea, era mucho. Y las dosis de medicamento eran muy altas para el dolor y decir: “¡No puede ser!”. O *luego yo solita me automedicaba, ¿no? este... “No, yo me voy a tomar esto con esto y se me va quitar porque se me va a quitar”, ¿no?* Y me levantaba y me decían: “¿Quiéres ir a tal lado?”. Y no permití como esa parte de la compasión; decía: “Estás enferma. ¡Ay, no! Tú quédate aquí, no te preocupes”, ¿no? O sea, era así de: “No, yo voy” (*risa*). “No puedo correr, pero yo voy”, ¿no? O “Yo voy, no pasa nada”. Y aunque yo me estuviera así como muriendo por dentro, yo decía: “No le voy a amargar la vida a los demás”. Era así o, principalmente, por mis hijos porque decía: “Bueno, están pequeños, no tienen a su papá y yo soy con quien se refugian para ir a jugar”. Y yo dije: “Bueno vamos a jugar”, ¿no? Sí hubo días en los que ya quería tirar la toalla (*risa*), porque me decían: “Te vamos a operar, eh”. Y yo: “¡¡Nooo!!” Yo decía: “No, ya no quiero más operaciones”, pero el riesgo también era muy alto si me volvían a operar porque yo llevaba tres al hilo, y decía: “No, otra y me voy a ir”. O sea, me voy, y eso fue lo que también de alguna manera como que intenté evitar. Entonces el tratar de buscar ayuda en otras áreas también, ¿no? Segundas opiniones, este... medicina alternativa, hee... infinidad de cosas. Me fui un tiempo, ¿no? Un tiempo me fui, como una semana, a Oaxaca porque me decían que allá las señoras curaban y así, ¿no? Obviamente en esos tiempos de crisis y con el dolor encima todo lo que me dijeran era bueno. Entonces iba yo, decía: “¡Híjole! ¿Y si no me curo porque es mentira?”. Sí te dicen que nunca olvides, o sea, que no pensaste en que te ibas a morir, ¿sí me explico? Hubo -por muy positiva que yo anduviera- había momentos en que yo decía: “¡No! ¡Ya, Diosito! ¡Llévame!” (*risa*), porque el dolor es muy fuerte, o sea, es muy fuerte; te enfrentas a las secuelas de esas quimios, o sea, te digo, ¿no? O sea, vómitos, este... diarreas, dolores. No solamente de la parte que tienes afectada, sino... te empiezas a sentir dolores en otras áreas del cuerpo: dolor de cabeza, mal humor... O sea, el mal humor era, era tremendo, pero era por lo

mismo del dolor que pasas y no sabes cómo asimilarlo y que cada que iba en el hospital me ponían en una escala de EVA, ¿no? Así de: “Vamos a ver tu nivel de dolor”. Te conectaban a los aparatos a los arcos en C así: “Ah, tienes un dolor de 8 punto y cacho”. Y tú así casi revolcándote y hubo un tiempo en el que prácticamente me la viví... pues se daba porque los dolores eran bastante, era en lo que mi cuerpo asimilaba la quimio, pero en estos últimos estudios que vimos que hay una, una remisión no total, porque no es total pero que ya hay una remisión ya es como la luz al final del túnel (*risa*) porque dices: “¡Voy bien, voy bien!”. ¿Ajá? No, sí voy bien y sigan los tratamientos médicos, no tengo que hacer un tratamiento médico y así será por 5 años más si todo sale bien, pero realmente el tener un cáncer es, al menos en mi caso, fue como el milagro divino, o sea, desde que mi hija nació por cómo se dio. Porque vivía, a pesar de, de todas las expectativas médicas que había, de que yo no saliera viva del parto, ¿no? Y yo decía: “Bueno, milagro número uno, milagro número dos”, porque te pega la cuestión emocional el convivir con personas que también están enfermas pero ya en etapas terminales, ¿no? y donde más me pegaba a mí era como en los niños; ver niños enfermos, así tú: “¡No quiero venir, ya no quiero venir!”. Y yo decía: “¡Rayos! Esta enfermedad es bastante, es como la muerte número uno entre diabetes, entre cáncer, este... este tipo de padecimientos”, pero el cáncer en el estómago es muy agresivo, demasiado agresivo. O sea, llega un punto en el que tu estómago se reduce a no querer comer nada, y tu cuerpo entiende esas señales de que solamente te vas a comer un cachito de pan. Y si estás así por un mes, cuando quieres comer ya el pan completo ya no te permite comer el pan completo. Entonces son muchas cuestiones que abarca el estar enfermo así, pero que también tienes que cuidar tu salud emocional si no te quieres venir abajo. Y entender muchas, muchas cosas sobre la marcha porque realmente no lo entiendes hasta después de mucho que debes, este... atenderte con... con tiempo, hombres y mujeres (*ríe*), ¿no? Porque tenemos muchos casos de compañeros que tuvieron cáncer de próstata y por machismo no se revisan entonces ahí como una cuestión donde el cáncer no respeta ni género, ni edades, ni nada. Pero que también depende mucho de la atención médica que tengas, el acompañamiento que tengas por parte de tu familia, pero también en la parte psicológica porque son como tus 3 pilares, ¿no? Tu salud emocional, el psicólogo que te acompaña, y tu familia; no hay más, o sea, si no tienes el apoyo de tu familia te derrumbas, si no tienes el apoyo de un profesional en la salud mental que te ayude como a entender muchos procesos que vas a ir viviendo a través de esta enfermedad o de cualquier otro padecimiento no sabes cómo sobrellevar las cosas y para eso son ellos, ¿no? Ellos se

dedican a eso, y la atención médica también. Y ese es otro factor en el que yo agradezco mucho porque pues tengo una atención (*risas*), pues bastante considerablemente, pues buena no es como aquí el IMSS aah (*risas*) ...tachén eso (*risas*), este... Ya me hubieran dejado morir, ¿no? Pero ahí está, y la ventaja ha sido el poder ser parte de mucho tiempo de ese hospital, o sea, estamos hablando desde hace más de 10 años de estar en ese hospital y decir: “Tengo buenos compañeros, buenos médicos que no me van a dejar morir”. A lo mejor ya no me ven como la paciente sino como la amiga, que dices no se va a morir mi amiga, y él luchar por tu amiga porque no es lo mismo tenerte siendo familiar de ahí que llegara alguien de mis hijos y atenderlos y estar ahí al 100, a que llegara un paciente externo y decir: “X, paciente uno y así”, ¿no? Esa atención... yo siento que es ahí donde digo: “Sí, sí me quiere Dios” (*risa*), porque he tenido muy buenos médicos, la verdad. He tenido muy buenos médicos, pero también he tenido las posibilidades de moverme y atenderme en otros lugares, desde un hospital particular al hospital que tengo de servicio médico naval y pues aparte lo que yo pudiese haber conseguido por otros lados... que medicina alternativa, que si los tés, que si las cuestiones herbolarias, esa parte ha sido -sí se escucha bien chistoso- pero sí tomé hasta lo que no imaginan, no sé lo que hizo efecto.

**Dalila:** Y, por ejemplo, Ada, ¿desde tu experiencia qué concepto le darías al cáncer?

**Ada:** ¿Concepto en qué sentido? (*un tono serio*)

**Dalila:** Con base a tu experiencia, ¿cómo lo describirías? ¿Para ti qué es el cáncer?

**Ada:** Ah... ¡Ay, no! No puedo (*voz baja y descendente acompañado de una risa al final*).  
¡No! ¡Ay, no! No puedo. (*se le llenan los ojos de lágrimas*)

**Antonio:** Bueno, cambiando un poquito, nos platicabas que ya tienes bastante tiempo trabajando ahí en la clínica y pues también nos comentas que te auto-medicaste o sabes cómo funciona ahí el...

**Ada:** (*Pequeña risa*) son cosas que no se deben de hacer.

**Antonio:** ¿Podrías platicarnos un poquito sobre tu formación académica?

**Ada:** Si claro que sí, ¿desde el kinder? (*ríe*). Realmente soy egresada del politécnico, 100% soy egresada de vocacional, voca 7. Ahí estoy como Técnico en Mantenimiento Industrial. Posteriormente, me quedé un año fuera por vaga, esa es la verdad, por vaga,

por desastrosa, he... Perdí un año en el cual como que entré en ese conflicto de qué carrera quería estudiar. Me iba más por las sociales, pero decidí ingeniería. Decido irme a UPIBI que es donde terminé la Ingeniería Biomédica. Me titulo como ingeniera biomédica y me especialicé en la parte de todo el equipamiento médico: gases medicinales, todo lo que son prótesis biónicas. Posteriormente, hice un curso de robótica estando en la carrera de robótica, estando a favor de la salud como tecnología de la salud y lo hice en Canadá; ya regresó a México me incorporó a filas de Marina haciendo servicio social, bueno, servicio militar voluntario en las instalaciones de Marina y ahí pues me jalaron para poder ser parte de la institución. Ya entré ahí, este... cumplí con la parte de los adiestramientos porque realmente yo no quería trabajar como en el hospital, yo me inclinaba más por la parte de la adrenalina, esa parte de paracaidismo, todo eso, bueno pero por azares del destino me contrataron y me quede en el hospital; funcionó mas (*risa*). Me quede ahí, pero igual dentro de Marina decidí ya estudiar la licenciatura de Relaciones Comerciales, igual en I.P.N, pero no se dio (*risa*). Sí terminé la carrera de Relaciones pero no me titulé, me quede como pasante, o sea, sí acabé (*risas*) -aclaro-, sí tengo certificado y tengo mi carta de pasante, pero por la hueva, y porque ya estaba trabajando, o sea, ya me enfocaba mucho en la onda del trabajo, y como que aquí era: “¡Ay, qué flojera es ir otra vez a la escuela y hacer un seminario!” Lo dejé de lado y realmente fue conformismo mio porque pues yo dije: “¡Ay, ya tienes todo”. Sí, de hecho en su momento le decía a Yess, en otras ocasiones que hemos platicado, le decía que esa parte académica siempre me ha gustado estar actualizada, siempre, porque mi carrera es prácticamente... va de la mano con medicina y si no me actualizo el mundo tecnológico me rebasa. Entonces es esa parte decir: “Sí, me voy a meter al curso tal”... y así porque sí es importante desde la parte de los idiomas que también es fundamental para todos actualmente, y más en el ámbito profesional porque te abre muchas puertas, es un idioma que sí domino, **el español medio acá** (*risas*), pero el inglés sí lo hablo. Tengo el intermedio de árabe y el portugués que no terminé y me quedé ahí, pero son como tus puertas a muchas cosas y el árabe lo estudié por cursos que se estaban dando fueras y donde los médicos que estaban dando los cursos hablaban solamente inglés o el idioma, ¿no? Que no fui que terminé no yendo al curso pero se me quedó como el idioma, lo certifiqué y todo pero no es algo que ocupe mucho simplemente como que el inglés por los libros por muchas cosas es parte de mi formación en el hospital. Ya mi área como tal es biomédica. Yo me encargo de todas las partes de las prótesis biónicas las prótesis en general: manos, brazos, todo, ¿no? Pero con sensores donde ya van los sensores conectados, donde ya las prótesis puedes moverlas tú solo con



solo pensarlo como si fuera tu manita propia, ese es realmente mi trabajo, que obviamente va de la mano también con otras actividades que son como el mantenimiento tanto correctivo, preventivo de los equipos médicos del hospital ahora en pandemia la parte de llevar los equipos médicos con los respiradores los arcos en “C” que se le ponen a los pacientes, pues estuvieran en óptimos funcionamientos y en caso de emergencia siempre tener ese plan de contingencia en el hospital; se va la luz y tarda la planta en llegar no se pueden quedar sin aire, sin oxígeno así sean 2 minutos en que tarda la planta en entrar hay que salvaguardar la vida de todas las personas que dependen de algo eléctrico. Entonces eso también es parte de mi trabajo, parte del mantenimiento de que los equipos funcionen. Actualmente, por el tiempo que tengo ahí, los grados y los rangos, pues ya también te exigen desde maestrías para poder ascender entonces es sí o sí; te pones las pilas para estudiar sí o sí; te preparas sí o sí... O sea, no hay más. Si quieres ascender para grados de oficiales, la verdad es que ya los requisitos vienen muy específicos, necesitas una maestría en tal. Necesitas hacer cursos tal, o sea nosotros nos basamos por curso entonces yo tengo que ver. Por ejemplo, este año me voy a meter un curso, y digo esto me va a dar tantos puntos para que el día en que venga en promoción (para nosotros venir en promoción es venir en ascenso) se hace una selección a nivel nacional de los que posiblemente pueden ascender en este año, ¿no? Nos llegan las listas y cubriste el curso tal, ¿no? Pues que si a... pues este... “Fulanita viene en ascenso, fulanito, fulanito”. Y empiezan los exámenes otra vez de que tenemos que cubrir ciertos requisitos. Entonces para grados ya más altos es: las maestrías, los posgrados, todo, y Marina ha sido como esa parte fundamental también de mi crecimiento laboral, pero también personal porque los cursos son gratuitos (*ríe*). Son gratuitos, la gente que los da es gente preparada, los cursos se dan aquí en la Ciudad de México, pero también tienen sedes en otros países, en otros estados, todo pagado. Entonces ya el que no avanza es porque no quiere. Entonces Marina si nos ha formado académicamente bastante bien, no es algo como que me queje en esa parte mmm... es que también uno tiene que ser consciente que al estar en una área de sanidad necesita bastante preparación: el leer constantemente, buscar cursos, plataformas; que si no te lo dan en el trabajo tienes que ser autodidacta y buscarte un curso y decir: “Me voy a meter aquí porque me tengo que ir superando”. Y eso te va abriendo puertas entonces dentro de mi formación sí he tomado muchos, muchos, muchos cursos sí. Algunos por obligación (*risa*), pero otros sí porque realmente pues son de mi área, porque me interesan, y pues ahorita yo creo que una de mis metas es titularme este año (*ríe*) en la otra carrera que dejé a medias. Yo creo que sí, sí me pienso titular porque

ya para el 2023 posiblemente venga mi ascenso y si no cubro eso, eso me va ayudar muchísimo entonces tengo que cubrir muchas cosas.

**Dalila:** ¿Y ahorita Ada qué grado posees?

**Ada:** Ahorita soy (*cargo omitido por petición de la interlocutora*) (*ríe*).

**Antonio:** Este... digamos que dices que estás como muy actualizada en esta parte también de la medicina, ¿cuáles consideras que son tus conocimientos de medicina general?

**Ada:** Por parte de mi carrera vemos medicina general, desde primeros auxilios, funcionamiento de cuerpo, la parte a nivel cerebral, porque yo trabajo mucho con sensor, entonces es una parte donde yo tengo que ver cómo funciona o si todavía funciona tu cerebro en ciertas áreas para poder... y colocar una prótesis biónica si no eres apto, si todavía tienes esas como descargas, esos pequeños shocks eléctricos; ese es como mi parte, ¿no? La parte de ortopedia: toda la parte de huesos partes del cuerpo, extremidades, lo tengo que saber bien porque pues hago prótesis, ¿no? Ver este... en una emergencia esa parte de, de poder brindar un RCP. Todo eso lo tengo que saber, qué hacer en caso de una hemorragia eh... y lo digo como conocimientos de medicina general porque me ha tocado ir a operativos donde pues son operativos fuertes, ¿no? Donde ya son más los *conta buenos* -vamos a ponerlo así- y donde tengo compañeros que han caído heridos o han caído muertos, literal. Y que se les tiene que brindar el apoyo y no soy médico, aaah (*risa*). No soy médico pero tengo que apoyar a mis compañeros, entonces por eso vamos nosotros aparte de que también va un equipo de sanidad como médicos, enfermeras este... principalmente enfermeras, ya no tanto médicos, paramédicos; son como la base del hospital, ¿no? Porque son realmente quienes brindan el servicio de un torniquete, vamos a hacerle “que con el cinturón”, no puedo decirte que, que, que tienes forzosamente que ponerles ahí una venda, sino que en el momento tú -ya con el conocimiento que tienes- sabes que hasta un cinturón te sirve, una playera te sirve para hacer un torniquete y son partes muy, muy básicas que tienes que saber, ¿no? Yo trabajo mucho de la mano con los neurólogos, ¡Mucho! Y bien o mal a lo largo del tiempo te vas curtiendo en ciertos temas porque trabajas con ellos, ¿no? con ellos; con los ortopedistas; con todos ellos. Entonces son como que... aunque yo no lo hubiera querido aprender tengo que, ¿no? O cuando entro a quirófano y me dicen: “A ver, checa”, ¿no? “¿A ver si es todavía apto para...? ¿Le cortamos la pierna hasta aquí o hasta acá?”. Porque si tú me dices que hasta aquí y no te sirve, no lo puedo volver a meter a cortarle la pierna y es una decisión que tienes

que tomar en el momento de decir: “¡Ay! ¿Hasta dónde se la cortó?. Mmm... para ver, para no lastimar tendones, no lastimar nervios”. O sea, sí son como decisiones como un poquito complicadas pero que, bueno, dices: “Ya también la experiencia de muchos años de estar ahí en quirófano, de atender, de estar en campo en situaciones de riesgo...”. También este... a veces es más lo que haces en campo donde aprendes que realmente por conocimiento teórico. Entonces ya lo verán después ustedes, aaah (*risa*). Cuando vaya y les diga: “Me siento mal, mushashos, y me atiendan (*risa*)”.

**Antonio:** Bueno por este momento ya se acabó el tiempo, ¿no sé si quieras comentarnos algo antes de terminar esta primera sesión, algo extra?

**Ada:** Ummm, no.

**Yessica:** Quizá algo que creas que nos faltó preguntarte en esta primera...

**Ada:** Voy a responder la pregunta de... ¿me recuerdas tu nombre (*refiriendo a Dalila*) porfis, perdón?.

**Dalila:** Dalila .

**Ada:** Dalila, Antonio, Yessica, ehmmm... ¿Qué significado o qué concepto le doy al cáncer? A ver, sí, sí. Nada más que en el momento me agarran así... Realmente el cáncer para mí ha sido una de las experiencias más fuertes pero también las lecciones, la lección de vida en este caso más importante, porque el cáncer es una enfermedad que aunque posiblemente haya una cura, no es una cura que dé o que tengan acceso todos. Que considero que el cancer si es agresivo, pero que también nos falta mucho el poder trabajar en esa atención médica oportuna y que depende también mucho de nosotros y de la cultura que tengamos el podernos ir a revisar, o sea, el cáncer para mí fue falta a pesar de la... o sea, fíjate, a pesar del nivel académico que pudiese llegar a tener ahora fue un error mío el no darle importancia a un simple dolor de estómago; el automedicarme con: “¡Ay, un Omeprazol!”. O “me voy a tomar esto”, ¿no? cuando ya no es normal. Que se pudo haber prevenido a lo mejor con un sondeo, un radiografía o una resonancia, pero que yo no le di interés. Y me enseñó muchísimas cosas: desde valorar un poquito más el tiempo -y sí ha sido difícil- pero estoy viva (*risa*), estoy viva; lo que muchos no logran. Entonces sí, el cáncer para mí fue como mi mayor aprendizaje desde el año pasado. Eso es para mí ahora, mi aprendizaje total.

**Antonio, Dalila, Yessica:** Muchas gracias, gracias por tu tiempo, por estar aquí.

**Ada:** No, gracias al contrario.

### **Transcripción Tercera Entrevista**

02 de Marzo 2022

**Antonio:** ¿Qué es una enfermedad?

**Ada:** Algo que todos temen tener. Una palabra asociada a la muerte y que nadie quiere escuchar.

**Antonio:** ¿Qué es el cáncer?

**Ada:** Una enfermedad asociada a la muerte, una enfermedad delicada. Una noticia devastadora.

**Antonio:** ¿Qué es el cáncer de estómago?

**Ada:** Es una enfermedad con evolución rápida y de la cual si no te cuidas, te mueres. Un cáncer de estómago, por la zona, es muy agresivo y tiene menor pronóstico de vida, te mueres en menos tiempo.

**Antonio:** ¿Cómo influye el tener experiencias cercanas al cáncer?

**Ada:** Influye en muchos aspectos de la vida. Desde el plano económico porque los gastos aumentan, hasta en cómo toma la noticia tu familia o cómo te escondes de tus hijos y que ellos no sepan por qué lloras o por qué te quejas. Cuando conté la experiencia a mi mamá, yo la tenía a ella llorando, mis hermanos también y mi papá fuerte ante ella. Es un proceso devastador.

**Antonio:** ¿Cómo se sentirá una persona que acaba de ser diagnosticada con cáncer en el estómago? ¿Qué emociones emergen?

**Ada:** Mucho enojo, ira, culpa (por no cuidarse y por no saber controlar tus emociones con quienes te rodean), vergüenza, dolor e impotencia de no saber qué hacer. Son muchos sentimientos encontrados. Y se debe aceptar que es malo no darles espacio. Se vuelve una

olla exprés. Pero ya es cuestión de cada quien, yo difícilmente expreso mis emociones. El trabajo me ha hecho así.

**Antonio:** ¿Por qué es malo no dejar que sobrevengán esas emociones?

**Ada:** Porque hacen daño en el cuerpo. El lunes tuve cita médica y el especialista me preguntó si estaba enojada, contesté que no. Él me dijo que lo dejara salir, que el cuerpo no miente, que mi vesícula estaba inflamada y era por el enojo. Culturalmente decimos de una persona biliosa por enojona, que se le derrama la bilis. Entonces muchas veces la gente no acepta que las emociones pueden perjudicar el cuerpo. Por increíble que parezca. *Tengo un colega que tiene un cáncer en la garganta y a él lo veo muy deprimido. Yo le digo que hay que estar con la mejor actitud, que le eche ganas, pero él está muy deprimido, apagado.*

**Antonio:** ¿Cómo será el afrontamiento del personal de la salud y de una persona formada en Marina?

**Ada:** Aunque nosotros estemos de este lado, es un proceso difícil que implica muchas emociones. Yo me apoyo del lema de Marina en el que se dice que siempre hay opciones, sea por cielo, mar o tierra, aunque estés muy devastado y hundido, siempre habrá algo por hacer y volver a salir a flote.

**Antonio:** ¿Cómo será visto un enfermo con cáncer?

**Ada:** Como una persona con mucho dolor, cercana a la muerte, que sufre. Como común denominador sería una persona débil y frágil.

**Antonio:** ¿Este común denominador se repite con tus amigos y colegas del trabajo?

**Ada:** Cambia un poco con los compañeros del trabajo porque les digo que me regañen y que me hablen con la verdad. Pero aún así te ven como alguien frágil, diferente a decir que te ven como si tuvieras una discapacidad.

**Antonio:** ¿Cómo son los vínculos al atravesar por un proceso de enfermedad?

**Ada:** Los vínculos se modifican mucho. Mi mamá se la pasa llorando. A veces me ha tocado escucharlos hablar a escondidas de mí sobre qué pueden hacer, sobre qué me podrían dar, de remedios que les dijeron que tomara. También se vuelven más acomodados, están al pendiente de ti, te ayudan en tus actividades diarias. Aunque también

puede suceder lo contrario. Uno de mis hermanos me dijo que no me le acercara porque no podía tolerar que yo estuviera enferma, el verme enferma. Algunos otros que tienen un carácter *ácido* suelen acercarse. La mayoría de veces son más cercanos y de apoyo los vínculos.

**Antonio:** ¿Cómo son los cuidados a una persona con cáncer de estómago?

**Ada:** La alimentación principalmente. Puedes llevar tus medicamentos, pero la alimentación y el apoyo psicológico son los más importantes. La alimentación para un cáncer de estómago es complicada porque lo que ingieres lo vomitas. Es muy difícil mantener las dietas y no todos tienen acceso a ellas, o se les complica cumplirlas. Dejar de comer es darle pie a la enfermedad a que se desarrolle. Muchas personas dejan de comer, les llega la enfermedad y se dejan morir. Yo sigo una dieta a base de alimentos licuados o muchos líquidos. Tomo mucho atole, en ausencia de alimentos me gusta tomar mucho atolito. También los cuidados psicológicos, el poder saber qué hacer con tus emociones es muy importante, porque estos procesos son muy difíciles a nivel emocional, ocasiones en las que te da el *bajón a morir* y necesitas apoyo profesional. Una ocasión mi mamá me decía que soy terca, que a pesar de ser frágil, positiva y estar sufriendo yo era muy aferrada con mis actividades. Y eso porque apenas tuve una recaída; tengo problemas en mi vesícula y mi hígado está dando las últimas. Por eso también como que mi color se ha tornado como *amarillito minion*.

**Antonio:** ¿Quién debe brindar los cuidados a una persona con cáncer?

**Ada:** Definitivamente la familia no debe llevar los cuidados porque no tienen los conocimientos necesarios para atenderte en una crisis. Suelen provocar tentaciones con alimentos que sabes que no debes comer y te dicen que no te hará daño un cachito. Tampoco son buenos siguiendo las dietas, por ejemplo: mi mamá sabe que tengo que comer cinco veces al día. Hay ocasiones en las que por las quimioterapias debes permanecer en reposo absoluto y en cama y mi mamá me sube únicamente el desayuno, luego la comida y en la noche la cena. Se le olvidan las colaciones. En situaciones de crisis, por mucha explicación que den los médicos, ellos no sabrán qué hacer. También en ocasiones se complica porque hay que hacer traslados, si tienes automóvil ya la hiciste, y eso solo si tienes para estar pagando la gasolina, sino pues debes tomar el transporte. En el transporte se presentan otros problemas porque aquí en el Estado aumenta el costo de los pasajes y, además, sabes que tu sistema inmunológico está debilitado y eres más

propenso a contraer infecciones, que ahora con la actual pandemia es un gran foco de infección. Quienes deben brindar los cuidados deben ser los médicos. Ellos saben cómo actuar en crisis y tienen los equipos necesarios para hacerlo.

También el hacer ejercicio es bueno, pero no ejercicios de alto impacto. Puedes hacer rutinas cortas hasta donde puedas. Yo camino mucho. En casa tengo una caminadora que uso durante un rato, pero llega un momento en el que los dolores no te dejan. A veces me dan dolores en el estómago, intento continuar con la caminata hasta que el dolor ya no me deja.

**Antonio:** ¿Cómo brindan cuidados los profesionales de la salud?

**Ada:** Ellos tienen conocimientos y planes de contingencia para actuar en momentos de crisis. A diferencia de la familia, ellos tienen *mente fría* en cuestiones de crisis, toman decisiones certeras. Cuando se trata de actividades a realizar, ellos son muy cuidadosos, por ejemplo: cuando me toca cargar objetos pesados en el trabajo, ellos me dicen cuándo no debo hacerlo por el medicamento que estoy tomando, y pues tienen razón. Ahí me hacen sentir útil, me justifican el porqué no puedo realizar ciertas actividades. En mi familia no me dejan hacer muchas cosas o me las hacen antes de que intente hacerlas.

**Antonio:** ¿Cómo serán las condiciones de atención, de abasto de medicamentos y equipo técnico, de renovación a la infraestructura y los médicos en las instituciones de salud pública?

**Ada:** La atención por parte de las instituciones de salud pública es mala por varias razones: no hay medicamentos, hacen uso de equipo obsoleto o en malas condiciones, los médicos son generales y atienden a toda la población derechohabiente en todas las enfermedades presentes, el equipo de salud se hace a su institución (floja), las instituciones siempre están sucias y no tienen protocolos bien establecidos para contingencias y urgencias, además los que llegan a tener no se los dan a conocer a los derechohabientes.

Muchas veces la atención que brindan las instituciones de salud pública, dígame *hospitales para personal civil*, otorgan esos niveles de atención por el presupuesto que reciben y la cantidad de personas que se adscriben a estas instituciones. Cuando llega cargamento de medicamentos, a los primeros a quienes les surten son a las instituciones de la Fuerza Armada de México (a los del ejército y marina), y hasta después se surte a los hospitales

que atienden a la mayoría de la población. Ahora, si aquí en Marina estamos faltos de medicamentos, imaginen cómo estarán en *los hospitales para personal civil*. Además sus equipos ya no funcionan o son obsoletos, imaginen el daño causado por estar haciendo uso de un equipo de radiación que no esté en óptimas condiciones, o haciendo estudios con equipos de generaciones anteriores que no dan resultados tan certeros como los actuales. En cuanto al mantenimiento a las instituciones tampoco se les dan, llevan años muchas instituciones sin darles mantenimiento.

También se nota una importante desorganización en los diferentes niveles de atención. Deben saber que hay tres niveles de atención en los hospitales. Las clínicas de primer nivel son las que ustedes conocen, ahí a donde acuden a urgencias y les brindan atención y equipo básico entre médicos en su mayoría generales. En las clínicas de segundo nivel ya se cuenta con mejor equipamiento técnico para atender enfermedades crónicas. Y en los hospitales de tercer nivel, de Alta Especialidad, dígase La Raza, el Hospital Siglo XXI, son hospitales dotados con personal médico capacitado y especializado, así como con equipos de primera para manejo y diagnóstico de enfermedades crónicas. A una persona con cáncer se le debe ofrecer atención de tercer nivel. Conocí a una señora que todo el tiempo en el *hospital para personal civil* la trajeron con su Omeprazol y Ranitidina para tratar una gastritis, un día que llegó a uno de Alta Especialidad le diagnosticaron cáncer de estómago en etapa cuatro, cuando ya no hay vuelta atrás. Entonces, casos como ese hay muchos, cuando no se les brinda la atención con equipo y personal capacitado se considera negligencia médica. Lo que le pasó a la señora fue negligencia.

Las instituciones de salud pública también tienen una mala organización. Acá en marina los hospitales cuentan con el protocolo mater, un protocolo destinado a urgencias pediátricas en el hospital y se los dan a conocer a su población por medio de carteles, láminas (ese es el nombre que tienen) pegados por el hospital y dado a conocer por quienes atienden. Los *hospitales para personal civil* no cuentan con ellos, es más son médicos generales los que atienden a toda la población. En marina se designa el médico especialista para recibir la atención y si no se llega a un acuerdo del caso se reúnen dos o tres especialistas y planean una manera de intervenir en beneficio del paciente. Hay urgencias pediátricas, o en mi caso que llego y digo que soy derechohabiente con cáncer, me mandan en seguida con el oncólogo, y en las otras instituciones te mandan con médicos generales. Tuve una experiencia de ese tipo con mi papá, de hecho tuve que pelear para que lo revisara quien debía revisarlo, un especialista y no un médico general.



La atención es menos profunda, no es como mi caso que llegó hasta la dirección general del hospital. Como un dato curioso, se supone que los médicos tienen por obligación prescribir medicamentos aunque no quieran, es algo que deben hacer. La atención en marina es especializada y organizada. Se cuenta con equipos actualizados y en óptimo funcionamiento o sometidos a mantenimiento para mejorar atención y diagnóstico. Incluso en Marina se tiene relación con las instituciones privadas, hay un mejor manejo y atención integral para los derechohabientes, además de ser para una población menos numerosa. Otro punto en contra de las instituciones de salud pública es que no están abiertas las 24 horas. Puedes llegar a urgencias y a veces te atienden, en otras ocasiones te medio atienden y te dicen que regreses a la mañana siguiente a visitar a tu médico familiar.

La preparación de los médicos también deja mucho por desear. Es como dicen por ahí: “La institución te hace a su modo”. En *hospitales para personal civil* ves a los médicos tomando el cafecito, platicando, paseando... además ahí no exigen actualización. En marina nos incentivan, más bien nos obligan a tomar cursos y a pasarlos. Acá debemos estar en constante preparación y actualización. En las demás instituciones, al menos las enfermeras que son quienes brindan atención inicial, no cuentan con la preparación necesaria.

Por último, las instituciones de salud pública no suelen brindarte apoyo psicológico. Desde que empecé con el cáncer, me asignaron ayuda psicológica. Se requiere dotar a las personas de herramientas que le permitan aligerar la carga y estar más completos para afrontar la enfermedad.

**Antonio:** ¿Te gustaría agregar algo más?

**Ada:** Como resumen, diría que el cáncer es una enfermedad delicada, sí asociada a la muerte, pero no siempre resultante en ella. Cuando un cáncer es diagnosticado en una etapa temprana, se pueden hacer muchas cosas para evitar que avance. También es necesario mejorar nuestra cultura de la prevención porque muchas veces no sabemos ni qué es lo que causa cáncer, cuáles son los signos y síntomas de cáncer, por lo que una persona llega a los hospitales en etapas avanzadas cuando ya no hay posibilidad de hacer algo. Tampoco la gente conoce muy bien con qué equipo actualizado se cuenta y las diferentes maneras a través de las cuales se puede afrontar. Se requiere acompañamiento psicológico para procesar todas las emociones que surgen.

## Transcripción Cuarta Entrevista

04 de Marzo 2022

**Antonio:** Este...bueno, la... la sesión pasada estábamos hablando de estos conocimientos, de estos dichos que existen en la sociedad sobre lo que es el cáncer, estuvimos viendo algunos puntos. Nada más que sí nos faltaron algunos que en este caso estaríamos terminando el día de hoy. Si nos da un poquito más de tiempo, pasaremos a otro tema ¿Está bien?

**Ada:** Sin problema alguno.

**Antonio:** Muy bien. Ese día nos estabas platicando digamos así en general, nos diste un panorama muy general de lo que es...este, de cómo está concebida o cómo se piensa que es una institución de salud pública y también nos comentaste del hospital de marina ¿no? Lo que ahora en este caso me interesaría... bueno, nos interesa, es que nos platiques ahora de los tratamientos que se brindan a personas con cáncer, si quieres especificar cáncer de estómago y digamos los beneficios y perjuicios que estos pudieran tener.

**Ada:** Okey, ¿quieren que les hable de los tratamientos que se imparten en mi hospital?

**Antonio:** Sí.

**Ada:** ¿O en general?

**Antonio:** En general.

**Ada:** (*ríe*) Bueno, okey. Bueno, chicos, antes que nada buenas tardes, una disculpa ahora si estuve un poquito atareada, ehmm... con respecto al tema todos sabemos que, pues existen diferentes tipos de tratamientos para los diferentes tipos de cáncer que tenemos o se nos llegan a presentar, de manera general todos conocemos lo que son las más clásicas que son la quimioterapia o las radioterapias que son como los más comunes obviamente las quimioterapias son medicamentos y la radioterapia pues es un procedimiento médico, en algunas otras cosas pues también tenemos como alternativas lo que son las cirugías que pueden ser en el caso de un cáncer de estómago o una vasectomía o una gastroenterostomía en esa parte, con respecto a la quimio hay diferentes tipos de quimioterapia; hay una quimioterapia que es via oral que es una *pastilla bastante grandecita muy tosca* que no se te permite partirla a la mitad, es un poco difícil de tragar

porque es demasiado grande. Antes se utilizaba mucho ese tipo de quimioterapia, ahora ya no lo utilizamos en casi ningún hospital porque es demasiado complicado para el paciente puesto que tiene como reacciones involuntarias por el tipo de medicamento que tiene, ya que es demasiado fuerte y como lo dice es una “quimio” es mucho químico, obviamente se dedican a destruir las células cancerosas, o en teoría debería ser así. Y eso al ser tan grande pues no vale la pena porque el proceso para tomarla es bastante complicado y tu cuerpo no... de alguna manera la rechaza. Ehhh... bueno la vomitas la mayor parte del tiempo pero también dentro de esa... ¿cómo se podría decir?, de ese tratamiento con medicamentos va de la mano con un quimioprotector, ese quimioprotector es bastante, bastante generoso porque lo que hace es reducir de alguna manera muy significativa los efectos secundarios de lo que es una quimioterapia, ayuda de alguna manera a tu cuerpo, entonces esos son algunos tratamientos alternativos al cáncer y, obviamente, de la mano tener medicamentos bastante fuertes que hacen de la quimio un proceso demasiado complicado, ya que las quimioterapias como les comentaba anteriormente van acabando el sistema inmunológico y van dañando otras cosas.

Y con respecto a las radioterapias, bueno, es similar, solo que aquí te meten a una máquina donde recibes radiación y ese es en casos ya un poquito, donde tenemos más localizado el cáncer, aplica en un cáncer de estómago, de garganta cositas de ese tipo. Actualmente, ya más modernos en algunos hospitales, o bueno al menos el que tenemos como hospital naval, tenemos algo llamado laparoscopia, que son como unas camaritas muy chiquitas que nosotros le llamamos “lapas”, laparoscopia, o paraescopia, dependiendo el tipo de cáncer en donde este el tipo de cáncer; es una lamparita súper chiquita que ve el interior en mi caso del estómago de la pancita y eso le decimos "endoscopia superior“ y hagan de cuenta que pues pasamos por un tubito que tiene así como una mini cámara, una notebook, que va desde tu garganta pasando hasta tu estomago, y eso lo hacen en tu estómago para poder tener un diagnóstico cuando sienten que hay síntomas de un cáncer, entonces tu médico tratante o tu oncólogo lo utilizan muchísimo y puede estarlo utilizando... uff, infinidad de veces para detectar signos de este cáncer, en su caso esta metástasis que es cuando, nosotros tenemos... ¡El cáncer todos lo tenemos! Que quede claro (*risas*). El cáncer todos lo tenemos: desde una pequeña bolita y que por ciertos hábitos alimenticios, genética influyen bastantes factores, que bueno algunos se desarrolla y algunos no. Pero esta camarita o la endoscopia –que es la que les digo de garganta al estómago– pues nos permite detectar signos o alarmas que indican que puede haber una metástasis y la

metástasis es cuando el tejido o la células ya están amorfas y tiene un cierto aspecto y color y nos indican niveles tumorales. ¿Qué tipo de cáncer tenemos y en qué etapa lo tenemos? Y también tenemos una parte que se llama extracción de muestras, que son las biopsias que hacemos. Y las pruebas por imágenes, tomografía computarizada, y este también es parte del tratamiento en un cáncer, pues se monitorea constantemente o en qué estado va el tumor, en que va avanzando ese tipo de enfermedad. También este tratamiento contra el cáncer, se realizan análisis de sangre. En mi caso, en la etapa de acomodo –ehhh... este tipo de análisis–, mis compañeros médicos deciden que tratamiento es más apropiado para un caso, estas pruebas incluyen desde un análisis de sangre básico (una química sanguínea) que siempre se nos va a hacer. En el caso de las personas que tienen leucemia el proceso es muy diferente. Realmente los análisis de sangre básicos los utilizan más que nada para medir de alguna manera la función de algún daño y que nos puedan dar indicadores si hay algunos órganos del cuerpo que se puedan ver afectados por el cáncer. En mi caso... bueno, en un cáncer de estómago, se hacen para ver si no hay daños heee...principalmente en lo que es el hígado ¿si sienten que voy muy rapido me dicen?

**Antonio:** No está bien, vas muy bien, muchas gracias.

**Ada:** Y también tenemos en el hospital de nosotros, y también quiero pensar que en otros hospitales, la topografía-endoscópica en este procedimiento pues básicamente te pasan un tubito delgado con una camarita en la punta que les mencionaba, que es la que va de garganta al estómago. Y me cuentan que esa herramienta es como súper especial, pues es como una onda entre cámara que tienen la función de ser como ultrasonido para que pueda crear imágenes del estómago. Realmente, la topografía-endoscópica nos ayuda solamente determinar si el cáncer que padece, penetra muy profundo en algunas paredes del estómago o en algunas partes específicas de lo que es el estómago digamos que mide la profundidad. ¿Qué tanto lleva penetrado el cáncer?, y, a la vez, también son muy utilizadas unas pruebas que se hacen por imágenes. El hospital de nosotros cuenta con una área de “imagenología”; así nosotros lo tenemos catalogado en los hospitales de fuerzas armadas, pero para los del sector médico-público su servicio... –no sé cómo se le dice, ¿“seguridad social pública general”?– vamos a decirlo... “personal civil” –vamos a decirlo– es lo que ustedes conocen como “rayos X” o las resonancias magnéticas, tomografías, que pueden encontrar en cualquier laboratorio fuera de un hospital. Pero en nuestro hospital, las tomografías son computarizadas y hay una tomografía que casi no se

recomienda pero es necesaria: son “tomografías por emisión de positrones”. Esos positrones son como medios contrastados y aquí sí cabe mencionar algo, aquí sí tienen como de alguna manera una secuela o una consecuencia fuerte de utilizar el medio de contraste, porque si eres alérgico al medio de contraste no se te hizo una prueba previa heee... puedes tener un paro respiratorio, un paro cardiorespiratorio, entonces es muy importante esa parte porque ese medio de contraste, al entrar en contacto con la radiación que puede llegar a emitir esa resonancia (tomografía), lo ilumina de manera fluorescente: las maneras aceptadas por el cáncer. ¿No sé si me explico y si tienen alguna duda me preguntan?

**Antonio:** Sí, sí me lo imagino muy bien.

**Ada:** Entonces... cuando ese medio de contraste hace contacto con la radiación que emite, el equipo médico del área hace medio de contraste o se ilumina como luciérnagas. Ustedes... y brillan y obviamente donde hay una zona afectada el color es diferente y tenemos una escala de color, y esta prueba es bastante dañina pues es un líquido que se tiene que colocar vía intravenosa. En mi experiencia, yo nunca me había realizado una pero en el momento en que... en... cuando la primera vez que me la realizaron, pues obviamente te hacen preguntas de cajón de si tienes miedo al encierro, que si eres alérgico y, bueno, yo a todo le puse que no, un error mío, pero también error de mis compañeros; salgo de la resonancia magnética, pero como yo soy de alguna manera claustrofóbica yo achaqué mi malestar; que estuve mucho tiempo encerrada y me desesperé entonces, cuando me levanto ¡Pumm! me desmayo me estaba entrando como un ataque ¿no sé si me explico?, solamente activaron un protocolo de emergencia, que desafortunadamente en otros hospitales no cuentan; no saben cómo contrarrestar los efectos del medio de contraste... entonces ahí es muy peligroso. Cabe mencionar, y dentro de este tratamiento cuando ya sabemos cómo es este proceso, el propio médico te invita a hacerte una cirugía y pues esa es como una parte de la actitud que tenemos. Sí, me incluyo. Es un tipo de cirugía exploratoria, es la que les decía a ustedes la “laparoscopia”. Y entonces que el médico tratante es el que ha llevado de manera muy referente tus medicamentos va a trabar lo que es el cirujano y realiza varias incisiones en el estómago en la pancita para poder insertar esa cámara y esa camarita transmite imágenes a un especie de computadora monitor que tenemos en los quirófanos, y ustedes pueden ver cómo la camarita va entrando, bueno eso en caso de que no sean muy sensibles a las imágenes de lo que es el cuerpo humano y bueno pues ya dependiendo la situación de cada quien se pueden utilizar

infinidad de otra pruebas dependiendo de qué etapa de cáncer esté. Ya de acuerdo a cada uno de los resultados de las pruebas que les hicieron previo antes de determinársela el médico pues ya determina. Aquí nosotros le decimos estadios de cáncer emmm...¿cómo les explico? una historia de cáncer de, en el caso que es de estómago lo vamos valorando con números romanos, que va del cero hasta el cinco... no es cierto, es hasta el cuatro, que etapa cero: es cuando empiezas pero no hay metástasis, la etapa uno cuando como empieza a comerse el tejido el cáncer y así...¿no sé si me explico?

**Antonio:** Sí.

**Ada:** Entonces esos estadios que son como bajitos, en esa escala tumoral, nos indican que el cáncer es muy pequeñito y que solo está afectando pequeñas capitas internas en el estómago vamos de menos a más.

**Antonio:**mmm ju.

**Ada:** y ya en un estadio a nivel cuatro pues ya el cáncer se considera demasiado avanzado y ya nosotros decimos que ya está en etapa terminal; ya se ha diseminado a otras zonas del cuerpo y hay una invasión a otras áreas del cuerpo. Obviamente los tratamientos del cáncer emm... varían mucho de una persona a otro y les voy a poner simplemente este ejemplo: en un hospital como es el de Marina puede haber una buena quimioterapia con un medicamento que se llama oxycodone que es demasiado caro, que si ustedes lo investigan en farmacias está arriba de cincuenta y cinco mil pesos, y eso es solamente para una dosis, y emm.. en lo que es el sector salud público -se escucha feo pero pues sí- es este un medicamento mucho más remitido en ciertos fármacos que no tiene oxycodone en el cuerpo, es como un patente vs. un similares, entonces ahí aplican otros tipos de terapia. Hay terapias biológicas en los hospitales como *hospitales para personal civil*, etc. que los hacen como de algún tipo de proteínas y principalmente sustancias que pueden producir su propio cuerpo que son como inmunoterapias, algo así, y acuérdense que en este caso las quimioterapias pueden ser orales, intravenosas, regionales y eso dependerá mucho de la tolerancia que sienta cada paciente. ¿No sé si me explico?

**Antonio:**Este...

**Ada:** Y es muy importante, bueno que aquí nosotros tenemos, ¡aquí!, atención de apoyo que es como los cuidados que nos brindan ahí en el hospital para sobrellevar esta parte de

la enfermedad y el tratamiento y no solo para mí, sino también para la familia, ahora ya más o menos me entienden.

**Antonio:** Sí, esto último que nos platicabas podrías ahondar un poquito más ¿cuáles son esos cuidados, tanto como para usted como paciente y para la familia?.

**Ada:** ¿Los cuidados de apoyo?

**Yessica:** Chicos...he tantito ¿Quisiera saber si por favor pueden pegarse un poquito más el micrófono? Es que, bueno, desde mi opinión, no escucho mucho ni en la grabación se escucha tan fuerte.por favor

**Ada:** A ver, ¿me escuchan?

**Antonio:** Sí.

**Yess:** Sí.

**Ada:** Sí, nadamas me confirman. Ahorita les voy a pasar lista a todos (*risas*). este... bueno dentro de esa última parte de que tenemos como esos tratamientos, pero que también tenemos el acompañamiento y el apoyo... en el caso de marina lo que hacen es llevar a un especialista en oncología, pero también de la mano de un psicólogo y acompañan a esa persona le dan como información, pláticas, ven algunas películas bastante crueles emm.. les brindan como toda esa parte de apoyo emocional, les permiten como que ellos puedan externar todo lo que sienten acerca de sus dudas, de lo que les inquieta pero precisamente de la palabra “muerte” los enseñan en el caso de los pacientes de una etapa terminal, lo que es un cáncer, y ven resultados en tratamientos, quimioterapias, etc. Los enseñan a cómo desprenderse de la familia, de los amigos y, a la familia, de igual manera, les enseñan a cómo aprender a manejar las emociones con un paciente enfermo de cáncer, pero también a cómo desprenderse de alguna manera de esa persona en el momento en que ocurra el fallecimiento...¿sí me entiendes?

**Antonio:** Sí, muy bien... entonces estaríamos hablando de acompañamiento médico y acompañamiento psicológico ¿no?

**Ada:** Sí, exactamente.

**Antonio:** Muy bien. De todos los tratamientos que nos comentaste ahorita ¿cuales son los que consideras que conoce la población en general y qué consecuencias crees que ellos conozcan de estos tratamientos, al menos los que conoces?

**Ada:** ¡Ay, Dios mio! esa es una pregunta cruel ahh (*ríe*), ehm... la mayoría conoce las quimios les voy a hacer una pequeña pregunta de lo que yo les mencione la laparoscopia, los tratamientos biológicos ¿alguno de ustedes los conocía?

**Antonio:** Emm... conocía la endoscopia y un poquito esta que nos platicabas, que utilizan los positrones y un poquito del diagnóstico que hacen con base en la bebida del diagnóstico de bario, o sea que le dan a la persona este químico y lo que hace es como entintar el órgano para, ahora sí que...

**Ada:** Bueno, no lo beben; simplemente iluminan tu vena lo colocan y pasa vía intravenosa, sientes un poquito de frío.

**Antonio:** Bueno, digamos es lo que en general se conoce son las quimioterapias, y ya de ahí en fuera no.

**Ada:** Bien de los tratamientos más conocidos para el cáncer y que la mayoría de la gente ha señalado que conoce son las quimioterapias, y la radioterapia, y obviamente la mayoría de las personas que pasan por un cáncer, al igual que la familia, no tienen todo el conocimiento de la enfermedad ni mucho menos las consecuencias de dicho tratamiento y esto depende también del tipo de cáncer que tengas. Saben que las quimioterapias bajan tus defensas, pero no saben que se están dañando otros órganos. En mi caso, sí tengo un poquito más de conocimiento porque, obviamente, el hospital ha sido como mi área de trabajo siempre, ¿no? Yo sabía que al estar en una quimio iba afectar algo y ahora lo veo, ahora tengo problemas como en el hígado, la vesícula y así. Pero mucha gente no. No sabe que le están curando una cosa y le están pasando a afectar a otras, y que le están dando medicamento precisamente para atender el posible daño que le pueda causar la quimioterapia ¿no sé si me explico en esa parte?... La mayoría entiende como quimioterapia o radioterapia que simplemente es para matar las células cancerosas y fin, pero no conocen que realmente el que se debilita es tu sistema inmunológico que también hay que entenderlo, y que en muchos hospitales no lo hacen y, sin embargo, también hay un daño a órganos cercanos al área de cáncer. Entonces cuando lo vienen a ver los familiares de la persona con cáncer dicen: “bueno, sí tenía cáncer, pero resulta que ahora



le dio hepatitis”. No tienen la información suficiente para entender que el cáncer no ataca como que “¡Ah, me dio en un dedo!”, y ya. ¡No! La quimioterapia acuérdense que son químicos y también la radiación que pueda dar y que obviamente también es dañino para muchas cosas en tu organismo. Entonces la gente necesita... como les decía ayer, como promoción de la salud en el tema que nos atacan muchísimo que es el cáncer, la diabetes, etc., por mencionar algunas como muy comunes. Considero que no hay promoción de la salud en ningún sentido y que las instituciones, volvemos al punto de que tampoco se cuenta con el abasto para atender la alta demanda. (silencio 4 segundos).

**Antonio:** Sí, bastante bien. Siguiendo con los tratamientos: nos comentabas de este otro apoyo acompañamiento que se les brinda. También nos gustaría saber ¿cuál es la posición de la población en general de lo que sería llamemoslo “medicina tradicional”, este tipo de medicina que no es la que te ofrecen en las instituciones, o una medicina común (la herbolaria u otras prácticas que tú conozcas)?

**Ada:** Sí, ya me imagino por dónde vas.

**Antonio:** ¿cuál consideras que es la posición de la población en general y cuál sería la posición de los médicos para ella?

**Ada:** (*ríe*) este... yo soy de la idea de que al paso del tiempo, evolucionas o te estancas. ¡No hay más! Actualmente, el Instituto Nacional de Cancerología ¿no sé si lo conocen?

**Antonio:** Sí.

**Ada:** Aquí en zona de hospitales en Tlalpan hay una doctora que se llama L., ella me ha llevado de la mano por esta parte de la medicina alternativa. Ella tiene un simposio en el posgrado y demás, en medicina herbolaria tradicional, pero muchos médicos están como muy renuentes; no se atreven a probar nuevas técnicas, y ella ha sido un parteaguas de la medicina tradicional de los médicos antigüitos contra la medicina más moderna, porque los médicos piensan que no tienen un sustento científico o que avale que dicha medicina alternativa ha sanado a una persona con cáncer. Hace algunos años, irónicamente, trabajamos mucho en eso en el hospital por cursos obligatorios. Sinceramente, que había personas de edad ya avanzadas que creían que mezclar sustancias no ayudaba a curar el cáncer. Yo sí soy fiel seguidora de la medicina alternativa porque considero que la naturaleza también tiene lo suyo y que no toda la vida fue la medicina que nosotros conocemos, sí creo que te puede drogar (*ríe*), no es cierto, sí considero que hay ciertas

cosas que puedes tomar de la mano con tu tratamiento del cáncer clásico de un hospital. Los médicos no lo hablan no lo aceptan, y nos ha costado mucho trabajo en que ahí entran por un proyecto que teníamos anteriormente con esa doctora L., ha sido muy difícil “introducir” –esa es la palabra– junto con un tratamiento normal, entonces siento que sigue siendo una pelea laboral y en cuestión herbolaria, en la vieja escuela de medicina no hay como algo que los haga ver que, si se puede tomar ambas para sus pacientes, ahora la mayor parte de la población –me incluyo– ha buscado alternativas fuera del hospital llámese en plantas, té, pastillas nivel naturista, que te den esa calidad de vida que buscas, lo haces más que nada porque quieres sanar. Y alguna vez se los comentaba, yo he tomado infinidad de cosas sin dejar de lado mi tratamiento médico, pero aquí hay un error que muchos cometen; que se dedican solamente a lo herbolario y dejan de lado su tratamiento médico, y entonces, también nosotros como población estamos mal, al igual que muchos médicos que se encierran y ven las cosas de un solo color, y no es así. No hemos aprendido a trabajar en sinergia uno con otro, entonces considero que un paciente con cáncer puede llevar de la mano un tratamiento naturista –vamos a ponerlo en ese término–, con un tratamiento médico porque una quimioterapia ehm... vía intravenosa –vamos a ponerlo así– tiene efectos como vómito, náuseas, etc., que si te tomas un tesito de manzanilla –vamos a ponerlo así– realmente aliviana tu pancita y te quita muchos malestares, a que si solo te tomas un té de manzanilla y no tomas la quimio, pues no tiene efectos, y viceversa te tomas tu quimio y te aguantas los dolores de estómago, vómitos, náuseas, cuando puedes tomar en conjunto y que obviamente también hay ciertas cosas herbolarias que debemos considerar que no son tan aptas, o son contraindicadas por el tipo de medicamento que tomas, ¿No sé si me entiendan? o me doy a explicar mejor dicho.

**Antonio:** Si, digamos, ya nadamas para terminar esta partecita de los conocimientos en general, ¿tú consideras, incluso consideramos, que la gente piense que hay un único tratamiento? ¿No? Ahorita que nos platicabas, a veces se quedan con uno y no con otro ¿crees que sería en general con la población o habrá alguien que piense es más hacia un lado o es más hacia otro, pensando en medicina de hospital y medicina herbolaria?

**Ada:** Siento que todos o la mayor parte de la población vamos a ponerle un puntaje un 80%, así sea médicos, han probado medicina alternativa con algún paciente, llámese familiar, amigo, un conocido muy cercano, como alternativa para salvar la vida a su paciente. No hay persona que no busque alternativas, para darle una mayor calidad de vida a sus pacientes y que no haga hasta lo imposible, buscando opciones para que su

familiar o paciente mejore. Así que esto es una pelea necesaria porque el porcentaje que no cree en una medicina natural es militar y también la población a veces no quiere seguir un tratamiento médico, por el desgaste ehhh... que te causa y por las secuelas que te causa una quimioterapia, entonces por ahí vamos empatados (*ríe*).

**Antonio:** Pues digamos que esto sería la parte de estos conocimientos generales, nos gustaría pasar, ahora sí, digamos, aquí sí es preguntándote si te sientes en este momento preparada, nos gustaría pasar al momento en que te dieron el diagnóstico de cáncer ya pensando en cómo te dieron la noticia, cómo la recibiste, qué fue lo que pensaste en ese momento. Digamos, así en general es lo que estaríamos preguntando. ¿No sé si te parece bien que pasemos a ello?

**Ada:** Sí, está bien. No se preocupen.

**Antonio:** Vale. Entonces empezando, digamos, con el diagnóstico preguntaría, ¿cómo describirías tu actitud al recibir el diagnóstico de cáncer, el recibir la noticia?

**Ada:** Siendo muy honesta y sincera con ustedes, cuando recibí la noticia fue, sí un parteaguas que te cae de peso pero también, a veces, la preparación que tengas te ayuda a entender un poco mejor. Mi respuesta cuando me dijeron "¿Sabes qué? Tienes una metástasis" fue algo de: "Dime qué etapa tengo, ¿Qué etapa tengo? Dame opciones, medicamentos, ¿qué va ser de mí?" porque en automático me bloqueé. Sí dije: "Estoy enferma, entonces me voy a ocupar". Esa fue mi reacción en ese momento. Ya después, cuando me cayó el veinte ya lloré, pero dije: "Bueno, no todo está perdido, estás en el mejor hospital y que te tienes a ti con tu mejor actitud... entonces vamos a poder". Esa fue mi manera de recibir la noticia a pesar que fuera consciente que podía salir bien a qué podía salir mal.

**Antonio:** Y ¿Cómo empezaste a integrar esta nueva experiencia en tu vida en general, familia, amigos?, ¿Cómo pensaste antes en compartir la noticia con tu familia?

**Ada:** Fue muy difícil porque, les voy a dar un panorama en general. En el 2015 empiezo con problemas, que fueron como mi llamado de atención y que yo ignoré. En 2015 empiezo con problemas de hematomas y empecé con sangrado de nariz. Empecé con biopsias de médula y desde ahí mi cuerpo me empezaba a enunciar que mi cuerpo estaba mal, porque tenía mis niveles de glóbulos blancos –leucocitos– como muy bajitos y de repente eran la presión arterial, subían y bajaban desafortunadamente, y lo ignore

por que yo creí a que por que era... Y fíjense, si fue en el 2015 hasta el dos mil veintitantos y hasta ahorita [que] yo lleve ese proceso sola. Jamás le dije a mi familia que me habían realizado una biopsia, y yo me aguantaba el dolor de no poder dormir boca arriba, porque el dolor era impresionante, y tenía toda la espalda morada por que esa biopsia toca todo el tuétano –vamos a ponerlo así– de tu columna (*suspira*)... pasó eso; no dije nada, tenía que ir a quimioterapia y me iba sola y regresaba toda, y obviamente tu familia "pues qué onda", y de repente pues sí, ya es hora de "voy a intentar suavizar el asunto y como a los niños de kinder". Era explicarles que tenía una enfermedad que me estaba causando mucho daño y así ¿no? Esa era mi idea de planteárselo a ellos. Planeé tanto que al final solamente les dije textualmente: "tengo una metástasis, tengo cáncer, voy a empezar con quimios; no quiero que lloren, no quiero que me tengan lástima, yo voy a ir sola a mis tratamientos" (*algunos segundos de silencio*) y todos se quedaron así "¿!Cómo crees!?". Obviamente, mi mamá lo tomó de una forma muy diferente; mi mamá pues sí lloró mucho, mucho y mi papá fue, de alguna manera, más frío porque me dijo: "¡Vamos! ¡Tú puedes! Todo normal, tú no te enfoques en eso, vamos a echarle ganas con el medicamento"... y ya, hasta me regañó. Y mis hermanos todos sorprendidos, y uno sí me dijo: "Vamos a poder, hermana", como si no pasara nada, pero sí todos estaban estresados y la única que lloraba era mi mamá. Fue algo que planeé tanto que al final solo contarle como en el momento me salió. Y fue muy duro porque yo bromeaba y ellos como que no les gustaba ese tipo de comentarios, era tipo de "no inventes ya hasta cambie de signo de aries a cáncer", ¿me entienden? Y mi mamá lloraba más (*ríe*) y me decía: "Yo te veo tan tranquila y positiva, tiene que ser lo que tenga que pasar". Y de mi parte tengo que hacer lo que a mí me corresponde, que es comer lo más que pueda y ustedes asimilar que estoy enferma, no se habló más del tema.

**Antonio:** ¿Actualmente es un tema difícil de tratar con la familia?

**Ada:** La última vez que había tenido una recaída. A lo mejor eso fue por el estrés o por esta cuestión de mi hija. De repente tuve una recaída bastante considerable y, bueno, pues ya me dijeron que tengo como un problema de vesícula, porque me empezaba a poner muy amarillita y era de volver a recaer y todos viéndome así como de "no puede ser", y yo sí simplemente se los estoy diciendo, y ha sido complicado es un tema bastante doloroso, de alguna manera, aunque no lo demuestre tanto, y a veces no es tanto la enfermedad sino mi familia, que a veces no comprenden los dolores que puedo llegar a tener, las molestias, el cansancio, mis pequeños exigiendo espacio, tiempo y como me

ven muy "como si nada", ellos piensan que ando al 100 y no ando al 100. Hasta que llega el día que no me levanto de la cama y es ahí donde todos se preocupan porque no he sido de quedarme en reposo, yo entré a la recaída. Fue muy duro porque ahora no solo mi cuerpo no me acepta que es el cáncer, ahora tengo un problema en el hígado y, a su vez, en la vesícula. Y que ahora todo se complica, ¿no sé si me explico? Entonces se vienen tiempos fuertes, no es una etapa fácil desde el inicio de una cancelopatía, pero solo nos queda la actitud. Sí, porque así también entra la fe en lo que crees.

**Antonio:** Regresando un poquito al principio, ¿Hubo algún momento que dejaste de realizar tus actividades cotidianas?

**Ada:** Sí, claro que sí. Yo hacía mucho deporte de alto impacto como kick-boxing, pero debido a todos esos cambios entre las cirugías, los estados de salud; aunque yo intentara hacerlo –a lo mejor no en el mismo impacto que lo hacía– llegaba un punto en que mi cuerpo no daba para más. Entonces decía: "¡Ay, me choca! Tengo que reposar", porque por más que yo decía todo sigue igual. Mi cuerpo me decía: "¡Ya calmate! Yo, estomago, voy a empezar a dolerme un buen", y entonces hubo muchas actividades que yo dejé de hacer. Entre esas actividades dejé de beber (*ríe*) traté de como ir al yoga para estar bien, pero las actividades que yo realmente amaba definitivamente no puedes. Eso me afectó en muchos sentidos; subí de peso, hace mucho no estaba así, ¡Aaah! (*ríe*). Me sentía como muy estresada porque no tenía un medio para canalizar el sufrimiento y no sabía qué hacer, como para ocupar ese tiempo que me quedaba. Entonces, definitivamente, no era así; por muy positiva que estés, te obligará a dejar muchas cosas, no porque tú quieras, sino porque tu cuerpo te lo prohíbe.

**Antonio:** Antes de continuar, no sé cómo vayamos de tiempo, me parece que te conectas a las 6:30 ¿no, Ada?

**Ada:** Sí, no te preocupes. Ustedes me dicen, no pasa nada.

**Antonio:** Pues para...

**Yessica:** Justamente vamos bien en 55 minutos.

**Antonio:** Bueno, ya casi rayando a la hora una preguntita más, ¿cómo describirías...? Bueno, no, ¿cómo adjetivarías –pensando en ya... en un nombre– tu actitud al inicio, al

recibir tu diagnóstico de cáncer?, ¿Cómo consideras que fue tu actitud en ese entonces? y ¿cómo consideras que es actualmente?

**Ada:** He sido positiva de inicio a ahora.

**Antonio:** Podrías *describarnos un poquito más a que te refieres con **positiva**.*

**Ada:** No me enfoqué a la gravedad que tuviese llevar la palabra cáncer, simplemente es que escuche, y dije: "Dime cuáles van hacer mis medicamentos, los tratamientos que tengo que hacer, qué no debo de hacer, y dime todo lo que pueda hacer para que mi cáncer no avance". Me decían: "Mira, llora". Y yo: "¡No! No. Yo sé que voy a salir y yo se que puedo, simplemente no me inutilices". Y cuando me sentía muy agotada por el dolor solo decía: "De lo malo también se aprende". Y hasta me volví agradecida de lo malo, porque entendí que me hacía encontrar conmigo misma y eso me demostraba que podía hacer más, y yo decía: "Sí, yo puedo, ¿por qué no? Hay que ser positivo y todo tiene que salir mejor", y ahorita que tuve mi recaída fue muy difícil, porque de momento diga vamos a echarle más ganas, y si antes me decían que no podía tomar refresco o solo la mitad de un vaso, pues ahora dije: "Ahora no voy a tomar nada". O sea, yo empecé a ajustarme igual de manera positiva, seguí buscando alternativas, opciones, y como lo dije "agradecida, de poder decir: 'Bueno, si recaí es por que algo estoy haciendo mal' ". Entonces vamos a enfocarnos en lo que podamos hacer para que esto no vuelva a pasar, ¿No sé si me explico?

**Antonio:** Te gustaría agregar algo más...para ir cerrando.

**Ada:** De mi parte creo que no, ustedes si tienen alguna duda con confianza.

**Antonio:** En cuanto a nuestra compañera Dalila tiene un pequeño problemita con su micrófono, no sé si Yess quiera hacer un apregunta más, sino bueno voy cerrando yo, y agradecerte por el tiempo las palabras, digamos, tomarte el tiempo de compartir todas estas experiencias que pues sí, tal vez algunas están tocando ciertas fibras sensibles, pero agradecemos mucho que nos puedas compartir. Como te dijimos desde el principio, nosotros admiramos cómo estás llevando tu proceso de cáncer porque sí es algo de admirar considerando, como nos decías, a todo lo que se asocia la palabra...

**Ada:** ...Gracias , gracias.

**Antonio:** Agradecimiento y admiración y le dejo la palabra a yess.

**Yess:** Este, bueno, a mí me gustaría hee... hacer una pregunta que va de la mano de la última: ¿Cómo te sentías antes o qué emociones antes, y qué emoción tienes ahora? Pero me gustaría saber en ese trascurso de que te dieron ese diagnóstico como que cuáles han sido las emociones que más se te presentan, por ejemplo, que más has experimentado, pero que tú dices: ¡Caray! Que obviamente no es el positivismo, ¿cuál crees que hayan sido?

**Ada** ¡Ay, qué bonita pregunta! (*ríe*). Yo creo que me desconocí al momento que sentí demasiada ira, enojo, porque por lo regular no soy así, eh. Hubo un ataque muy fuerte de ira contra... ya no sé ni contra quién, ni contra qué, pero me sentía muy molesta porque sentí que no era justo para mí. Eso ha sido algo que me hizo descubrir otra parte de mí, ¿sí me explico? Es una parte que no conocía de mí, porque sí me enojaba pero por lo regular muy relax. Ahí sí ya no... y me decían algo y "sí está bien" o contestaba de manera muy creativa, pero nunca me había conocido en ese grado de enojo, de querer aventar todo, que no lo avente por que todavía tengo control, pero dentro de las cosas positivas fue el enojo y un grado de ansiedad –muchísima– hasta la fecha. Y se ve reflejado en que tengo hijos, ¿no?, y me la paso pensando (*ríe*) demasiado y eso me genera esos cuadros de "¿Qué va pasar mañana?" Inclusive miedo. Irónicamente, podría decirte que es casi imposible que me dijeran "¡Ay!, ¿¡Tú!? ¿¡Miedo?". Tienen una imagen de mí, ahora lo entiendo, equivocada; porque he descubierto que tengo un lado demasiado visceral, mucho, mucho, que enfrento la ansiedad y no sabía que tenía, y lo peor es que... ¡Ay, no sé! Empiezo a experimentar miedos. Decir: "Tengo miedo, ¿qué tal si no amanezco mañana?". Y ha sido como la contraparte de mi positivismo, y fue algo que me preocupó tanto que me asustó a mí misma, que fui al hospital. Ahora que estuve con la cuestión de mi hija, y pedir terapia psicológica (*ríe*), porque siento que no puedo, ¿no sé si me explico?

**Yessica:** Sí, sí, sí.

**Ada:** Pero dentro de otras cosas son las principales, miedo, enojo y ansiedad (*ríe*).

**Yessica:** Primero que nada quiero agradecerte por esa valentía de pedir sola... este... la ayuda profesional porque muchas veces decimos "No tenemos nada o todo normal, ¿para qué voy a buscar ayuda?". Sin embargo, tú dices: "No estoy bien en ciertas partes, no estoy bien cuando experimento este tipo de emociones, o estas emociones me están llevando a sentirme de una manera que no me gusta y que sé que no está bien". Entonces,

pues, por esa parte eres muy valiente y tú sabes que siempre te he admirado. Yo quiero ser como Ada cuando sea grande, porque eres muy fuerte muy valiente, eres muy inteligente una persona muy linda, una mujer muy amable, y pues por esa parte gracias y gracias por inspirarnos, y gracias por seguir luchando por tu vida y, ahorita, muchas gracias por tu tiempo a pesar de todo lo que estás pasando en casa con tus niños, que esperamos que todo vaya mucho mejor, muchas gracias.

**Ada:** No, gracias a ustedes por darme la oportunidad de no verme inútil (*ríe*).

**Antonio:** ¿Nos habías comentado que tienes posibilidades, dentro de lo que cabe, los días miércoles, jueves y viernes... de posibilitarnos y brindarnos un espacio?

**Ada:** Sí, claro. Sin problemas. Son los días en que yo dispongo un poco más de tiempo... este... porque 1) tengo un poquito más de apoyo para que atiendan a mis hijos, yo sin problema créanme. Y porque tengo esos días libres del trabajo.

**Antonio:** Okey, si nos permites abusar un poquito, ¿crees que podríamos tener sesiones los tres días? Si acabamos antes, pues tal vez sean menos, pero de ser posible los tres días.

**Ada:** Sí, claro. Sin problemas. Claro que sí.

**Antonio:** En cuanto a las horas yo creo que antes de, te comunicamos. A ver si tiene disponible el horario que proponíamos sino también nosotros nos adecuamos a los tiempos que tú tengas.

**Ada:** Sí, sí. Mira, yo prefiero un poquito después de la 1 o en su caso después de las 4, porque dos de mis niños van a la escuela. Es más fácil, y aparte ya para esos horarios yo ya no tengo qué hacer; ya estoy como muy libre, entonces sin problemas.

**Antonio:** Okey. Entonces para contemplar esos horarios, y entonces te estaríamos haciendo llegar nuestra propuesta.

**Ada:** Sí, sí, claro. Nadamás sí ofrezco una disculpa, se me complicó un poquito.

**Antonio:** Estamos conscientes de, y de verdad no te preocupes; no pasa nada, como nosotros te decimos, al contrario, agradecemos que nos brindes este espacio y nosotros vamos a estar a disposición de tu tiempo en todo momento.



**Ada:** (ríe) Gracias.

**Antonio:** Vale. Entonces por el momento cerramos con esto, sería todo por hoy. Muchísimas gracias.

**Ada:** Muchísimas gracias a ustedes, acuérdense que me tienen que pasar una copia de su trabajo. Bueno, les deseo una bonita noche y éxito en todos sus proyectos.

**Yess:** Cuídate mucho y descansa.

**Ada:** ¡Besos!, ¡Abrazo! Bye.

### Transcripción Quinta entrevista

09 de Marzo 2022

**Antonio:**

**Ada:** Y veamos qué es lo que sigue, ¿no? Una de esas fue me dijeron que ya no iba poder estar en algunas actividades de alto impacto, fue otro parteaguas en mi etapa de...asimilar que estaba enferma porque lo que les mencionaba la otra ocasión *“mi cuerpo ya no daba, ya no daba para tanto esfuerzo físico”* y eso fue algo que me marcó muchísimo, que dije: "¡ahhh, estoy enferma! (ríe). Aunque a veces yo trataba de olvidarlo, esas fueron las principales, ¿no? Ver que otras personas me vieran desde otra perspectiva y después sentirlo yo en mi propio cuerpo al *“sentirme limitada para hacer ciertas cosas que solía hacer sin ningún problema. Considero que esas han sido las más feas”*.

**Antonio:** Antes de... bueno, digamos para continuar, estaríamos pasando de lo que sería actitud, aquellas decisiones acciones propiamente que tu hayas tomado, que pues sería con lo que estaríamos continuando... eh, antes de poder pensar digamos las acciones, actitudes, ¡perdón! las acciones y decisiones que tomaste al inicio, quisiéramos saber primero si llegaste a tener otra experiencia que te hiciera sentir como te hizo sentir la enfermedad, nos comentabas la vez pasada que llegó un momento en que sentiste que perdiste el control de todo, ¿hubo alguna otra experiencia antes del cáncer que te hayas sentido también que perdiste el control y si podrías platicarnos un poquito de ello?

**Ada:** Pues yo creo que de esas experiencias medicas que he podido pasar ha sido... eh... el último embarazo que tuve; fue bastante complicado. Entre cirugías y demás, pero por ahí *“hubo algo que marco mucho mi vida de alguna manera porque no me lo esperaba y donde me vi entre la vida y la muerte y con eso implicaba el poner en riesgo la vida de mi bebe”*, y eso es algo que les voy a compartir pero que *“no suelo hacerlo siempre”* eh... yo, de mi embarazo, pues como les había comentado anteriormente, tuve dos cirugías estando embarazada y eso me llevó a una complicación muy, muy fuerte. Presentar placenta previa... eh a mitad de mi embarazo, lo cual todo iba bien, con sus respectivos riesgos y todo, pero al final pues todo se complicó y terminó en una *histerectomía total*, es decir, tuvieron que *“retirarme la matriz completa”* para poder salvar la vida de mi bebe, pero también la mía y poder estar... pues seguir aquí donde estoy ahorita...*(ríe)*. Fue un proceso muy complicado que sí marcó mucho de mí porque a pesar de tener a lo mejor una preparación profesional donde me he desempeñado en esa área de la salud, pues yo ya conocía ciertas cosas, pero cuando ya lo vives ya no es lo mismo esa parte de perder como mi matriz completamente, se acabó... a lo mejor no mi sueño pero *“se acaba a lo mejor la opción de tener más familia”*. De enfrentar cambios hormonales a un nivel impresionante, porque entre comillas era una mamá joven –estoy hablando que mi hija la más pequeña nació en el dos mil diecinueve– y yo dije: *“¿Qué pasó aquí”, ¿no?* Me dijeron: *“¡Te vas a enfrentar a unos cambios hormonales horribles, tanto puedes subir de peso terriblemente, puedes tener cambios de humor y lo que es más grave porque eres muy joven es que atraveses esa etapa de la menopausia pues mucho más antes”*. Fue un golpe muy duro porque obviamente el embarazo fue un juego tal de hormonas para después decirme que me tenían que quitar la matriz, fue muy difícil porque *¿yo sentía que ya no regresaba!* porque yo tenía mucho sangrado, mi cuerpo no reaccionaba, tuvieron que quitar la matriz de manera urgente, dieron esa opción, aunque no era seguro. Eh... dije algo como que: *“estuve entre la vida y la muerte” porque así es la placenta previa o el acretismo* placentario, es un problema que no se se presenta muy seguido, que *fui el primer caso en mi hospital (ríe)*, que presentó placenta previa y luego acretismo y donde es la causa número uno de muerte materna, y que el hospital no se explica *¿cómo es que sigo viva?* Posteriormente a eso, pues obviamente por todas las hemorragias yo quedé en terapia intensiva, no supe de mí mucho tiempo. Desperté y mi bebé obviamente ya no estaba conmigo, lo tenían en otra área, tuve transfusiones de sangre como se imaginan. *“Cuando me intento incorporar como a la vida (ríe)”*, me dicen que estoy a punto de tener una leucemia, porque tengo anemia tipo dos, y entonces fue un *golpe tras otro, tras*

otro, y que yo dije bueno pues vamos a tratar de echarle ganas ehmm... a esa parte ¿no? Eso es hablando médicamente y a la par de esos términos médicos, vienen los golpes emocionales porque, de alguna manera, dices: "fue una segunda oportunidad de vivir, de ver crecer a mis hijos", pero independiente a mis otros dos hijos a "*mi hija la más pequeña, que fue quien, a la par conmigo, se aferró a vivir; porque pues ella la pude haber perdido en las cirugías que me hicieron durante el embarazo y no fue así. Entonces esas de llorar a mares (ríe) y abrazar a tu niña y no es porque no quiera los demás, sino, por cómo se dio el proceso, mi apego con mi hija la más pequeña es muy fuerte yo creo que han sido las experiencias que más me han tocado el corazón, porque no solamente depende mi vida sino también la de mi bebé y sí fue muy, muy fuerte y, obviamente, las secuelas emocionales... eh... esta es una parte muy personal que me afectó muchísimo; se vino mi divorcio después de este proceso tan difícil y tan duro y fue un golpe emocional aún más fuerte porque todo se te venía abajo. Pasado eso pues me detectan que estoy enferma y fue como les dije "un golpe tras golpe, tras golpe y que terminé toda noqueada y dije ¡Dios mío, no soy rambo! pero yaaa", y después ahorita que te digan: ¿sabes qué? Recaíste y volver a empezar, ya es como ya mi último jalón (ríe), y ha sido complicado, chicos, mucho, mucho porque lejos de ser una persona que alomejor esté enferma, tengo tres pequeños por los que seguir. Tengo la obligación (ríe)... de solventar a mi familia, tengo la obligación de seguir de pie, no solo por mí sino también por mis hijos pequeños, y que es algo que también me ha mantenido de pie, el que si me duele un dedo llega mi hija y dice: "¿Qué tienes?", y yo creo que también por ellos no he sido de las personas que se tira a llorar, ¿no? Han sido tiempos complicados, pero dentro de esas experiencias médicas las que más me han marcado han sido "la histerectomía y seguida de un cáncer" porque pues si se dan cuenta (enfatisa) en esa parte me quitaron la matriz, eso ha sido lo más difícil en mi vida.*

**Antonio:** Antes de que te hubieran dado el diagnóstico, ¿habías tenido alguna experiencia con algún familiar o conocido que haya padecido de cáncer o que hayas tenido algún tipo de información de cáncer antes de recibir el diagnóstico?

**Ada:** Sí, de hecho, de alguna manera estaba consciente que alguno de mi familia pudiera tener cáncer porque en el historial médico si he tenido familiares directos, llámese abuelos, bueno abuela materna abuela paterna, tíos hermanos de mi papa, tías eh... que son de esa línea con cáncer y precisamente con cáncer de estómago fue la mamá de mi mamá y cáncer de colón por la mamá de mi papá, entonces sí tenía conocimiento que traía

algunos genes, y obviamente lo que yo les comentaba, cuando empezaba con signos de que no sabían lo que tenía y mis leucocitos iban y bajaban y me tuvieron que hacer una biopsia de médula ya había como un micro antecedente que yo omití de alguna manera, porque dije eso no me va a pasar a mí, pero bueno me pasó.

**Antonio:** ¿Y esta información la recibiste por parte de tus padres?, ¿Ellos te comentaron de algunos cuidados que tenían con sus papás o con estas personas cercanas que hayan tenido otro tipo de información genética en cuanto al cáncer?

**Ada:** Realmente, en el caso de mis abuelas materna y paterna fue muy difícil porque ya se les detectó en etapa terminal. No hubo los cuidados que yo ahora tengo, ¿no sé si me explico? el hecho de tener a mi abuela paterna en provincia es un poquito complicado, porque no sabían lo que tenía, nadie se movía. Cuando por fin la trajeron aquí a Ciudad de México, pues ya su cáncer estaba muy, muy avanzado. Posteriormente, en el caso de mi otra abuela eh... fue también como muy similar porque ella no decía nada, aunque le preguntáramos o así no decía nada, entonces eso evitó muchísimo como el darle una atención oportuna. De ahí en fuera, yo no sabía, lejos de esos dos casos; no tenía conocimiento de que alguien más tuviera cáncer en mi familia, ya hasta después con el tiempo mis tíos fueron presentando cáncer de diferentes tipos, de diferentes áreas y pues ya fue como secundarios en el sentido de que los casos se dieron después de las muertes de mis abuelas.

**Antonio:** ¿Consideras que esta información que recibiste haya influido en la manera en que empezaste a asimilar el cáncer?

**Ada:** Siento que... amm... sí, de muchas maneras porque, lo digo abiertamente, después del fallecimiento de mi abuela materna por cáncer de colón tuve que ir a terapia porque entré en un estado de mucho enojo por que dije que *yo de cáncer no me iba a morir, yo de cáncer nunca me voy a morir*. Influyó hasta tal grado que yo me incline por el área de medicina, porque de alguna manera era mi manera de acercarme a muchas cosas acerca del cáncer. Sí... sí, obviamente, que sí me hizo ver las cosas de diferente forma y siempre lo dije: “si algún día me llego a enfermar de cáncer... este... yo no me voy a morir de cáncer”, porque el cáncer tiene cura y porque el cáncer no me va a vencer, de ahí me empecé a mentalizar; aunque no estuviera enferma, sí tuvo mucho que ver esto que yo pase con mis familiares, con la actitud que tengo yo ahora frente a esa enfermedad, definitivamente sí.

**Antonio:** Nos platicas también del impacto emocional que ha tenido, ¿no?, nada más que en ocasiones, bueno, en sesiones pasadas, nos platicaste que tendías a poner más atención en qué se tenía que hacer en cuanto al padecimiento y que dejabas de lado un poquito la parte emocional, eh... si tuvieras que decirnos actualmente a qué le prestas más atención: pensemos al cáncer en sí mismo a las emociones que emergen del proceso ¿con cuál te inclinarías más que le prestas atención?

**Ada:** Me inclinaría más por la parte emocional y definitivamente para mí ¿perdón?...

**Antonio:** Justo, que si nos podrías platicar un poquito más...

**Ada:** Sí me inclino por la parte emocional siempre, porque las emociones influyen mucho en tu salud. Todo va de la mano como se los dije en alguna ocasión pasada. Me enfoco tanto en esa salud emocional porque yo sé que cuando he tocado esa parte de *tocar fondo* –como decimos nosotros– de que tengo como sentimientos muy tristes por no decirlos depresivos (*ríe*) pienso en cosas en las que ni debería de pensar y me deprimó por que digo: “Ya no quiero tomar medicamento, ya no quiero esto, ya no quiero nada, voy a hacer lo que se me venga en gana, no me importa si me muero mañana”, y es así, decirlo entre llanto, y cuando empiezo como... porque, obviamente, ahí tengo mi acompañamiento psicológico y que a lo mejor ya no es tan real, porque ya se ha convertido prácticamente en mi amiga (*ríe*). Le cuento y pues ella hace su trabajo, ¿no? y cuando llega la parte en donde digo: “¡Ah, no sí! Yo le voy a echar ganas, es normal que me sienta mal se vale sentirse mal, se vale sentirse quebrado, roto”, y empiezo a cambiar mi actitud, entonces me doy cuenta que yo me lleno de más energía; digo: “No sé, yo voy a poder hacer las cosas, me voy a tomar el medicamento y si me dicen tomate esta agua con tal, me la tomo”. Entonces hay un cambio demasiado, y al cambiar mi actitud empiezo a tomar mi medicamento super bien... este... ya ni se me hace pesado tomármelo. ¡Ya lo sé! ¡Parezo niña chiquita!, y veo como una mayor mejoría en mí, como que me fijo metas, y digo: “¡Ay, sí lo voy a hacer! Ejercicio al... no al cien”, y de esa manera también me ayuda, porque dije: ¡Ahora voy a caminar, no puedo hacer deporte pero ahora voy a caminar”, y, a su vez, eso me genera esa liberación de muchas hormonas de felicidad, llámese endorfinas, que son como las monitos de felicidad y me activo por medio de eso del deporte o, bueno, no de eso pero sí camino; me ayuda mucho en la cuestión física, también interna al liberar estrés. Me enfoco mucho en eso. Considero que una persona que está deprimida, obviamente, eso conlleva a tener pocas ganas de hacer las cosas y no querer

hacer las cosas, ¿no? Si tu depresión es muy muy grande, obviamente no quieres hacer nada, entonces sí me inclino más por la cuestión emocional, porque al estar yo muy feliz, de la mano va el querer decir: “Me voy a tomar el medicamento, voy a querer mis quimios, y todo bien. Voy a poner música”; su estado emocional influye mucho en el resultado que pueda tener tu tratamiento, ¿no sé si me explico?

**Antonio:** Muy bien, muy bien, ¿también nos podrías platicar un poquito más del proceso psicológico que llevas?

**Ada:** Sí, claro. Bueno, el proceso psicológico que llevo de la primera vez que tuve del embarazo –lo que les comentaba de la histerectomía– obviamente, la deje un tiempo; el mismo hospital te marca hasta cuándo. Cuando yo ya empezaba con mis problemas actuales lo que hacen es como que... el preguntarte cómo te sientes con tu enfermedad, ir sacando emociones a tiempo, no ser como una olla exprés (ríe) y aunque al inicio es muy difícil el compartir emociones totalmente transparentes con un desconocido para ti, te vas dando cuenta que vas sanando de alguna manera, qué vas quedando sin tantanta carga que traes y de repente cuando llegan las recaídas, como lo fue últimamente en mi caso ehmm... que yo decía: “¡Ya no quiero ir al psicólogo, ya no lo necesito!”... pero en mi caso es psicóloga, mi psicóloga, su trabajo, no sé cómo decirlo o cómo expresarlo; es “no te voy a dejar, Ada, así me corras veinte mil veces, no te voy a dejar”, y eso es lo que te hace. El poder decirte: “No voy a estar ahí dejándote –Ada– cuando más lo necesites”. Entonces se convierten en tus ángeles 24/7, ¿no sé si me explico? Si a las dos de la mañana siento un ataque de crisis (ríe), yo sé que le puedo llamar y ahí está la pobre. O sea, ese tipo de acompañamiento está bien porque no está limitado en un horario en el que digas: “¡Ay, no! Después de las 9 no me marque”, no ha sido así. Entonces parte de ese acompañamiento que brinda el hospital es eso, ¿no? El tener a sus elementos en completa calma, o al menos intentar que estés en calma y eso en mi caso me ha ayudado bastante porque cada vez que tengo ganas de llorar, ganas de golpear a todo el mundo, siempre llega ella y dice: “Oyeme, Ada, estás pasando por esto...”, y te empiezan a calmar, y te empiezan a hacer entender que está bien sentirse mal y que es parte de tu proceso, y vas entendiendo que abrazas a tu enfermedad con mucho amor y que le tienes que echar ganas. No hay más. Y, a su vez, también te preparan para lo peor: “Mira, Ada estás enferma; recaiste”, y a lo mejor para ti es lo más negativo que puede existir el recaer, ya que cae sobre tus hombros tus hijos tu familia, pero también ponte a pensar que la muerte es real, y que la tienes que asumir y que también hacen esa labor de tanatología, ¿no se si me

explico?... Y está padre porque de alguna manera ehmm... pues te ayuda a entender que la muerte pues es así, ¿no? (*ríe*). Llega, te ayuda a comprender que prácticamente estamos de paso, te ayudan a manejar ese estrés de “no me quiero morir, no me quiero morir” y así. Entonces es un excelente trabajo lo que ellos hacen con los pacientes en general, con todo tipo de enfermedad delicada, y eso es uno de los mejores servicios que tiene la armada, de tratar de mantener a sus elementos sanamente, bueno, sanos emocionalmente ...¿no sé si me entendieron?

**Antonio:** Nadamas para confirmar, a ver si lo entendí bien, nos comentas que puedes llamarle a la psicóloga a la hora que lo necesites, ¿esta labor es por protocolo, o es ella por ser psicóloga del hospital naval tiene que atender en todo horario a quien lo necesita, o es por lo mismo que nos platicaste que ya se hizo tu amiga?

**Ada:** Considero que es más por que es mi amiga (*ríe*), pero la mayoría de los psicólogos en el hospital de verdad son un encanto de personas... eh... siempre dan su número, aunque está prohibido dar su número personal, o promocionar sus servicios particulares pero la mayoría brinda ese servicio por empatía, eh... de ver la situación en la que te podrían encontrar... y si te dicen “márcame a la hora que tú necesites”, no pasa nada. Obviamente, mucha gente no lo hace por pena, por educación, pero realmente ellos están muy abiertos con los pacientes de cáncer, enfermedades renales y así la mayoría se pone a tu disposición a la hora que tu quieras llamarles, y eso se me hace un buen gesto (*ríe*). Todos ellos, como equipo, son de las personas que han llegado a hacer labor social; hacen lo mismo y siento que es un apoyo que no debe faltar, porque, a veces, cuando más lo necesitas –en las madrugadas– y que alguien te pueda asistir es lo mejor.

**Antonio:** Este tipo de apoyo por muy cercano en el momento en que lo necesitas ¿lo tienes también con médicos o especialistas que llevan tu proceso?

**Ada:** Sí, pero eso ya es más por amistad nuestra. Los médicos te dicen marca a la hora que tu quieras, si tienes dudas, si necesitas algo y entonces dices: “Bueno”; aunque mucha gente no lo hace por miedo, por pena o por educación. Pero en mi caso al conocer los horarios de mis compañeros y así, me es un poquito más rentable decir “fíjate que estuve leyendo esto y fíjate cómo lo aplicamos aquí”. Siento que en mi caso es más por amistad porque realmente ellos lo hacen con todos los pacientes.

**Antonio:** Ahorita que tocas el tema de leer, ¿que tipo de información sueles leer y en qué momento la buscas?

**Ada:** ¿Leer acerca de mi padecimiento? Bueno, de mi enfermedad, ¿o leer (*ríe*), ehm...? ... Por lo regular yo siempre... me ha gustado leer de todo generalmente. Me gusta mucho la parte de Inteligencia Emocional; es algo que me agrada mucho, y también me gusta leer como esos libros de eh... no sé cómo se llama, que hablan mucho esta onda de budismo y meditación y todas estas cosas tipo yoga, ¿no sé si me explico? (*ríe*), pero también me gusta leer mucho de cosas de medicina de mi carrera, cosas de eh... ahora en esta etapa de mi vida todos los procesos y avances tecnológicos del cáncer, curas, tratamientos, hospitales. Como los encuentras tengo bastantes libros (*ríe*) de lo que gusten, chicos, mis libros están abiertos para ustedes, ehm.. tengo libros de medicina general, desde cómo mezclar un medicamento con otro, enfermería, cosas así, hasta libros de derecho, medicina alternativa; o sea me gustan mucho esos temas. También me gustan mucho los libros de psicología, principalmente, tengo libros, pero también tengo un grupo de debate con compañeros, con compañeros del hospital, como compañeros de otros países que son médicos, y que me encanta debatir, ¿no? Entonces es donde aprendes un poquito más. El 80% de conocimiento es porque debates con alguien más, aprendes más es más dinámico para mí, y dices: “Todos tienen un nivel académico, unos tienen maestría, otros tienen doctorado”. Entonces ese intercambio de información me hace como aprovechar y preguntarles, a pesar de que yo no soy médico. Entonces sí ha sido como una búsqueda implacable de información de todo tipo, también psicológicas, médicamente las secuelas de los medicamentos y así.

**Antonio:** ¿Y estas búsquedas nos dices que empezaron o aumentaron a partir del diagnóstico del cáncer, o ya desde antes?

**Ada:** Pues, siendo sincera, son temas que desde hace mucho tiempo tenía porque ya tenía un proyecto pendiente con el hospital y con un crit del teletón, porque también se sabe que hay niños enfermos, con lo que me ha pasado, mis ganas han aumentado muchísimo de conocer a otras personas, otros contactos que me lleven a grupos u otras personas que estén dispuestas a elaborar un medicamento más efectivo, con menos secuelas...¿no sé si me entiendan? Como que mi hambre de hacer algo simplemente...¡pum! Apareció de la nada a pesar de que ya llevaba de tiempo atrás investigaciones con compañeros porque lo hice en equipo.



**Antonio:** ¡Muy bien, eh!... De los libros de inteligencia emocional y demás cuestiones, ¿qué pones en práctica en el proceso de enfermedad, hay algunas otras que pudieras platicarnos?

**Ada:** No entiendo muy bien tu pregunta.

**Antonio:** ¿De qué información haces uso de estos libros de inteligencia emocional, libros budistas y ese tipo de materiales?

**Ada:** Realmente, me enfoco mucho porque busco tranquilidad, pero hay libros que tengo, porque también a lo largo de mi vida he tenido la oportunidad de viajar a otros países y he conocido a personas que se dedican al budismo, y ha sido cultural y de esto me quedé, como por ejemplo, en los de budismo hay libros que me recomiendan esas personitas, amigos conocidos, que pues sí tomo lo que más me conviene que pues si me siento mal tomo este mantra.... ¡Ay, no sé! Ha sido un ¡BOOM! de información de todos lados que me ayuda. Tengo amigos que me mandan así como que links de páginas de información de nosotros: “¿cómo afecta el cáncer a tu salud emocional ?, ¿cómo afecta eso en ti?, ¿De qué manera afecta a tus emociones”. Entonces me recomiendan libros, hay un libro que yo leo muchísimo, que es de inteligencia emocional y es... este, bueno... es de Daniel Goleman, es muy bueno, y me ha hecho comprender que la inteligencia emocional sí importa; me han hecho ver mis errores. O sea, el porqué no puedo llegar a ser feliz si estoy enfermo. O sea, es información que me ha ayudado por que en este proceso también soy nueva y el leer pues me ha abierto un poquito más el panorama de muchas cosas que me estaban afectando y que no me daba cuenta, pero en general eh...sí me gusta leer; si es algo que disfruto, trato de siempre tener recomendaciones de libros o de información en general que me puedan ayudar. Me gusta un poco eso, no me quedo nada mas con una cosa.

**Antonio:** Muy bien, ahorita nos gustaría pasar a otra vez digamos ir tocando ciertas fibras que posiblemente sean muy sensibles eh... que tendrían que ver con momentos que generan sufrimiento o alteraciones en el proceso de enfermedad, antes de pasar preguntarte si te sientes preparada para este tipo de preguntas.

**Ada:** mmm.. ¡Ay Dios !... sí, venga, vamos.

**Antonio:** Bueno, una primera pregunta es ¿qué situaciones momentos o experiencias te generan sufrimiento?

**Ada:** ¿Qué me genera sufrimiento? mmm... a veces estoy en esa sensación de ansiedad estoy pensando, de “¿Qué será de mi mañana?”, y han sido mis pensamientos principalmente que me han hecho entrar en crisis de ansiedad, y de la mano con el dolor físico; que puedes estar muy positiva y todo pero llega un punto en el que el dolor es como “¡Ay! ¡Me quiero morir!”, y ahí es donde empieza. Entonces sí han sido mis pensamientos, de decir: “He tenido pensamientos de –decir– ya me voy a morir”, y “¿Qué voy a hacer? Necesito arreglar esto, necesito arreglar lo otro, que va a ser de mis hijos”, ¿No se si me entienda? Parte del dolor son mis pensamientos. Cuando estoy en mi lado negativo, aunque no quiera ser negativa el dolor me recuerda que no siempre puedo estar positiva y eso también me hace sufrir mucho, el dolor físico que me provoca la enfermedad, principalmente eso.

**Antonio:** ¿Qué haces para disminuir esos sufrimientos que sientes?

**Ada:** Con respecto a mis pensamientos es como, yo solita ya me autodetecto y digo: "No, no, no ya se me está acercando algo mal, activa tu mente en otra cosa", y lo que hago es como de que salgo, dejo a mis hijos ahí abandonados (*rie*) con mi mamá, y me salgo a dar la vuelta a caminar. Respiro, o me salgo simplemente fuera de casa a tomar el aire fresco, y con respecto a eso pues ya busco o me baño o me vuelvo a bañar o, simplemente, pues ya autopropongo actividades con mis hijos: "Vamos a jugar", eso es con respecto a mis pensamientos negativos. Con respecto al dolor físico en que me causa como tal la enfermedad sí es tolerable; mira yo no digo: "¡Nada! Me duele, me duele, me duele, pero yo no digo nada eh... Obviamente porque tengo a mi mamá conmigo y se preocupa, pero cuando ya no es tolerable sí es así como ¡Oh, rayos! Necesito mi pastilla, necesito un té y necesito llorar un rato y ahí es donde empiezo a correr a todo mundo y les digo: "denme una hora, por favor...", este... necesito recostarme, necesito tomar mi medicamento y estar en completa calma. Y es así, me tomo mi medicamento, inclusive he llegado a inyectarme medicamento intramuscular yo sola, y tomo reposo de 20 minutos o media hora, y pongo musica y estoy llorando amargamente por el dolor hasta que se me calma, una de dos, se me calma o me quedo dormida, pero ya no me molesta (*ríe*). Pero esas han sido las formas, pero cuando veo que algo no está bien, le marcó al medico y le digo: "¿Sabes qué? No está bien". Y ya me dice: "¿Sabes qué? Vas a venir a cita tal día, o vente a urgencias", estas han sido como mis maneras de solucionar lo que me aqueja.

**Antonio:** ¿Consideras que otras personas que atraviesan el mismo proceso que tú tienen estas oportunidades de marcarle a sus médicos y, por el otro, se darán el tiempo de realizar este proceso reflexivo que tú tomas en cuenta?

**Ada:** No todas tienen el acceso de hablarle al médico. Es un tema que les comentaba; por azares del destino me siento afortunada porque he tenido la posibilidad de tener a mi alcance todo, servicio las 24/7, pero que obviamente mucha gente no lo tiene, no tiene ese acceso de orientación médica vía telefónica las 24 horas, ehm... no sé... no puedo llegar a ese nivel de comparación porque me siento la peor persona del universo, porque siento que soy muy consentida. Pero es real que no toda la gente está en la misma situación cómoda en la que yo puedo estar, definitivamente ehm... la gente que no tiene acceso a muchas cosas sufre más en todos los sentidos y más en lo que les comentaba: ni siquiera hay medicamento. En mi caso, pues finalmente tengo los medios de ver cómo lo consigo y si no lo consigo yo lo consigue alguien más, pero no muchas personas tienen esas opciones.

**Antonio:** Y con respecto a los pensamientos, la parte emocional, ¿crees que se den el tiempo de permitirse llorar, permitirse desligarse un poquito de sus actividades, crees que lo hagan?

**Ada:** Considero que no, porque es triste pero real; no todos tenemos la misma posición económica o el mismo nivel de vida, unos sin dolor, otros con dolor tristemente, pues les toca levantarse solos ehm... no hay quien les diga "mira, vamos a tal lado, aquí te pueden ayudar". No se dan el tiempo para sanar esa parte emocional, que a lo mejor no cuentan con, o definitivamente se cierran, están tan cegados en el dolor, enojo, desde la enfermedad, que se cierran a recibir esta parte de terapia psicológica.

**Antonio:** ehm... viene una pregunta como doble, hay algunas circunstancias que prefieres evitar y hay alguna que no puedes evitar, digamos que sobrevenga y que no puedas evitar. Concretamente las preguntas serían ¿cuáles circunstancias prefieres evitar y por qué? y ¿cuáles realmente puedes evitar?

Ada. ¿con respecto a mi enfermedad?

**Antonio:** Sí.

**Ada:** El dolor no lo puedo evitar, es una circunstancia horrible porque yo sé que en cualquier momento me puede dar y me puedo estar desmayando de dolor. No sé cómo manejarlo a veces. Me gustaría evitarlo pero, a veces, necesito ayuda. Lo que sí puedo evitar yo sé que es algo mmm... no soy como tal fumadora, pero últimamente fumo. Yo sé que eso me pone en una situación bastante complicada, considero que es algo que puedo dejar de hacer pero que no lo he hecho. Me gustaría pues... yo se que lo puedo evitar, yo sé que puedo hacer algo para no enfermarme más, y es algo que sí considero dejar de hacer. Ehm... Hay situaciones que también se salen de mis manos, uno el dolor y, dos, y a veces, sentirme tan deprimida. Esa es otra situación que se sale de mis manos, que me da el bajón de emoción muy feo, que aunque yo diga "ya, échale ganas", es una situación que no puedo evitar. Definitivamente no puedo evitar, y me cuesta mucho trabajo ahorita. Y el dolor, ya ni hablamos, pero de las situaciones que pueden llegar a evitar y cambiar es seguir en mi terapia psicológica (*ríe*), seguir asistiendo a todas y cada una de mis citas medicas, porque son situaciones que, aunque yo quiera dejar, no puedo y no debo de. Entonces a veces sí desearía sentir como dolor, pero dices: "Me tomo mi medicamento a ver si funciona", y preferiría, a veces, también que no estuviera mi familia conmigo. ¡Se escucha feo ya sé! Pero no me gusta sumergirlos cuando estoy mal. Cuando me siento mal no me gustaría como aplicarlos o involucrarnos y eso si no lo puedo evitar porque están aquí conmigo. Y es un dolor doble porque los veo sufrir y sufro doble yo. Entonces, a lo mejor por el momento son situaciones que no puedo evitar, pero que sí puedo hacer algo para evitar que sea un poquito más ligero.

**Antonio:** Ahorita que nos platicas del fumar, ¿Hay algunas ocasiones o alguna otra acción que vaya en contra de lo que te prescriben o que te indican los médicos en este caso?

**Ada :** Amm... no, de hecho no. Yo creo que es lo único que pues no sé, no sé ni como empecé a hacerlo pero que, bueno, ya metía en el asunto no puede estar, pero de ahí en fuera nada, es lo único que hecho.

**Antonio:** Para ir terminando con esta sesión podrías decirnos ¿cuáles consideras que son tus fortalezas y debilidades?

**Ada:** Oh... Eso va a estar más feo, mmm... ¿ahí me escuchan?

**Antonio:** Sí.

Ada: Púes ya había analizado esa parte de mí un poquito, pero creo que dentro de mis debilidades está mi familia; eso me afecta mucho. Ehm, dentro de mis otras debilidades está esa parte de, a veces me impaciento mucho, y la otra es –dentro de esa tablita– yo creo que son las principales: me desespero mucho cuando no puedo hacer las cosas, me frustro mucho y cuando no me salen las cosas, me asusta. De hecho, como que sí me da un poquito de temor cuando tomo el medicamento “¡Ay, no!”, es horrible y principalmente mi familia, esas son mis debilidades, es decir, ¡Rayos! no puedo estar si no está mi familia. Dentro de mis fortalezas pues... no soy de las personas que se queda con sus emociones guardadas a veces mucho tiempo, me las puedo guardar pero ehm... digamos que llego a un punto en el que solicito ayuda, si soy de pedir ayuda mucho. Eso lo considero una fortaleza porque no todos sabemos pedir ayuda por orgullo propio o lo que sea, sí tengo una visión muy positiva a pesar de cada episodio que he pasado en mi vida. En cuestion medica, eso me ayuda mucho y que soy muy terca no me quedo con una opción; busco mas salidas, entonces eso me ha ayudado a..., y como que también porque soy muy creativa, ¿no sé si me explico? Creativa en el sentido de si ahorita me dices: “¿Sabes qué? No hay, paracetamol”, “¡Ah! Pero hay metamizol sódico, lo podemos combinar con este y es como paracetamol y tiene el efecto de un paracetamol”. Como que la misma... ¡Ay, no sé!... ehm... mi necesidad me hace ser creativa en el momento es si o si se puede no hay más, como que esa parte si soy muy necia no me quedo con el primer diagnóstico; no me quedo con el primer comentario, siempre busco más. Considero que eso me ha ayudado mucho porque donde me dijeron: “¿Sabes qué? Ya no vas a vivir más que seis meses”, y yo dije: “Mírame, aquí sigo”. Y el poder... –no sé si esto es un fortaleza– tengo esa capacidad de buscar en mí misma, no me tomo las cosas personal, entonces si hoy ustedes me dicen: “Nos caes mal, ya no quiero que nos hables”, yo de momento me río (*ríe*). “Digo: Ah, okey”, y mañana si me hablas te vuelvo a contestar. Ahorita, a lo mejor, me dicen: “Ya no te vamos a dar el medicamento”, y yo así ...”Bueno, okey, esta bien”. No estoy enojada ni nada, y ya al otro dia voy como si nada y voy y pido mi medicamento. Entonces siento que han sido como mis puntos más fuertes: el poder hacer comedia de mi propia desgracia, el mantenerme entusiasta y positiva, pero también una de mis fortalezas es tener la preparación que tengo, porque estoy muy abierta a muchas cosas mas y tengo esa curiosidad de buscar más cosas que me puedan ayudar. Y no solo ahora, siempre lo he hecho, no tengo límites; si me dicen que no es sí, y si me dicen “no puedes”, pues ya veré. O sea, no permito que me limiten, eso es algo que

descubrí en esta etapa de “no tengo límites”. Me dieron 6 meses, luego me dieron un año y sigo aquí. Considero que esos son los más importantes en mi vida y en esta etapa.

**Antonio:** Muchas gracias. No sé si Dalila, Yess, quieran preguntar algo, o comentar algo.

**Dalila:** Pues yo solo quería agradecerte por tu tiempo, que nos estas enseñando a ser unos estudiantes en psicología muy empáticos y con esta experiencia creeme estás ayudando a muchas personas que están también en la misma situación. Creeme que tus palabras son muy valiosas, no... no... no tenemos cómo compararlas, pero agradecemos por tu tiempo, tu disponibilidad; por estar apoyándonos.

**Ada:** Bueno. No, no es nada, yo siempre he dicho: “Mientras sea para que ustedes crezcan o los demás crezcan emocionalmente, profesionalmente, siempre los voy a apoyar”.

**Yess:** Bueno, yo en cuanto a preguntas no tengo ninguna, y también quiero agradecerte porque has dado tu máximo esfuerzo para poder estar con nosotros en cada sesión, para comprometerte. Sabemos de antemano que no es nada sencillo hablar de cosas personales, cosas que nos lastiman, sin embargo, queremos hacer de este espacio un espacio de escucha que te ayude, queremos apoyarte en esa parte. Queremos que exista esa conexión, que tú puedas aquí contarnos, puedas expresarte, puedas desahogarte, puedas sentirte más tranquila en cuanto a las cosas que te pasan día a día, o que hay muchas cosas que te lastiman o que no sabes cómo decir, cómo explicar, cómo resolver y, bueno, este pequeño espacio que hemos creado para ti es precisamente para eso. Y pues nada, agradecer que siempre has sido muy transparente con la información como bien lo dices, y agradecemos precisamente el apoyarnos en este proyecto, y estamos seguros de que con este testimonio vamos a poder, a lo mejor, apoyar a otras personas y tú misma vas a poder apoyar o guiar a otras personas con el mismo problema o con problemas; que se piensa que no se puede pero que siempre hay una solución, y tu eres el claro ejemplo de ello, así que muchísimas gracias por tu tiempo, por tu aportación y esperemos que te sientas bien y que te sientas cómoda en cada una de las sesiones.

**Ada:** Ay, pues yo les agradezco a ustedes por considerarme. A veces si son fibras sensibles, pero también entiendo que hay temas que, en general, necesitas decirlo para que ayude a otras personas. Sí, gracias a ustedes, gracias por confiar en mí.

**Antonio:** ¿No sé si te gustaría agregar algo más antes de cerrar?

**Ada:** No, yo creo que por hoy no.

**Antonio:** Bueno, igual que mis compañeras, agradecerte ya mucho lo dijo Yess. Lo completó Dalila. Con tu testimonio esperamos apoyar a muchas personas, para nosotros tus palabras son muy valiosas, como te recordamos cada sesión: admirados el cómo vas afrontando tu proceso de enfermedad a pie de cañón, y sigues saliendo adelante, y que te permites sentirte deprimida, porque finalmente sí es cierto, tienen influencias en el mismo proceso de la enfermedad y lo has sabido llevar de buena manera, muchas gracias por todo lo que nos compartes.

**Ada.** Muchas gracias a ustedes. Ya saben cuando pueda aquí ando.

### **Transcripción Sexta entrevista**

10 de Marzo 2022

**Antonio:** Listo, bueno, en sesiones pasadas hemos estado platicando sobre cómo veías tu propia actitud ante la enfermedad y aquellas acciones y decisiones que has ido tomando en el propio transcurso de la enfermedad... eh... ahorita nos gustaría platicar un poquito más sobre las relaciones que tienes con amigos, colegas y –tal vez ya con la familia hemos tocado un poquito más– entonces las que, lo que haya que gustes añadir, eh... es bienvenido, podrías comenzar con la siguiente pregunta: Cuando requieres apoyo de alguien, ¿a quién te acercas? y ¿quién realmente te brinda el apoyo cuando te acercas a esa persona?.

**Ada:** ¡Ah! Por lo regular siempre en cuestiones de mi proceso con quien realmente mmm...me acerco muchísimo, es precisamente con mi psicóloga; es la primera a la que llamó porque a lo mejor también ya hay como mucha confianza. Entonces, es como mi 911 (nueve once), ¿no? Y ya si la cuestión médica pues requiere como ya (*no se entiende*) o el dolor es muy intenso, entonces lo que hago pues llamo al hospital y busco algún amigo que esté de guardia a quien sea, no tengo a alguien en específico y ellos ya le notifican a mi médico.

**Antonio:** ¿Cómo te sientes con este apoyo que recibes de estas personas?

**Ada:** ¡Ay! La verdad es que con A., se llama A. mi psicóloga, es todo pan de Dios, amor, (ríe) y sinceramente me siento como un poquito como más en calma, como más tranquila, como que sí siento que me ha apoyado muchísimo y eso me relaja mucho, porque a veces este... no sé tengo mucho dolor o algo y es algo como muy insoportable y es a ella a la que recurro y ella me dice: “¿Sabes qué, Ada? A ver, respira, cálmate, vamos a hablar, ¿qué tienes?, ¿cómo te sientes? Le vamos a hablar al médico y todo va a estar bien”. Entonces debo tener que me siento muy tranquila, muy calmada y ya de repente es así como de “¡Ah! Bueno, ¿sabes qué? Ya, ya estoy en con el médico”, e incluso va si ella se encuentra en piso en el hospital va, este, va a verme, y me dice: “Hola, Ada, este... Pedí permiso para venirme a ver, este... ¿cómo te sientes? Este... ¿cómo está todo?”. Porque, obviamente, hay áreas donde ella no puede entrar ¿no?, pero siempre ve la manera como de... de estar, de irme a ver, aunque sea a camilla o a donde me tengan siempre. Siempre llega, ¡Siempre! Entonces eso me hace como sentirme muy reconfortada, la verdad, porque con ella tengo mucha confianza de que a lo mejor, al no ser de mi familia pues puedo expresarme más, yo sé que ella lo va a tomar como de una manera ya con mucha ética y con mucho profesionalismo. Decir: “Okey, no pasa nada. Mira, yo aquí estoy, si te duele dime no pasa nada”. Y yo sé que aunque tenemos una amistad pues ya bastante como fuerte eh... ella no se va como involucrar en la parte sentimental –de alguna manera–, ¿no? y eso me hace como querer confiarle más. Decir: “Ah, mira, pues está fuerte”. Entonces yo puedo decirle las cosas como son, entonces ellos son, ella ha sido como principalmente ella ha sido mi persona favorita ahorita.

**Antonio:** Y antes de ella, ¿había alguien más?

**Ada:** Ah... digamos que no es como que tuviera a alguien a quien recurrir constantemente, pero siempre me refugiaba como con mis compañeros, con mis colegas de trabajo y les decía: “Oigan, ¿saben qué? Es que no inventen, me siento mal”, y ellos como que un grupito “la terapia grupal”, ¿no? De que no son psicólogos, pero pues te apoyan en... así, ¿no? este...: “Vamos, tú puedes, échale ganas”, y cositas así, pero realmente, eh... no tuve como alguien al inicio que... con quien confiar tanto.

**Antonio:** ¿Con ellos te sentías reconfortada?

**Ada:** Ehhh. Sí, de alguna manera, pero igual como que me hacía sentir mal, (¡Ay! Perdón por eso este... no sé si escuchaban mis mensajes, que vengo llegando) Ehhh... digamos



que me aliviaba en el momento, pero después me seguía sintiendo mal. Entonces, ¿no sé si me explico?, ¿cómo es que sí tenía apoyo pero no me sentía al cien?

**Antonio:** ¿Y habrá alguien a quien le tengas menor confianza?

**Ada:** Mmm... realmente no. Realmente he considerado que estas alturas de la vida y en el trabajo en el que estamos nos ha hecho entender que te vas a enfrentar con todo tipo de padecimientos y lo vemos de una manera ya como más madura, ¿no? No es como que yo esconda mi padecimiento o que yo tenga que hablar con tabúes. Decir: “¡Ay, no! Es que fíjate que fulanita me dijo que me iba a hacer esto”. O sea, yo sé que lo puedo hablar abiertamente, ¿no? Es como que yo, como que yo no confíe en ellos, simplemente ya lo vemos como un caso médico en el que van a tener acceso todos los involucrados. No, no, no, no estoy así como de “¡Ay, no! A fulanita no le cuentes porque no nos hablamos y nos caemos muy mal, ¿no? Simplemente *lo vemos desde el término médico*, ¿no? Sabemos lo que es tener ética profesional. Decir: “Sí me puedes caer muy mal, pero... es un caso médico a final de cuenta”, eh... “Yo soy médico y mi ética me obliga a hacerlo así”, ¿no? de que aunque en la vida personal no estamos bien como médico tú puedes decirme las cosas, aquí la cuestión es brindarnos el apoyo. Entonces no hay personas como las que no sepan en qué estoy metida, no hay persona que no sepa qué es realmente lo que padezco. Lo que traigo ahorita todo bien, no ha habido como un problema por eso.

**Antonio:** ¿Lo mismo sucede en tu grupo familiar o con tu grupo de amigos digamos todos conocen?

**Ada:** Eh... digamos que no todos y no porque tal vez no tenga confianza simplemente es el hecho de que no todos lo toman de la misma manera, a lo mejor médico con sentido médico, lo ven de manera más objetiva no? y en el hospital pues lo vemos como tal, una enfermedad y punto; no hay más. No involucramos sentimientos y aquí con la familia o amistades ha sido muy diferente porque obviamente siempre va a haber un sentimiento ahí que no te permite ser objetivo en lo que es tu enfermedad y obviamente para evitar ese tipo de dramas –se escucha feo de dramas– como que evito mejor decirlo, ¿no? o ya lo mido o lo maquillé un poquito, así de “Ah, sí me duele”, pero es parte de: “Mira, no te preocupes, todo bien. Estoy bien”, y ya. No es como que me sienta con la misma libertad de expresar todo de la manera como a veces yo quisiera. (*Estornuda*)

**Antonio:** Hablando ahorita, ¡salud!

**Ada:** Gracias, gracias, gracias.

**Antonio:** Hablando de la parte de amigos, la familia, eh, ¿últimamente has salido a fiestas? ¿Ha salido con algún amigo?

**Ada:** Eeh (*ríe*) ¿Como dices? (*ríe*). Este, sí he salido, pero no es como que algo de que: “¡Ah, me voy así”, ¿no? Obviamente, porque y porque también estoy enfocada también en algunos otros proyectos, ¿no? Entonces para mí es como muy fundamental el poder seguirme, el seguirme preparando y eso implica como de alguna manera ciertos eh... vamos a ponerlo así, ciertos sacrificios, ¿no? Y salgo, pero no es como que... obviamente, ya mi ambiente no es como el de ustedes, ¿no? de que “¡Ay, vamos a bailar!” y “Vamos a echar coto y vamos a beber”, ¿no? Ya no es como mi ambiente y no porque sea amargada, porque obviamente a mí también me gusta la fiesta, pero ya trato como de que mis amistades... o en algún punto de mi vida como que me volví muy selectiva, entonces trato de que mis amistades realmente me aporten. Salgo, puedo irme a convivir, a tomar y –voy a hacer promoción. Ahí hay un lugarcito que solemos frecuentar mucho “El hijo del Cuervo”, este... ahí mismo en Coyoacán y es un lugar muy padre; estás bebiendo muy tranquilo y todo. Obviamente no es un bar como tal, pero es un lugar muy, muy cultural donde puedes estar tomándote ahí tu cervecita, tu copita de vino y puedes estar debatiendo infinidad de temas y encuentras personas como de diferentes áreas, ¿no? Entonces son... esas son mis salidas y no lo hago constantemente como que a veces me escape; ha sido eh... que mis amigos me llaman, ¿no? Toda la vida me están mensajeando, este... “¡Ah, qué onda!, ¿cómo estás?”, ¿no? O vienen aquí a casa y “Oye, mira, te trajimos esto”, “¿Qué onda? Vamos a comer” aunque sea. Bueno, está bien, ¿no? Como tal una salida de desastre no, a menos que sean compromisos muy fuertes como algún evento social, ¿no? Bodas, 15 años, etcétera de algún compañero o familia etcétera es cuando salgo, pero realmente no.

**Antonio:** Ahorita que nos estás platicando de que te has vuelto, bueno, en un punto de tu vida te volviste selectiva con tus amistades, ¿consideras que alguna vez te viste obligada a alejarte de alguien por la situación que estás pasando?

**Ada:** Ah... hasta ahorita no. Sí me volví selectiva porque, obviamente, ah... no quiero sonar como despectiva, o arrogante, o altiva, o no sé, pero llega un punto en el que el mismo camino que tomas te va volviendo selectiva en muchas cosas, ¿no? Hasta en tu grupo de amigos y yo no digo que no salga con mis amigos de la infancia; claro que sí,

pero digamos que ya mi ambiente ha sido muy diferente, como que ya es algo que no me llena, vaya. Porque a lo mejor tengo ambiciones de otras cosas, o tengo visión en otras cosas, obviamente busco con quien compartir eso para poder crecer, pero hasta ahorita he mantenido mis amistades de alguna manera cerca, a excepción de algunas que en este trabajo es como de: “Ah, mañana me voy de cambio, nos van a hacer rotación del personal, nos vamos a comisión y nos vamos una semana afuera”, o hay quienes se van de partida hasta 3, 6 meses, o quienes definitivamente se van de cambio. Entonces es ahí donde les pierde la pista de alguna manera, pero que, bueno, ahora las redes sociales han sido como nuestro... pues nuestro puente para seguir como comunicándonos y, a pesar de que hemos estado en diferentes lugares, en ocasiones siempre hay un espacio como para esas amistades bonitas de decir: “¿Qué onda? Este... mira, estoy en Sinaloa; este... yo estoy en Michoacán, pero qué onda, el fin de semana tengo libre. Vamos a salir”, ¿no? Entonces trato o intento como de seguir en comunicación, pero también llegó una etapa en mi que como que yo soy de las que puedo ahorita saludarlos: “¡Ay! Hola, ¿cómo estás?” (*ríe*). Yessica no me dejará mentir, eh: “Hola, ¿cómo estás?”, y me pierdo así por toda la eternidad, ¿no? Ya no vuelvo a contestar (*ríe*). Es porque pues me mantengo un poco ocupada pero también disfruto de estar sola. Me gusta, a veces, como a veces, que si veo los mensajes, este, de los compañeros del trabajo y digo: “Ah, okey. Está bien, ahorita” y de repente se me olvida. No es por mala onda. Se me olvida contestar pero porque así soy yo. Estoy aquí viendo el... de repente: “¡Ay! Mira, voy a hacer esto”, ¿no? “Ya me voy”. Y ya después los reclamos de todos: “¡No! ¡Te pasas!”. Y a veces soy yo la que se aleja, ¿no? porque cuando ya me siento como muy estresada, obviamente por todo este caos por el que paso ahorita, ay siento que es mejor alejarme un poco, eh... disfrutar un poquito a mi soledad y ya después me reintegro otra vez a la vida, ¿no sé si me explico en esa parte? A veces necesitas estar solo, acomodar ideas y ya después te involucras en algo. Es eso.

**Antonio:** Gracias, ¿En alguna ocasión has sentido, o has notado, has percibido que alguien se siente obligado a brindarte apoyo?

**Ada:** Aah, no hasta ahorita y eso es algo que sí me ha gustado como externarlo de “Oye el día que tú te sientas harto...” porque obviamente yo también tengo mis etapas de mal humor, por lo mismo de del medicamento o los efectos que puede llegar a causar en mí el medicamento y siempre les he dicho a compañeras enfermeras, principalmente, quienes han sido como un apoyo muy vital, ¿no? porque son ellas quienes hacen el trabajo pesado

de inyectarte, canalizarte, etc., y les digo: “Oigan, si un día me ven así como muy agria de carácter, eh... les pido, así con toda la confianza, me lo digan”, y yo no tengo problema en que ustedes me digan “¿Sabes qué? Me tienes hasta el gorro”, ¿no? Pero hasta ahorita no, todo bien. Siempre han sido amables y sí hubo 2 ocasiones que una chica sí me dijo: “Este... –obviamente– este... la verdad es que hoy anda pero fatal”, ¿no? Y yo así de “¡¡Ohh!! Pues qué te digo”, ¿no? Y sí le dije: ¿”¿Sabes qué? Ve... vete por un café y regresa”, pero también ha sido esa parte que también me conocen de que yo soy como muy paciente, muy abierta a que me digan las cosas, ¿no? Nunca se han quedado como de “¡Uy! La tengo que aguantar”, ¿no? porque siempre he sido como de ese lema de: “Me gusta trabajar como en armonía con todos”. Entonces sí soy como de: “No se tomen las cosas personal, entonces, a mí dime lo que te aflige y si se puede pues sal”, ¿no? Si no se puede pues ni modo nos aguantamos las dos, pero, pero intento como que haya mucha comunicación con el equipo médico que tengo o quien me tiene a cargo, ¿no? Porque a final de cuentas son con los que más convivo, como para estar toda tensa y todos trabajando mal, entonces es eso: comunicación con todos.

**Antonio:** ¿Crees que es igual con tu familia?

**Ada:** Sí, de alguna manera sí. A excepción de que luego mi mamá como que es un poquito... mmm... ¿cómo puedo decirlo? ¡Ah! No encuentro la palabra ahorita, pero mamá es así de que si le digo “Mami, no quiero comer”, ¿no? sí muy insistente, ¿no? Dice: “No, sí. Sí tienes que comer”, ¿no? “Mira, te traje fruta”, ¿no? “Mira, te traje esto” y yo así de “¡No! Ya no quiero, ya no quiero” y llega un punto en el que siento que con ella pierdo la comunicación y llega un punto que sí he estado como, eh... en mi peor ehm... “¡Ay, no! Como en mis 5 minutos de decirle “¡¡¡QUE NO QUIERO NADA!!!”, y se sacan de cuadro y así. Y yo así como de “Ay, creo que reaccioné muy mal” (*ríe*) y más porque es mi mamá, ¿no? y ya no, como que su carita así toda apagada y digo: “Ay, mamá, perdón, perdón”, ¿no? Pero obviamente ya la regaste, entonces siento que la comunicación aquí en casa a veces falla porque no logran entender que a veces necesito estar sola para asimilar ciertos procesos y el que me estén diciendo “oye, oye, oye, oye”, como que llega un punto en el que “¡YA! ¡POR FAVOR!” Y me sacan de mi centro y digo: “¡YA!”. Entonces siento que no, no es igual. Obviamente nunca lo vas a manejar igual. Es como ustedes, con su familia son unos y con los amigos son otros. Obviamente hay muchas cosas que no puedes... estar, muy, muy, libremente por ideologías de todos, de cada uno, de los de su familia, y se sabe. Con mis amigos sí puedo porque siempre hay

uno que tiene la misma locura que tú, entonces dices: “sí, sí, de aquí sí soy” y me transformo, ¿no? Pero... también tenemos esa otra cara donde... la cara que muestras a tus amigos, la cara que muestras en casa y la cara que te muestras tú, tú, tú, ¿no? Decir: “No, sí, pues muy feliz y todo allá con mis amigos, pero llego a casa y estoy bien deprimida”. Entonces son tus tres caras las que tienes y si con ninguna tienes comunicación pues no funciona esto, ¿no? Entonces la familia es muy diferente la comunicación es bastante complicada con ellos, no, no me puedo manejar de la misma manera con mis padres que con mis compañeros de trabajo. Ese es realmente el punto, no es lo mismo; la comunicación es diferente.

**Antonio:** Ahorita que nos dices que la comunicación es complicada con tu familia, ¿has hecho algo para mantener una mejor comunicación con ellos?

**Ada:** Ay, intento (*ríe*). No es como que “ay, sí me aferro a hacerlo”, ¿no? O sea, intento hacerlo, ¿no? Decirles: “Mira, ¿sabes qué?, cuando yo te diga ‘me siento muy mal, me siento como muy triste, muy deprimida’ dame mi espacio”. Al igual con mis amigos, así muy cercanos, que, obviamente, cuando ya me siento en confianza, ¿no? De explotar como ollita express y “¿Sabes qué? Así soy”, ¿no? O sea, ya saben. Ah, sí, me tiran de a loca y así está bien, ¿no? Pero, con mi familia es “sí, dame mis 5 minutos y te digo”. Mi mamá es de: “¿Ya estás mejor?”, y yo: “¡¡¡Qué no quiero hablar con nadie!!!”, ¿no? Y yo así: ¡Por favor, denme mi espacio!”. Lo intento hacer, pero a veces no funciona. Entonces... y menos con mis hijos ¿no? Mi hija, a lo mejor la más grande sí es así como de “okey, mamá”, este... “¿Todo bien? ¿Sí? Bueno, vuelvo cuando tú me llames, ¿sale?”. Después digo: “Ay, por fin”, ¿no? Ya mi hija sabe que salgo: “Oye, Valeria, este... ven” y ya viene, ¿no? Pero mis otros 2 pequeños es así como que les vale, ¿no? Y mi mamá los utiliza mucho por qué les dice: “Vayan a ver a su mamá, porque seguro a ustedes ni les va a gritar”, ¿no? Pero yo arraso parejo, ¿no? O sea, “tú no debes de estar aquí, fuera de aquí, órale los dos”, ¿no? “*amonos*” y ya se los llevan y más me enoja, ¿no? De “si les estoy diciendo esto...”. Entonces, ha sido el no poder trabajar en equipo con ellos, porque a lo mejor ellos no lo hacen con una mala intención, porque obviamente al verme ahí toda derrumbada pues quieren saber de mí, ¿no? Pero no entienden el concepto de “¡Necesito estar sola!”. La comunicación ahí me ha fallado muchísimo con ellos. He intentado mil formas de hacerlos entender el proceso por... en el que me encuentro ahora y siguen sin entenderse. Sienten que yo sigo estando como muy al cien, ¿no? y hay veces en que lo único que quiero es llegar y dormir y yo sé que tengo obligaciones, claro está, ¿no? Pero

intento como poner mis alarmas, se trata de convivir con ellos aunque no tenga ganas, de salir con ellos y ya después decirle: “Ahora sí, ya los acompañé, hice todo lo que ustedes quisieron, ahora quiero que me dejen”. Y al principio funciona, pero después es un círculo ahí, ¿no? El estar diciéndoles: “Vamos a hacer esto, por favor” y no funciona. Es difícil realmente hacer algo con ellos; se les olvida.

**Antonio:** Anteriormente, nos platicabas que a veces el apoyo psicológico que brinda la institución también se lo puede brindar a tu familia, ¿tu familia no ha recibido, digamos, como pláticas respecto a tu proceso de cómo poder acompañarte de mejor manera?

**Ada:** Mmm... lo han intentado la primera vez de llevarlos a todos a terapia de los cuáles sólo aceptó mi mamá, mi hermano el más chico y mi hermano el de los más grandes, ¿no? Mi papá y mi otros hermanos son así como de “¡Ay, no! ¡Qué flojera!”, ¿no? Así que “¿cómo crees?”. Eso es algo que también como que te pega de “auch”, ¿no? Porque tratas como de jalarlos. Aquí todos estamos sanos en todas sus emociones pero no se prestan. Entonces mi mamá como que con el paso del tiempo sí como que ya medio agarra la onda, ¿no? De repente me dice: “Ah, sí, perdón, hija. Perdón, ya me voy”, ¿no? y ya se va, ¿no? y como que intenta; ella también lo intenta, trabaja muy duro, lucha contra sus propias cosas, sus propias ideas y la veo esforzarse y digo: “Bueno, al menos lo intenta”, ¿no? Pero los demás no, y es “¿De qué sirve que unos sí y otros no?”. Al final se vuelve un caos otra vez y muchas veces los han intentado llevar a terapia familiar —o, bueno, creo que así se le llama—, a terapia familiar y no quieren. Entonces como que no me ayuda mucho esa parte. Sí se ha intentado pero no quieren.

**Antonio:** ¿Cómo describirías la relación con tus hermanos y con tu papá?

**Ada:** ¡¡Ay!!! (*se pone tensa*) ¡Ay, no! Aquí va a salir mi trauma. ¡Ay, no! Con mis hermanos bien, realmente con ellos no tengo ningún problema, menos con los más chicos. Ellos se llevan conmigo, somos como tres adolescentes, así como “*jajaja*” y todo muy bien y mucho, chistosos todos, ¿no? Nos *bulleamos* y todo. Mi hermano, el más... se puede decir que no el más... el más grande de los hombres, porque realmente yo soy mayor, pero el más grande de ellos, él tiene un carácter muy, muy diferente al nuestro, ¿no? Nosotros sí somos como que “ay, bien desastrosos”, y como muy *fiesterones* y todo, pero él es de un carácter más ácido. Él, a pesar de que él tiene su carácter y su forma de ser, digamos que no nos llevamos mal. Él es el... como el clásico hermano serio con el que puedes tratar cosas bien bien delicadas sin temor a que te diga: “Ay, es que tú...”,

¿no? A comparación de mis otros hermanos de que “Ay, no, ya te vas a enfermar otra vez”, ¿no? O sea, nada se toman en serio y con los... con mi hermano el otro es así de “A ver, ¿te sientes mal? Pues mal vamos al médico”, “Oye, si quieres buscamos esto”, ¿sí me explico? Es más serio para hacer las cosas, entonces ya cuando quiero algo serio así –no digo que mis hermanos no sean serios– pero primero me *bullean*, se burlan, se ríen y ya después como que “Ay, no. Sí era en serio lo que nos dijo, este... ahora sí vamos a apoyarla”, ¿no? Y el otro no. El otro entiende de entrada que está algo mal. Entonces nos llevamos muy bien, ¿no? Pero con respecto a ellos, pero con respecto a papá, es muy complicado porque es *el clasico papa que ex Sedena*, con ciertas ideas muy arraigadas, y que nos ha costado mucho a todos, no sólo a mí, como de tratar de mantener comunicación con él, porque él... si él dice es azul es azul y ya te fregaste, ¿no? (*ríe*) y a lo mejor esa fue su educación, ¿no? y esa fue su formación también. Pero también debemos entender que para poder evolucionar en muchas cosas hay que adaptarnos a los tiempos en los que estamos, y cambiar, o no avanzamos. Pero también mi papá ya es una persona grande, una persona de la tercera edad y dices: “Bueno, se le paaasa” –de alguna manera–, ¿no? Dicen mis hermanos: “Ya tienes inmunidad de hacer lo que tú quieras”, ¿no? “Ya no te vamos a hacer enojar”, pero este... la comunicación con él es muy difícil en todo eh... porque tiene así como la coraza y no expresa sentimientos. De repente con quien sí sé... como que se doblégó, fue con mis hijos, de que si alguien se enferma de ellos ya lo ves así como entre llanto cortado de que “no voy a llorar, no voy a llorar, no voy a llorar”, pero lleva la lágrima por acá, ¿no? Entonces él es así. Conmigo igual, a lo mejor, no me demuestran que está preocupado, pero yo se que lo está. O sea, es su forma de ser pero eso nos ha traído conflicto porque yo soy como más expresiva. Ay, yo sí digo las cosas y aaah. me vale, ¿no? Y yo con mis calmas toda la vida y así. A pesar de que tengo un trabajo muy exigente, aprendes muchas cosas, a tolerar esa parte, pero mi papá no es de halagos, mi papá no es de “Ah, muy bien, tú excelente, ¿no?; aunque él reconozca muy en el fondo que lo hiciste bien, no lo expresa. Entonces la comunicación con él es muy, muy dura para atravesar cada una de esas capas, entonces con él sí no, no, definitivamente no. Y hay veces que no nos habla y “tú, por favor, háblame, ¿no?” y ahí estamos como niños chiquitos todos: “Mamá, dile a mi papá que, por favor”, y así. Entonces suena chistoso, pero no; si lo ves a fondo no está tan padre porque debería haber comunicación y más en esta etapa. Entonces no está tan cool, ni modo (*ríe*).

**Antonio:** ¿Cómo describirías el trato que te gustaría recibir de ellos?

**Ada:** ¿De quién? ¿de mi papá? Ay, no sé. Yo voy a hacer un paréntesis. Yo tengo un tío en especial, hermano de mi papá, que de verdad pareciera que él es mi papá, o sea, él es este... "Oye..." –porque él me dice negra–, me dice: "Oye, negra, este... ¿qué onda? este... ¿Cómo estás, mamita?, ¿qué has hecho?, ¿te sientes bien?, ¿te sientes mal?" Siempre está muy al pendiente o cuando le digo "No, pues mire, voy a hacer unos... no sé, una certificación en tal", "Tú puedes corazón, este... cualquier cosa, yo te quiero mucho y ya sabes que te quiero un *chingo*" –y esas son sus palabras, eh. Entonces dices: "¡Ay, qué bonito!", ¿no? Entonces a mí me nace siempre, cuando me habla, y me pasó ahí hablando con él y siempre tengo tiempo para él, toda la vida, entonces siempre soy como muy expresiva, así de: "Ay, yo también lo quiero mucho", ¿no? "Yo también lo adoro", y "Ay, sí, luego cuando venga vamos por una cerveza" y cosas así, ¿no? Es como el tío buena onda y, de repente, mi papá dice así como de "¡Uy, sí! A él sí le dices que lo quieres mucho" y yo así de "a usted también", pero a mí sí me hubiese gustado un poquito más que mi papá fuera como más expresivo, ¿no? El decir: "Ah, mira, le echaste muchas ganas, eres una *fregona*", ¿no? o cosas así, pero, sin embargo no. Siento, a la fecha, en que mi papá todavía tiene ciertas ideas machistas porque al tener yo tres hermanos he visto como que con mis hermanos sí es así, ¿no? De que a mi hijo es un *fregón*, que no sé qué y conmigo es así como de "ah, pues está bien". ¿Sí me...?, ¿Sí me agarran como la onda?, ¿no? Entonces tú dices "¡Osh!". O luego hay... obviamente, cada uno tiene sus cualidades, siempre es así como "Ay, mis hijos son esto y esto y esto, ¿no? pero tú, hija, este... Ah, pues normal (*ríe*), cosas así. Y cuando ha estado aquí como mi tío sí es así, ¿no? "Yo estoy súper orgulloso de mí negra!", ¡Y no! Y se desvive, ¿no? Yo: "Ay, sí. Yo también lo amo", pero obviamente desearías que también tu papá te brindará como esa parte no de correr y decir "Ay, lo voy a abrazar" y no. Y si se dan cuenta pues bueno Yess, yo no soy como mucho de subir fotos de mi familia a Facebook, obviamente por cuestiones de trabajo y seguridad, pero tengo unas fotos con mi mamá, que con mi papá abrazándolo a él, o sea, y a mí me cuesta también mucho trabajo ya, porque antes no la tenía, como no tenía esa barrera. Me cuesta ya mucho trabajo este... cuando dicen "Ah, pues dale un abrazo de Año Nuevo..." o no sé "... a tu papá" y tú así este... "Ahorita voy" y me hago bien tonta, ¿no? Y yo así feliz Año Nuevo a todos, los quiero mucho y, en general, y (*irreconocible*) hasta abrazarlo se siente extraño. Es... se ha ido como que cuarteando mucho la, la relación con él y pues sí es feo, ¿no? Porque es triste que en esta etapa como que medio se empieza a involucrar, pero mantiene siempre como su distancia



y digo: “Bueno, pues ya cada quien”, ¿no? Él no cree en la psicología, él no cree en estas cosas, él no cree... así pa’ acabar pronto y es complicado, muy complicado.

**Antonio:** Gracias, ¿Alguna vez has tenido la necesidad de formar nuevas relaciones además de con médicos, tu psicóloga, familia: algún grupo, digamos.

**Ada:** Novios, aaah (*ríe*). No es cierto.

**Antonio:** ¡También!, Pues un grupo cuando otras personas con quienes platicar que te acompañe en este proceso.

**Ada:** Pues realmente no, eh... o sea, simplemente yo tengo grupos, ahí como en whatsapp, de como compañeros tanto del trabajo, pero también con Armadas de otros países que también son del sector médico y son como que con los que luego me chatean y así está bien, ¿no? Pero te digo yo soy como que: contesto ahorita y ya no contesto como hasta quién sabe cuándo. Entonces con ellos ha sido como muy bien y, en cuestión de familia, pues ya les digo, o sea, no con todos en cuestiones relaciones ya como muy personales llámese pareja, novio o lo que sea; soy bien bateadora. No, pues no, así como que llegan y me dicen “Ay, oye, mira...”, ¡Que no! “Que tú bien no sé qué, eres bien no sé cuánto”, ¡No, gracias! No, ahorita no, agradezco tu buen gusto, no gracias” y así, ¿no? No me siento como preparada, para. No, no me gustaría como nada más decir “ay, sí, sí quiero ser tu novia” y no estar bien. Entonces no, en cuestión de relaciones como ya muy personales. No, yo soy la eterna gruñona del hospital, ¿no? No tengo amores así que son limitados.

**Antonio:** Podrías platicarnos, igual, ¿puedes platicarnos cómo fue el inicio la relación con tus hijos y como es actualmente?

**Ada:** Sí, ah, bueno, por algunas otras cosas que ya les había comentado, por ejemplo, lo de mi divorcio, ehm... la llegada de mi bebé porque, realmente, no esperaba como otra bebé (*ríe*) eh... sí ha cambiado mucho porque, obviamente, hubo un divorcio de por medio en el cual, principalmente, mi primer hija fue como muy apegada a su papá y a mis otros hijos ya un poquito menos, pero digamos que con mi hija la más grande, ahorita, ehm... ella tiene ocho, entonces este... la más grande es... ha sido muy madura mi hija, muy independiente, –siempre lo voy a decir– es muy independiente, muy madura, muy inteligente y no lo digo porque sea su mamá, pero está hecha como a mi semejanza en muchas cosas (*ríe*). Siento que yo la traumé porque como que es muy... ¡Ay! No sé, bien

rara (*ríe*). Ella a un inició como que sí se sacó mucho de cuadro y cómo era la lloradera total con ella, ¿no? Obviamente, ya entiende un poco más, antes era... después del divorcio, fue como un golpe muy duro para ella no poder ver a su papá, o al menos entender que su papá no estaba al cien ya con ella. Entonces su carácter como que cambió mucho, se me volvió como muy rebelde, muy contestona, muy todo, pero ahorita es ese momento en el que ahora tus hijos te abrazan y te reconforta el alma, te restauras y ya viene y si viene y me platica “oye, mamá, ¿cómo estás?”, “No, pues bien” y, o sea, te estoy hablando de una niña de 8 años. La siento muy madura o ha madurado muchísimo a lo mejor por las circunstancias en las que le ha tocado vivir, pero con ella mi relación ha mejorado mucho, mucho. “Ya llegué a la escuela”, pasa y me ve y/o me hace videollamadas cuando estoy en el trabajo. Para mis hijos siempre estoy. Entonces eh... así sea la 1:00 am. o le ayudo a hacer la tarea a través de las videollamadas y cositas así, ¿no? El lazo se ha vuelto muy, muy, muy, muy, muy fuerte. Con mis dos pequeños, pues se llevan muy poquito. Esta tiene 2, mi hijo tiene 3 (*ríe*). Ahí más o menos se llevan muy, muy poquito, este... obviamente, mi niño, al igual que V., M. es este... pues muy tranquilo (*ríe*). O sea, él no me da lata y él obviamente está chiquito. Ahorita él ya habla más, todo muy bien, pero entienden muy poco lo que pasa ahora al ser tan pequeños. Pues, de la otra, ni hablamos; de Nadia... a esa niña le vale sombrilla y la vida también y ella ha sido como la más cómoda porque ella no la metí a la guardería chiquitita. Ella ha estado muy apegada conmigo eh... con los abuelos y lo que les comentaba, ¿no? Mi amor por mis hijos es igual. Voy a estar con ellos siempre, pero, obviamente, siempre voy a brindarle un apoyo más grande al que en ese momento lo necesite. Si mi hija Valeria está mal, pues, obviamente, me voy a centrar en la que está enferma y así, pero para mis hijos el cariño es igual, pero con mi hija la más pequeña, eh... la relación que he llegado a hacer con ella, a pesar de que es muy chiquita, es... (*piensa*)... incomparable, a pesar de que mi V. es la primera, mi M. es el sándwich y mi gordita pues nació en circunstancias muy complicadas. Con ella siento como mucha conexión, mucha (*enfatisa*). O sea, ella nunca se ha quedado. Cuando estaba de licencia, ay, hasta yo a veces me desesperaba porque nunca se quería quedar. Entonces siempre lloraba y ¡aah! Ya, me la tenía que llevar, ¿no? Y tú así de “¡Ay!, bueno”, ¿no? Entonces me fui haciendo como muy adicta a la compañía de mi bebé y ahora que se enfermó y que yo estaba enferma y yo dije “¡Rayos! Si le pasa algo a mi hija me desmayo”, ¿no? Entonces la relación con ella es muy chistosa porque aunque no habla al cien porque apenas empieza, sí es como “¿mamá triste?”, este... “men, men, men”, ¿no? Y te abraza “¡abazo!...” este... “... a mamá tiste...”

¡beso!” y así cositas y pareciera que lo entiende. En cambio, mi Mati, que es un año o un poquito más grande que ella, es así como de: “¿Mamá estás mal? Hmm, ah okey, ya me voy”, ¿no? (*ríe*). O sea, ¡se va! O sea, simplemente se va, ¿no? y mi hija, la más bebé, así como “¿mamá tiste? Abazo, beso, abazo, beso, abazo, beso”, y ya te dice: “¿bien?” y así como “sí, ya me siento muy bien” y es como que se va, ¿no? Como que se preocupa y, obviamente, pues sí los extraño, ¿no? Pero extraño mucho a mi chiquitina; ha sido como la más apegada a mí, la que más me sigue, la que más todo, y hasta ahorita la relación con mis hijos ha sido buena, ¡Calida!, ¿no? No tengo quejas en ninguno de mis hijos hasta ahora y eso me da gusto. Creo que no... no he fracasado aún.

**Antonio:** Bueno, también volviendo un poquito a las, a las relaciones que mantienes con tus médicos, ya nos has platicado bastantito de ellos y nada más una pregunta más ¿te gustaría recibir algún otro trato de ellos o cómo te sientes con el que recibes?

**Ada:** ¡Ah! Yo creo que tengo un buen equipo, han hecho hasta lo imposible por... No, no me gustaría; como que me malcrían tanto (*ríe*), hasta ahorita todos muy bien.

**Antonio:** ¿Cómo evaluarías la atención tanto del personal de salud, como de la institución que has recibido durante el tránsito de las citas?

**Ada:** La verdad es que no me puedo quejar, ehm... como lo dije, ¿no? A lo mejor tengo ciertas ventajas porque pues soy parte de ellos, de alguna manera pero el trato, el tratamiento que en conjunto han acordado para darme la manera en cómo se organizan en juntas para poder abordar mi caso eh... creo que me siento más que bendecida con esa parte y agradecida con esa parte; ha sido un trato excelente, me han brindado el apoyo en todas las áreas médicas que pudiesen haberse involucrado conmigo desde un nefrólogo para ver mi riñones... O sea, han trabajado mucho en conjunto todos con todos y me gusta esa sinergia que tienen, la organización que tienen y no me quejo. Y no porque sea mi institución de trabajo por años, sino porque realmente la calidad humana del personal ha sido incomparable, estoy contenta.

**Antonio:** Hablando un poquito igual de la institución que es el Centro Médico Naval, esta atención que te brindan a ti, muy cercana, ¿Observas que la apliquen a los demás derechohabientes que llegan a él?

**Ada:** ¡Ay! Yo, mmm, de alguna manera sí, pero no tan involucrados como a lo mejor lo pudiesen llegar a hacer conmigo. Sí son empáticos, porque la verdad es que sí son

empáticos, son muy tolerantes, son muchas cosas con los derechohabientes. Yo también soy derechohabiente, obviamente, pero no, nada que ver. Sí pueden ser amables, tolerantes, haber mucha empatía del médico hacia el paciente, pero como médico-paciente no te involucres o no se involucran más allá de que no sea eso; por mucho que te conmueva el caso, no se involucran, ¿sí me entiendes? Entonces no, definitivamente no es buena.

**Antonio:** Muy bien, bueno pues igual para ir terminando, ¿no sé si las chicas quieren preguntar algo más? Yess, Dali.

**Dalila:** No de momento, este... yo ahorita no tengo ninguna pregunta, no sé si mi compañera Yess la tenga.

**Yessica:** Bueno, respecto a las relaciones que has tenido con las personas que te han apoyado y eso, eh... ¿Tú crees que que haya como, aparte de tu mamá y de los doctores, como que, y de tu psicóloga, alguien más que, que tú creas que se está preocupando mucho por ti, a lo mejor sin que tú se lo pidas? Que digas, este... “a lo mejor yo con esta persona no mucho, o no, no tengo tanta confianza” –por así decirlo–, pero que se esté preocupando por ti, o sea, puede ser familia, pero no de las que viven en tu casa y todo eso. Bueno, ¿no sé si haya alguien?

**Ada:** ¡Ay! Pues yo siento que sí. Mira, volvemos a ese tema de que en las relaciones... de que si me doy espacio para tener una relación como novios, parejas, ¿no? Este... sí hay una persona que siempre veo así como, como entre bajoneada y como que no sabe cómo acercarse, ¿no? Obviamente, es un compañero del trabajo que siempre está como bien, bien atento a todo, eh... no sé cómo se entera, pero “Ay, supe que estabas en tal lado y qué onda, ¿cómo estás?” y tú de “hijole”, ¿no? hasta... y yo como no siento, como que muy cómoda porque obviamente él lo hace eh... por muchos motivos lo hace, porque a lo mejor porque le gustó, porque, porque tiene cariño por mí o etcétera. Entonces como que me siento intimidada y es así “ah, no, pues está muy bien”, pero de repente solamente una ocasión lo escuché platicar así como en la oficina con otros compañeros, les dijo: “¿Sabes qué? Estoy muy preocupado por Ada –bueno por Santos– estoy muy preocupado por Santos”, Este... “no me cuenta nada, yo la quiero mucho, me aflige no saber de ella” y yo así, ¿no? Y entonces dije “ay, no, pobrecito”, eh... veo como que su angustia. Se preocupa mucho en el sentido de que “¿Ya comiste?” Y yo así “Ah, más o menos” y ay, ya se va, se pierde, no me dice ni adiós. Y como a los 10, 15 minutos regresa como con

el vasote de té y este... y el sándwich, el chocolate, cualquier cosita le sale para estar ahí detallista, ¿no? Entonces sí me dice que “sí me preocupas”, este... y lo veo así como angustiado, o luego va y –él es de otro área, de médica– y me dice: “Ya hablé con fulanito, este... para que nos dé segundas opiniones”. O sea, anda muy preocupado y yo digo: “Ay, cómo le digo, ¿cómo, cómo, cómo, manejo esto?”, porque, sinceramente, yo eso de ya... de como... de ese tipo de relaciones, como que digo “¡Ay, Dios mío, por favor!” este... cómo le digo que no se preocupe, cómo digo que no necesita estar como a las horas de la madrugada bien atento de mí, porque pues también trabaja, ¿no? Entonces sí es complicado y sí sientes feo, pero pues qué haces (*ríe*). Luego ahí, sinceramente, no sé manejar las cosas; hasta luego llega el punto en el que me siento tan mal que ya nada más lo veo venir y media vuelta, ¡Amonos! O sea, me voy. Sí, soy la peor persona del universo, yo lo sé, pero no sé manejar las la situaciones de ese tipo, ¿no sé si me explico? (*ríe*) ¡Ay, no! ¡Qué pena! ¿no? pues ya.

**Yessica:** Sí y, bueno, una más. Bueno, sé que la respuesta podría ser más larga pero crees que en algún punto de alguna entrevista nos quieras platicar acerca de cómo tú te sientes, o si has tenido como algún, alguna relación después de tu matrimonio. ¿Has querido intentar o alguien o alguna cosa de esas que, que implique tu... a que te implique de una forma amorosa, una relación?

**Ada:** ¿Que si yo puedo hablar si he tenido como una relación post divorcio? (*ríe*)

**Yessica:** Sí, ¿cómo te has sentido con eso, con el apoyo y eso? O sea, ahorita pues ya terminó como el tiempo pero en una próxima entrevista.

**Ada:** Pues yo no tengo problema, o sea, yo en esa parte soy como bien transparente con ustedes. En su momento, así muy general, sí tuve una relación y fueron mis traumas médicos los que me hicieron alejarlo, porque considero que es una etapa muy dolorosa también y no me gustaría mantener a una persona a mi lado en un proceso tan difícil, por mucho que se haya aferrado conmigo, hasta la fecha sigo manteniendo comunicación con él, todo muy bien. Pero llegó un punto en el que dije: “No, ¿sabes qué? No, no puedo, no puedo tener una persona aquí. Mereces, o sea sí mereces como libertad, mereces vivir más”, porque pues, obviamente, yo tengo mis hijos, yo tengo trabajo, estoy enferma, necesito tratamiento médico, mis tiempos son cortitos y yo dije: “No, tú necesitas una relación normal”. Vamos, entonces sí como que lo termine alejando, como que ahorita –

lo que les decía– no me siento preparada nuevamente para volver a herir a alguien, (*ríe*). No, yo creo que no, pero ya si quieren después les platicaré.

**Yessica:** Bueno por mi parte son todas las preguntas. Gracias.

**Antonio:** ¿En estos momentos te gustaría agregar algo más?

**Ada:** No, últimamente no, ya me ando quedando muda.

**Antonio:** Bueno, pues por nuestra parte sería todo por hoy. Agradecerte otra vez tiempo, el espacio que nos brindas a pesar de que vengas corriendo, te agradecemos mucho.

**Ada:** De todos modos, cualquier cosa, pues ya me avisan y todo, todo bien, ¿va, Antonio? Gracias, gracias a ustedes, cuídense mucho.

**Antonio, Dalila y Yessica:** Gracias.

**Ada:** Bye.

### Transcripción Séptima entrevista

11 de Marzo 2022

**Dalila:** Hola, compañeros. Buenas tardes.

**Antonio:** Hola, hola.

**Ada:** Hola, chicos. Buenas tardes.

**Antonio:** ¿Cómo estás, Ada?

**Ada:** ¡Ay, chicos! Ahora sí estoy como que fuera de servicio. Lo que pasa es que estos últimos días he estado con bastante, bastante trabajo, porque hay proyectos por entregar, hay cambios de administración en el hospital. Entonces, su servidora está a cargo del área de biomédica. Entonces, ay, tengo muchísimo trabajo y como que en viernes cuando se supone que todos debemos de andar de fiesta (*ríe*). Ah, no es cierto. Sí es algo agotador. Y ahorita me conecto con ustedes vía telefónica -perdón por eso-, pero estoy acá en la tablet haciendo un reporte (*ríe*). Y pues, ni para poner la cámara aquí.

**Antonio:** No te preocupes, Ada. Al contrario; como siempre, agradecemos tu tiempo y que nos des este espacio.

**Ada:** Ay, muchas gracias a ustedes.

**Antonio:** Bueno, si te parece comenzamos. Hoy no ocuparemos creo que mucho tiempo. Entonces te parece que iniciemos.

**Ada:** Sí. Sin problemas, ustedes no se preocupen. Puedo con ambos (*ríe*).

**Antonio:** Muy bien. Pues... en algún momento de las sesiones pasadas nos platicaste que la personalidad tiende a influir en cómo estás afrontando tu proceso de enfermedad. Pues bueno... Entonces, un poquito pensando en este término, nos gustaría saber quién es para... bueno, bueno, ¿quién dirías que es Ada?

**Ada:** ¡Ay, Dios! (*ríe*). Pues... Ada... Yo creo que Ada simplemente es esa persona extremadamente sencilla, nada complicada. Como que toma las cosas como van (*ríe*). Siempre se ocupa, lejos de preocuparse. Soy muy necia, y por lo tanto al ser muy, muy necia, también soy como a veces como muy perfeccionista en muchas cosas. Considero que dentro de mis... cualidades... es algo que me voy a aplaudir toda la vida de que soy muy persistente; soy muy perseverante en todos los sentidos: médicos, personales, laborales, todo. Pero tampoco me complico como que mucho, ¿no? Si algo no sale, como les digo, me ocupo. Busco opciones “a, b, c, d” y, como les digo, busco un plan y lo que sigue. Hasta que ya siento como que se me van cerrando las puertas es cuando digo: “Bueno, a ver, ¿Qué hice mal? ¿Qué hice mal?” y me regreso, ¿no? Esa soy yo. Soy a veces como perfeccionista, se los dije ahorita porque quiero que todo me salga bien, entonces soy mucho de organizar y poner metas a corto plazo. Y las metas no solo son poner metas, sino... planeo qué es lo que voy a hacer, en qué tiempo lo voy a hacer, cómo lo voy a hacer, cómo lo voy a solicitar y así (*ríe*). Esa es Ada. Y ser así me ha funcionado muy bien. Pero, obviamente, también tengo como que mis defectos y es que a veces sí soy como muy exigente conmigo y al serlo conmigo pues también soy muy exigente con los demás, en muchas cosas. Eso no quiere decir que no sea tolerante o empática, porque sí lo soy. Pero a pesar de que, ehmm... mi estado médico no es el más óptimo, yo tengo un lema que es “no hay excusas para no hacer las cosas, no hay excusas para este... por decidía dejar todo” y se los dije el día que fui impuntual porque, o sea no, no me voy a excusar, no hay excusa, simplemente llegué tarde. No me gustan las excusas y así yo

tengo un compromiso con ustedes de alguna u otra manera siempre voy a estar con ustedes y esa soy yo. No tengo justificación por cosas que yo sé que fue mi error y así como se los expreso a ustedes pues también a mis compañeros principalmente del trabajo que ya son como personas que ya tenemos compromisos fuertes en el trabajo porque obviamente pues ya empiezan otras áreas, ehmmm... soy demasiado exigente. Pareciera que no, chicos, pero realmente con ustedes es diferente. Pero soy muy exigente. Soy muy enojona, soy muy empática, sí, cuando considero que la situación pues lo amerita y, todos pues podemos pasar por situaciones muy, muy fuertes, muy feas, pero por lo regular me exijo demasiado. Y soy como muy positiva con mi equipo de trabajo, ¿no? Entonces esa es Ada, la verdadera Ada. La enojona, la que todavía no conocen, muchachos (*ríe*). Y donde no salga su trabajo ahí sí me van a conocer.

**Antonio:** Y, a propósito de tus conocidos. ¿Cómo te describirían ellos? ¿Quién sería Ada para ellos?

**Ada:** ¡Ay, no! Pues yo creo que todos conocen mi lado bonito y la mayoría eh... algún día de estos les voy a compartir ciertas foto-capturas de conversación principalmente de compañeros ehmmm... y que incluso al día de hoy me mandaron por ahí un mensaje y todos me ven como que soy muy fuerte, ¿no? Como que soy muy... sí “fuerte”; esa es la palabra. Fuerte y a la vez como que muy determinante para hacer las cosas. Entonces, es... siempre que les digo: “¿por qué crees que es así?” y me dicen: “es que tienes mucha determinación, tienes mucha pasión por las cosas que llegas a hacer y eres como demasiado positiva; a pesar de que estás toda rota (*ríe*), siempre estás así como bien feliz, nunca tratas mal a los demás, y todo bien”. Pero ese es el lado bonito, ¿no? Pero es una de las cualidades que todos coinciden, ¿no? Y mi familia, obviamente, me ve con otros ojos, ¿no? (*ríe*). Mi familia sí es como de: “¡Ay! eres súper enojona, eres súper perfeccionista en estas cosas...” este, principalmente porque lo ven cuando me refiero a mis hijos “... y les exiges demasiado... no les permites como que decir ‘no puedo’...”. Ehmmm... no sé si me explico. Soy como muy exigente hasta con mis propios hijos. Entonces, en el trabajo, Ada es diferente como que en muchas cosas porque tengo que trabajar aquí con muy, muy en equipo con ellos. Pero eso no quiere decir que no sea como muy exigente con ellos. Pero, obviamente, hay un límite entre compañeros de... pues tampoco me la voy a pasar gritando, y en casa, mi casa mis hijos son como que míos de mí, míos de mí, entonces me siento como con más poder (*ríe*), de mostrar como mi lado fuerte. Si me dicen: “Mamá, no puedo”, “¡No! Claro que puedes, vuelve a intentar, busca



solución, busca esto...”. Entonces mis papás dicen que soy como muy exigente, muy intransigente a veces porque no permito que me digan que no, que no pueden. Como que esa parte no es tolerable conmigo (*ríe*).

**Antonio:** Bien. ¿Qué es lo que consideras que mucha gente piensa de ti y no es cierto?

**Ada:** ¡Que siempre soy todo amor! (*Alza la voz y ríe*). Que siempre soy todo amor y que a veces sientan que me vale gorro la vida, ¿no? O sea, digamos que, siempre he sido como muy rebelde en muchas cosas, entonces siempre piensan que no me importa nada. Piensan de que me dicen: “Oye, es que sabes qué... se descompuso –no sé...– la camioneta”, ¿no?. Y yo así de: “Ah, okey, está bien”. Y ya me voy. Pero realmente sí estoy pensando de: “¡Ay! No inventes, un gasto más”, ¿no? Y cositas así, y la gente piensa que, como que “uhm”, como que nunca sufro, como que nunca nada y no es verdad. Obviamente sí me preocupa, pero como que no me tomo las cosas muy personal, tan a pecho, a pesar de que yo sé que son un problema lo único que hago es que separo prioridades, ¿no? Así de: “¡Ay! Esto sí urge, esto no urge... ah, equis, como que ya”. Y pues para mí ya está solucionado, ¿no? y no pasa nada, pero la gente piensa lo contrario, ¿no? Así de: “no te importa, te vale gorro, se te dice y no entiendes”. O sea, siempre estoy como bromeando con todos y eso me ha creado la fama de que: “¡Ay, no! Con ella ni le digas, porque ahorita va a empezar a bromearte y nunca toma las cosas en serio”, ¿no sé si me explico? Y no es cierto, sí me importa, sí me interesa, sí me preocupa, pero todos piensan que no. (*silencio*) Entonces eso me crea mala fama (*ríe*).

**Antonio:** A propósito de esto, en su momento también nos llegaste a comentar que tiendes a “bullearte”, ¿desde cuándo consideras que esto...?

**Ada:** ¡Ah, sí, claro!

**Antonio:** ¿... que comenzaste a hacerlo y si hubo un momento en el que como que creció esa tendencia a hacerlo?

**Ada:** Fíjate que siempre lo he hecho. Desde que era más jovencilla, adolescente –vamos a decirle así–, porque todavía en primaria como que me dolían muchas cosas cuando me decían muchas cosas y así. Pero después como que entendí que entre más coraje hacía, pues más me hacían burla (*ríe*). Y pues siempre tuve esa tendencia a que si algo me pasaba era así de “¡ah!”. O sea todo lo que fuera, todo lo que puedas tomar de la mejor manera bien, lo demás deséchalo. Como que siempre fui así. Si me decían: “Ah este, ¡Ay! estás

bien gorda”, ¿no? –un ejemplo–. Yo les decía: “Ah, okey, mañana hago ejercicio”. O luego me decían: “A ti no te va a caer la ropa”. Y yo: “pues para eso hay tallas”. O sea, siempre encontraba como que algo. Hasta que ya como que la gente ya veía como que me valía y ya como que no me decían nada. O si, por ahí luego con Yess, principalmente, luego bromeábamos y ya le decía: “No inventes, yo ya he engordado, me voy a amarrar una cortina porque más no puedo”, ¿no? O sea, siempre he sido así. El aceptarte o el aceptar la situación como que te ayuda a asimilar más rápido las cosas y al aceptarte tú, o al abrazar tu enfermedad, abrazar la situación por la que pasas, abrazar como todo ese dolor te ayuda a entender que pues... *I*) te hace más fuerte en muchas cosas, aunque te sientas súper roto o rota y... *después* como que aprendes, ¿no? Crece emocionalmente, creces en esa parte de fuerza interior, te haces fuerte. Aprendí mucho de eso. O sea, riéte de ti mismo y mira nadie puede contra ti, y es verdad. Al reírte de tus propios defectos, al sacarles chistes a todo eso, te hace como más liviana la vida... Y hace no mucho, yo tuve un compañero que a lo mejor muchos de ustedes han llegado a ver en YouTube que es este... ahí, un amigo de la carrera desde mucho tiempo y lo voy a decir tal cual, y no es promoción: se llama “El cojo feliz”. Cuando tengan oportunidad lo buscan en YouTube. Él tuvo cáncer en su rodilla y de repente se metió a hacer Stand up, ahí como a la comedia y dice: “No, pues yo soy ‘cojo feliz’ porque...” –y toda la gente se reía– y luego decía: “... porque me dio cáncer en la rodilla” y después como que se empezaban a sentir mal todos los que se reían (*ríe*). Y ya después decía: “¡Ah, no! Pero, se sienten mal y no sé qué...” y se empezaba a *autobullear*, y me encantaba platicar mucho con él. Ahorita ya no porque anda por ahí con sus proyectos, pero me decía: “si te das cuenta, los comediantes siempre entre más desgracias te pasen más sacan cosas para hacerte un chiste”. Y yo: “Ah, bueno, sí es verdad”. Y te la pasas mejor. O sea, realmente, es complicado, pero... es bonito cuando te aceptas con tus defectos porque te da poder. Ya no hay como que cualquiera que pueda venir a decirte: “Eres esto...” y que te ofendas o que te sientas mal, que te quiebre o que te toque fibras sensibles, Nada, ya no. Igual, lo pasé cuando recién enfermé... tengo una vecina, voy a omitir su nombre no’ más porque me cae muy mal. Me dijo: “Ah, pues este... (*ríe*), ya te vas a morir”. Y yo si fuera otra persona, ¡rayos! ya me hubiera venido abajo, pero le digo, o sea le contesté en su momento, y yo así como de: “¡Ah, sí! Tengo cáncer y qué, o sea, tú te mueres de envidia y que no sé qué”, cositas así. Y me la fui quitando, y ahora hasta la fecha también hay gente muy inmadura en temas de salud muy complicados; que si tú les dices: “Ay, yo tuve una histerectomía”, lo usan en contra tuya: “Ah, ya no puedes tener hijos y no sé qué y

no sé cuánto”. Y esta misma persona me lo dijo: “Ay, es que ya no puedes tener hijos”. Y pues “imagínate, yo al menos tengo tres”, ¿no? y pues ya ¿no?, pero “... tú –(ríe) sé que estuvo mal, suena cruel–, pero tú ni histerectomía, ni siquiera casada, ni siquiera con hijos y eres más grande que yo”, o sea, fin. (ríe) O sea, fue horrible, y luego con mis papás me dicen: “Oye, pues te pasas”. Les digo: “¡Ay, no! Yo ya me voy a morir... y que te quitan vesícula, que te quitan matriz...”. ¡Ay, no! “Yo no voy a donar, qué voy a donar porque no tengo nada...”, ¿no? “... tengo miopía, no puedo donar los ojos y así”. Y mi mamá es así como más sensible y sí me dice: “No puedo creer que bromees así contigo”. Y yo: “¿qué tiene?”, ¿no? ¡Me ha ayudado mucho, la verdad! He aceptado cada etapa por la que tengo, y *bullearte* o reírte de ti mismo creeme te sana el alma total. Así que aplíquenlo, chicos.

**Antonio:** Sí, comenzaré a aplicarlo. Esto que nos platicas, aparte de este amigo del que nos comentas... ¿Algo de esto lo llegaste a ver...? También en su momento nos platicaste de la risoterapia. ¿Lo llegaste a ver en alguna de estas terapias...?

**Ada:** Ajá.

**Antonio:** ¿... de risa?

**Ada:** Sí. Y de hecho fue muy chistoso porque él ahí conoció... no sé si ustedes conozcan a Franco Escamilla (¡Ay! Aquí ya voy a hacer comercial de todos ellos). Franco Escamilla, José Niño de Rivera, todos ellos que hacen como esta parte de Stand up... ehmm... y sin querer, porque ellos estaban ahí y a pesar de que ellos no están enfermos ni nada, iban a sesiones de ese tipo pues nada más para ir a ver *desgracia ajena* (ríe) y después hacían chistes, en verdad. Pero él sí iba y le ayudó mucho en su proceso. Yo lo vi en su proceso; ya nunca más volvió a jugar fútbol y... fue... pues una parte que él amaba porque él jugaba en fuerzas básicas, de un equipo... voy a omitir esa parte... y de repente pues que te trunquen tu sueño, pues ya, ¿no? Y yo decía: “No, pues se va a deprimir”, ¿no? Y no, lo tomó como muy natural, con calma. Le decían que iba a perder la pierna completamente, y no fue así. Y al final, él buscó igual opciones; me decía: “Voy a investigar aquí, voy a hacer esto, voy a hacer aquello”. Y de repente lo vi que iba a risoterapia, y en esa parte él era como una persona muy alegre. Era el clásico amigo muy desastroso que a todo te hacía bullying. Entonces lo veo ahora, que habla de su propia desgracia en forma de chiste y la pasa muy bien, digamos que es como si nunca estuviera enfermo, y eso siento que le ha ayudado muchísimo.

**Antonio:** En cuanto a las sensaciones que tienes, ¿cuáles dirías que son las que te agradan sentir y las que no te agrada mucho sentir?

**Ada:** ¿Emociones?

**Antonio:** ¿Emociones, sentimientos?

**Ada:** Pues yo creo que, parte de esto es el enojo a veces ¿no? La impotencia. A veces como que digo: “¡Ay! No puede ser que esté así”, ¿no? De otra manera algo que no... pues... el enojo, la ira, a veces me siento exageradamente triste y esas emociones que de repente tengo que dejar fluir, pero... uuuuuh... digamos que son de las que no me gustan. Y de las que sí me agrada es como el ir viendo que a pesar de que me siento a veces muy mal, pues me mantengo como de alguna manera bien. Este... constantemente positiva. No he bajado la guardia a pesar de que a veces me llegan mis crisis, digo: “¡Ah, no, pues qué padre!” Y a parte cuando me consienten mucho es como de ¡Qué felicidad!, ¿no? Nadie me dice que no a nada (*ríe*) y aprovechas, abusas de esa parte. Eso también es bien padre, sentir el cariño que te dan. Pero de las otras, pues es inevitable no sentirlas, porque a veces de que... como me pasó ahorita, ¿no? de: “No, ya voy más de gane que de pierde” y de repente me dicen: “Recaíste”, y yo: “¿¡QUÉ!?”. O sea, y me siento enojada. Y es algo que no me gusta sentir; no me gusta ni siquiera sentir rencor ni nada, porque hubo un tiempo en el que decía: “¡Ay! ¡Los médicos por no detectármelo a tiempo!”, ¿no? Y quería culpar a todo mundo, pero vas sanando. Vas sanando emocional, de alguna manera y aprendes como que a trabajar un poquito. Así que, yo creo que son de las principales de las que no me gustan es el resentimiento, como que odio sentirme enojada y no me gusta sentir ansiedad, ni impotencia obviamente, pero se contrarresta con la parte del cariño que te ofrecen; de los pequeños detalles que te puede brindar alguien... son sensaciones como que muy, muy únicas y está padre sentirlo.

**Antonio:** ¿Hay algo que te haga sentir avergonzada?

**Ada:** Mmm... no (*ríe*). No, no como tal que me haga sentir así avergonzada, o a menos de que me lo diga como en algún sentido de la vida, en mi etapa médica, de trabajo. Dime y ya con eso puedo darte una respuesta mejor, algo que les pueda ayudar.

**Antonio:** Sí. Algo que tenga que ver con el tránsito de la enfermedad, que sea familiar, a nivel institucional, con tus colegas, o la propia enfermedad en sí misma.

**Ada:** Ay, pues yo creo que al inicio sí. Sí me sentía como muy... sí, esa es la palabra, avergonzada (*ríe*). Porque era el manoseo total; estudios por todos lados y era como de: “Uy, estás invadiendo mi privacidad”. Y ya sentía pena de ver a mis compañeros a los ojos. Ya no quería que me vieran, ya no quería que me manosearan, y luego las batas del hospital eran horribles. Ya... como que no quería entrar ni siquiera a revisión médica porque decía: “Ahorita me van a meter mano por todos lados” (*disminuye el tono de voz y ríe*). Y no... y el doctor... y les voy a contar algo bien chistoso. Había un médico, ahorita gracias a Dios ya no está ahí... (*ríe*) Nombre, yo estaba enamoradísima de ese doctor (*ríe*). Ya ven, ahora sí me siento avergonzada (*ríe*). Porque me gustaba mucho, ¡Ay, no! ¡Muy padre! ¡Muy guapo! Muy todo!... Obviamente a mi gusto... y era él el que me revisaba. Él era el que me decía: “Ponte la bata, todo bien, yo muy profesional...” y yo así de: “¡Nooooo puedo!”, ¿no? Y dije: “Ay, no me vayas a manosear”. Obviamente pues te revisan y a lo mejor pues ellos no están viendo como de: “Ay, mira, es esto o aquello”, pero llega un punto en el que yo ya no quería ir a las citas médicas porque él era el que, pues sí, él era el que me... me obligaba (*ríe*) a cambiarme a ropa de enfermo, a revisarme parte por parte, muchachos (*ríe*). Y yo estaba como por aquí, mi dignidad hasta como por allá a 10 km. más, y por allá mi autoestima, o sea... era una pena total. Y dentro de la institución, no, pena como tal no; la verdad es que no, pero nunca me he sentido como avergonzada, a menos de que se metan con mi intimidad y hablo como de mi cuerpo. Ya, de alguien que tenga que venir a toquetearte y tú puedes decir que no. Que prácticamente es consensuado obligatoriamente (*ríe*).

**Antonio:** Gracias. Con todo lo que hemos platicado en... ay, perdón, tengo el micrófono apagado. Perdón, perdón.

**Ada:** Me escuchan, me escuchan.

**Antonio:** Sí. Sí te escuchamos bien.

**Ada:** Ah, okey.

**Antonio:** Eh, con todo lo que hemos estado platicando en estas ¿qué son? ¿cinco o seis sesiones? Sí, ya son seis sesiones, contando la primera, ¿Qué recomendaciones le harías a una persona que está transitando por un proceso similar al tuyo?

**Ada:** Uy, no. ¿Qué recomendaciones? Mmm... pues de entrada sí que siga su tratamiento, medicamente hablando. Sí seguir su tratamiento; ehm... que se quite de la cabeza que no

siempre es cáncer sinónimo de muerte; que los tratamientos avanzan; que necesita también tener un apoyo emocional, ya sea pues un acompañamiento de una persona que sea pues ya profesional en esa parte; que necesita como que unirse más con su familia; conocer más acerca de la enfermedad, porque a pesar de que tengas un diagnóstico muy negativo, al final los médicos te pueden decir muchas cosas y de repente, por azares de la vida, porque Dios es grande o dependiendo de todo lo que ustedes crean... no es tu voluntad lo que suceda contigo o en tu futuro, ¿no? Pero si tú te rindes antes de dar batalla... ya, todo está perdido. Entonces sí, la actitud cuenta mucho, y que se refugie mucho en la parte del cariño de la familia, ¿no? Ese confort que te da la familia, yo creo que es la mejor medicina. Creo que eso es lo que yo básicamente podría decirle a alguien que atraviesa por un proceso como el mío. Ya ni siquiera recomendarle como de: “Ah, mira, toma 25 quimios”, o sea no. Me voy un poquito más por la parte emocional, de tratarla de animar, y a que borre de su cabeza o a que alimente como a estos pensamientos pues muy negativos... ¿Sí me explico?

**Yessica:** Sí.

**Antonio:** Sí, gracias.

*(silencio de 6 segundos)*

**Antonio:** Ehm, bueno. Por mi parte estaríamos terminando esta sesión aquí. No sé, Yess, ¿quieres hacerle una pregunta más?, ¿Dali?

*(silencio de 10 segundos)*

**Dalila:** Hola, muchachos. Yo creo ahorita no tengo preguntas.

**Yessica:** Ehm, pues yo creo que yo tampoco, creo que tampoco tengo alguna pregunta. ¡Bueno, sí!

**Ada:** Ay, no ya no *(ríe)*. No, no es cierto, Yessi.

**Yessica:** Me gustaría saber también qué le recomendarías a la familia cercana de una persona que está transitando el mismo proceso que tú, por ejemplo: mamá, papá, hijos, esposo. O sea, así como tú estás pasando este proceso con tu familia, es tu mamá, tu papá, tus hermanos y tus niños. ¿Qué podrías recomendarle tú a esta familia de algún paciente que esté transitando por lo mismo?

**Ada:** Creo que esa es una muy buena pregunta porque a veces te enfocas mucho en el enfermo, pero te olvidas del entorno. Ay, pues yo creo que... ahí en el hospital hay una señora, ya ya grande, igual... tiene el mismo problema que yo, pero ella está como que muy tranquila, ¿no? Es como que muy religiosa, pero su familia está súper bajoneadísima, ¿no? Entonces, cuando me ha tocado la parte de estar en oncología... ehm... su familia me dice: “¿Cómo se siente?”. Te miran como con cierta lástima, vaya, ¿no? Y lo único que sí podría decirles es... no trates como enfermo a un enfermo, ¿no? Tú síguelo tratando con el mismo cariño, broméalo igual, invítalo a todos lados y cuando se sienta mal, que te pida un momento para él o ella, dárselo; lo necesita. Necesita llorar y a lo mejor no lo hace porque no te quiere poner triste. Sí me gustaría como mucho esa parte de que aprendamos a dar esos espacios que necesitamos para expresar nuestras emociones a solas. También el acompañamiento de la familia no tiene por qué ser así como de: “¿Qué tienes?, ¿qué sientes?, ¿cómo estás?”, y a cada rato porque... no por mala onda, sino porque a veces basta con que ustedes estén ahí en silencio y de alguna manera seguir tratándonos como personas normales. A lo mejor va a haber muchas limitaciones físicas o a veces unos bajones emocionales, pero nos basta con que ustedes lejos de decirnos: “Ay, échale ganas; todo va a salir bien”... nos digan: “Oye, qué onda, ¿vamos por un helado o qué?” (*ríe*), cosas así porque al estar enfermo y que te traten como enfermo... a veces no ayuda mucho porque te hacen sentir “ay, es que estoy enfermo y por eso me tratan así; y ay, es que me tienen lástima; y ay, es que...”, o sea, pensamientos muy negativos, ¿no? Y que si la persona no está bien emocionalmente se bajonea más. Entonces los espacios, el poder entender a alguien, el tener un poquito como de empatía de decir: “O sea, sí está enfermo, pero yo lo voy a tratar pues no mal”, y cuando esa persona llegue a tener como una limitación a causa de la enfermedad, pues simplemente le pregunto: “¿cómo te puedo apoyar?, ¿qué hago por ti?”, porque si tú empiezas de... me pasó a mí; hubo una ocasión que necesitaba una silla de ruedas porque tuve unas quimios, ¿no? Y me decía: “a ver, ven, yo te cargo, yo te ayudo”, y yo así de: ”¡¡¡ES QUE SÍ PUEDO CAMINAR!!!”, ¿no? (*ríe*). Y bien intensa, ¿no? Les dije: “¡¡¡Es que sí puedo caminar!!! Me siento débil, pero sí puedo caminar”, y muy alterada. Y yo: “¡Oy! ¡Ay, no!”. Dije: “Está bien”. Pero yo creo que el tratar a alguien normal, ehm... eso ayuda mucho. De verdad, a la familia sí se lo diría. Trátalo como siempre lo trataste. Dale su espacio para que pueda sacar lo que él tiene o ella tenga. Y permítete a ti también, familiar, llorar, expresar, sentir, y después de que lo expresas, solamente deja fluir todo; deja fluir tus emociones y al estar todos con menos carga emocional, pues avanzamos todos juntos

y es más fácil que ayudes a alguien si estás mejor en esa parte emocional, y al estar bien tú, pues le transmites lo mismo a tu paciente.

**Yessica:** Okey, pues muchas gracias por responder esa pregunta y es la única pregunta que quería hacer.

*(Ada solicitó un paréntesis para informar al equipo de un plan que propuso con algunos compañeros del área de psicología que les pudiera ser de utilidad).*

**Antonio:** La pregunta que hizo Yess me... hizo que surgiera otra. ¿Qué recomendaciones le darías a los médicos y profesionales que integran los grupos interdisciplinarios que dan atención a pacientes con cáncer?, ¿qué recomendaciones les darías a ellos?

**Ada:** De mi hospital creo que hasta ahorita no, pero en general a otras instituciones (*ríe*) que no tienen como los mismos protocolos que aquí... ¡Empatía! ¡Empatía total! Porque me ha tocado ver médicos que son como muy groseros con los pacientes y no entienden esta parte como del mal humor, de la ansiedad, toda esa parte, empatía y... ¡Mejor preparación para esa área! Porque es un área muy complicada que no solamente como médico oncólogo y como psicólogo en oncología, especializado en oncología, ehm... no solamente es decir: “yo solamente soy médico y ya dije que tienes una célula amorfa y fin”. Y yo psicólogo: “Ah, no, todo está bien, échele ganas”. No. O sea, la preparación va más allá de tu propia área. A ti como médico también te toca hacerla a veces de psicólogo, de enfermero incluso, y hay veces que... ehm... muchas personas no atienden al paciente porque no es su área. ¿No sé si me explico el punto?, ¿no? El poder capacitarte mucho más de lo que abarca tu propia especialidad, es brindar un mejor servicio. Esa es una: el tener empatía por el paciente, pero también por la familia, ¿no? El que la familia pregunte y él: “oiga, mire”... Son como muy déspotas para responder. Al personal de enfermería sí podría como haber una mejora en la parte como de... como a veces canalizan porque a mí tocó una vez tomar una quimio en alguna institución de IMSS y, ¡Ay, no! Pésimo. Te tratan como que si en serio. Entonces, personal de enfermería y ¡todos en general deberían ir a terapia! Porque a veces la carga de trabajo, la carga que conlleva el estar con personas que están constantemente tristes deprimidos, ansiosos, enfermos, también es pesado. Y como que dejan de lado ese, bueno, dejan abandonado un poco esa parte de su propia salud emocional. Y ya vas como con el estrés a atender, como que ya no te gusta, y ya de repente ha habido médicos y enfermeras que pues por tanto convivir con un niño con cáncer como que se encariñan y ya luego no lo quieren atender y es un caos. Entonces



también atender esa parte de la salud emocional es ¡IMPORTANTÍSIMA! Y es algo que no lo tienen, que no se tiene. Entonces, mi principal recomendación es esa. Atenderte tú médico de la especialidad que sea, ehm... atenderte psicológicamente, tu empatía y el poder prepararte en muchas áreas más. No te digo que al cien, pero sí conocer lo básico de lo que puede implicar el atender a un paciente con cáncer... para que no tengas que esperar a que venga alguien y esté el paciente esperando con dolor y no puedas, pues ni siquiera saber poner una, una quimio, ¿no? Sabiendo que tú eres parte de esa parte de la quimio, y si te das cuenta todos deben trabajar en equipo. Entonces no hay como que nada mejor que si -pues- la enfermera de tu equipo no está, pues tú médico o tú psicólogo puedas: “Ah, pues yo me aviento el trabajo”. Aquí la cuestión es atender bien. Es eso, chicos, porque no, no hay empatía en esa parte. Entonces esperemos que eso vaya mejorando, que sea un punto de mejora para todos.

**Antonio:** Gracias, Ada. ¿Te gustaría agregar algo más en esta sesión?

**Ada:** No, por el momento no, chicos. Ahorita así, bien.

**Antonio:** Muchas gracias. Entonces estaríamos dando por terminada esta sesión. Te agradecemos el tiempo, el espacio, la oportunidad que nos estás consiguiendo con tus compañeros, estamos al pendiente, estamos atentos a lo que nos mandes. Igual... disponibles en todo momento y pues muchas gracias.

**Ada:** Muchas gracias a todos ustedes, chicos. Y bueno... cualquier cosa me pueden mandar mensajito en el grupo, privado, como a ustedes se les haga más fácil... y pues pasen bonito fin de semana o lo que queda de él.

**Dalila:** Ay, muchas gracias, Ada. Cuídate mucho.

**Ada:** Ustedes también cuídense mucho. No beban (*ríe*).

**Yessica:** No salimos (*ríe*).

**Ada:** Muy bien, chicos. Les mando un abrazo a todos.

**Yessica:** Igualmente, cuídate y gracias.

**Antonio:** Nos vemos, cuídate.

**Ada:** Gracias a ustedes. Nos vemos. Bye.