

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
LICENCIATURA EN MÉDICO CIRUJANO  
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**PERCEPCIÓN DE CÁNCER E IMAGEN CORPORAL EN UNA PEQUEÑA  
COMUNIDAD: "SAN FRANCISCO PUTLA"**

**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO  
CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO SAN FRANCISCO PUTLA**

**TESIS QUE PARA  
OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTA  
MARISSA GARDUÑO SANTANA**

**DIRECTORES DE TESIS  
DRA. EN HUM. MARIA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ  
PH.D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN**

**REVISORES DE TESIS  
M. EN CS. LUIS GUILLERMO DE HOYOS MARTÍNEZ  
DR. EN HUM. ARTURO GARCIA RILLO  
M. EN S. H. O. HECTOR URBANO LÓPEZ DÍAZ**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Por el maravilloso regalo de la vida, por permitirme vivir intensamente cada día, por permitirme elegir lo que me hace feliz, estar al lado de las personas que amo y por darme la oportunidad de ser su instrumento para con los otros.

### **A TI MAMÁ**

Ma. Luisa Santana, por enseñarme a ser siempre fuerte, a luchar por mis sueños, por estar conmigo y apoyarme en los momentos buenos y malos, por enseñarme siempre a vivir con valores humanos y el servicio a los demás, por enseñarme a creer y tener fe de que no debe importarme más la palabra de los hombres que la palabra de Dios.

### **A TI PAPÁ**

Alfonso Garduño, por creer en mí, por enseñarme que con dedicación empeño y entrega no existen imposibles, que no importa el tiempo que te tardes en cumplir una meta si la consigues y te hace feliz. Por enseñarme el valor de la humildad, y de que los seres humanos valemos por el simple hecho de ser.

Pero sobre todo muchas gracias a ambos por amarme tanto, y por apoyarme en este sueño que hoy se hace realidad, un triunfo que también es de ustedes, que me hace seguir una filosofía de vida y amor a mi misma y a los demás ¡Gracias mami y papi!, los amo.

### **A MIS HERMANOS**

Juan David, Alfonso y Juan Ignacio, gracias por todo su cariño, por acompañarme y crecer a mi lado, por sus palabras de ánimo cuando más las necesite y porque de cierta forma llevo una parte de cada uno de ustedes, forman parte esencial de mi felicidad.

### **A MIS PACIENTES**

Con toda mi admiración y respeto por haber atravesado momentos difíciles y por lograr seguir viviendo, por permitirme conocer su historia, sin ustedes esto no hubiese sido posible muchas gracias de todo corazón.

### **A LOS OTROS**

A mi familia, a mis maestros portadores de grandes conocimientos y experiencias, a amigos que son mis hermanos de alma, a mi novio por haber llegado en el mejor momento de mi vida y por su apoyo incondicional, gracias ya que con su discurso han contribuido a mi formación humana y profesional.

**“PERCEPCIÓN DE CÁNCER E IMAGEN CORPORAL EN  
UNA PEQUEÑA COMUNIDAD: “SAN FRANCISCO PUTLA”**

## RESUMEN

El cáncer como problema de salud a nivel mundial y en particular en México se encuentra en uno de los lugares protagónicos respecto a las principales causas de morbilidad y mortalidad.

Actualmente se reconoce que los tratamientos utilizados para combatir esta enfermedad, tales como cirugía, quimioterapia y radioterapia, traen consigo una serie de efectos adversos que afectaran al paciente no solo en su esquema, sino también en su imagen corporal.

Esta investigación se llevó a cabo mediante el análisis de tres entrevistas a pacientes con distintos tipos de cáncer, se obtuvo en esencia la percepción de cáncer e imagen corporal; todo esto basado en la teoría *“la imagen y el espejo”* de la psicoanalista Françoise Dolto.

Françoise Dolto distingue el esquema de la imagen corporal de la manera siguiente: “el esquema corporal especifica al individuo, en tanto representante a la especie, cualquiera que sea el lugar, la época y las condiciones en las que vive; la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia”<sup>(10)</sup>

La imagen corporal es lo que una persona tiene dibujado en su mente de la figura de su cuerpo, de esta autoimagen depende en muchas formas la autoestima y el autoconcepto<sup>(12)</sup>

Énfasis especial en nuestros pacientes con cáncer con un diagnóstico tardío en quienes las secuelas estéticas y funcionales del tratamiento se traducen en alteraciones de la imagen corporal y por ende deterioro en la calidad de vida, el cual impide una vida social y laboralmente activa.

## ABSTRACT

Cancer is a health problem all around the world and particularly, in Mexico, it is in the first places about the prime causes of morbidity and mortality.

Nowadays, it is recognized that treatments used to attend this illness, such as surgery, chemotherapy, and radiotherapy have with them some secondary effects that affect patients, not only their body schema, but also their body image.

This research was made based on three interviews with patients who suffer three different types of cancer. Essentially, perceptions of cancer and body image were obtained: all that based on the theory of “image and mirror” of the psychoanalyst Françoise Dolto.

Françoise Dolto makes a distinction of body schema with the following manner: “body schema defines the individual, in so far as he/she is representing the specie, no matter the place, the age and the living conditions; body image, on the contrary, is proper of each one: it is linked to the individual and his/her story”<sup>(10)</sup>

Body image is what a person has drawn in his/her mind, often self-esteem and self-concept depend on this image.

Special emphasis in our cancer patients with a late diagnosis whose a esthetic aftermaths became alterations of the body image and consequently deterioration of the life quality, which does not allow an active social and working life.

## ÍNDICE

	Página
<b>I MARCO TEÓRICO</b>	8
<b>I.1 San Francisco Putla</b>	8
<b>I.2 Cáncer</b>	8
I.2.1 Definición	8
<b>I.3 Epidemiología</b>	8
I.3.1 Epidemiología a nivel mundial	8
I.3.2 Epidemiología en México	9
<b>I.4 Cáncer ocupacional</b>	9
I.4.1 Trabajadores agrícolas	9
I.4.2 Plaguicidas	10
I.4.3 Detección y diagnóstico de cáncer ocupacional	10
I.4.3.1 Detección temprana	10
I.4.3.2 El diagnóstico temprano	10
I.4.3.3 El cribado	11
I.4.4 Tratamiento del cáncer	11
I.4.4.1 Quimioterapia	11
I.4.4.2 Radioterapia	12
I.4.4.3 Cirugía	12
<b>I.5 Imagen corporal</b>	13
I.5.1 Imagen corporal y cáncer	14
<b>I.6 Cáncer y relación médico-paciente-familia</b>	15
<b>I.7 Comunicación</b>	17
<b>II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	19
<b>II.1 Argumentación</b>	19
<b>II.2 Pregunta de investigación primaria</b>	20
<b>II.3 Preguntas de investigación secundaria</b>	20

<b>III JUSTIFICACIONES</b>	21
<b>III.1 Académica</b>	21
<b>III.2 Educativa</b>	21
<b>III.3 Científica</b>	21
<b>IV HIPÓTESIS</b>	22
<b>V OBJETIVOS</b>	22
<b>V.1 General</b>	22
<b>V.2 Específicos</b>	22
<b>VI MÉTODO</b>	23
<b>VI.1 Tipo de estudio</b>	23
<b>VI.2 Técnica</b>	23
<b>VI.3 Instrumento</b>	23
<b>VI.4 Diseño de estudio</b>	23
<b>VI.5 Categorización de variables</b>	23
VI.5.1 Esquema corporal	23
VI.5.1.1 Sensación	24
VI.5.1.2 Percepción	24
VI.5.1.2.1 Percepción sensorial	24
VI.5.1.2.2 Percepción intrapsíquica	24
VI.5.2 Imagen corporal	24
VI.5.2.1 Subcategorización	24
VI.5.2.1.1 Imagen de base	24
VI.5.2.1.2 Imagen funcional	24
VI.5.2.1.3 Imagen erógena	25
VI.5.2.1.4 Imagen dinámica	25
<b>VI.6 Familia</b>	25

VI.6.1 Subcategorización	25
VI.6.1.1 Reacción ineficaz	25
VI.6.1.2 Reacción adaptativa	25
VI.6.1.3 Relación médico-paciente-familia	25
<b>VI.7 Universo de trabajo</b>	26
VI.7.1 Población	26
VI.7.2 Muestra	26
<b>VI.8 Aplicación</b>	26
<b>VI.9 Límite de espacio</b>	26
<b>VI.10 Límite de tiempo</b>	26
<b>VI.11 Diseño de análisis</b>	26
<b>VII IMPLICACIONES ÉTICAS</b>	27
<b>VIII ORGANIZACIÓN</b>	29
<b>IX RESULTADOS</b>	30
<b>IX.1. Análisis de las narrativas</b>	30
IX.1.1. Pensamientos y sentimientos al momento del diagnóstico.	30
IX.1.2. El momento de dar malas noticias.	31
IX.1.3. Cambios del esquema corporal después del tratamiento.	32
IX.1.4. Imagen corporal, respecto a los cambios del esquema.	33
IX.1.5. Un vistazo al espejo.	34
IX.1.6. Sentimientos y acompañamiento de la familia.	35
IX.1.7. Percepción de cáncer y cambios en la vida del paciente y los familiares.	36
IX.1.8. Interacción médico - paciente.	36
<b>X. DISCUSION</b>	38
<b>XI. CONCLUSIÓN</b>	40
<b>XII. RECOMENDACIONES</b>	41
<b>XIII. BIBLIOGRAFÍA</b>	42
<b>XIV. ANEXOS</b>	44

## **I. MARCO TEÓRICO**

### **I.1. SAN FRANCISCO PUTLA**

La comunidad de San Francisco Putla está situada en el municipio de Tenango del Valle Estado de México. La palabra “Putla” deriva del náhuatl *poctlan*, *poctli* “humo” y *-lan* sufijo de “lugar”, y significa “lugar de humo”. Nombre que se le atribuye a la comunidad debido a la abundante neblina que flota en el ambiente vaporizado por las mañanas por estar asentado en una zona húmeda cercana al Nevado de Toluca.

La localidad se encuentra a una mediana altura de 2720 metros sobre el nivel del mar.

El número de habitantes hasta el 2012 según el censo de localidades SEDESOL es de 3433 habitantes <sup>(1)</sup>

Una de las principales actividades que mantienen la economía de esta comunidad es la agricultura, teniendo como principales productos: hortalizas, maíz y en el mes de noviembre la flor.

### **I.2. Cáncer.**

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en 2008 causó 7,6 millones de defunciones (aproximadamente un 13% del total). <sup>(2)</sup>

#### **I.2.1. Definición**

«Cáncer» es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte. <sup>(2)</sup>

### **I.3. Epidemiología**

#### **I.3.1. Epidemiología a nivel mundial**

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en 2008 causó 7,6 millones de defunciones (aproximadamente un 13% del total).

Los que más muertes causan cada año son los cánceres de pulmón, estómago, hígado, colon y mama.

Los tipos de cáncer más frecuentes son diferentes en el hombre y en la mujer.



Aproximadamente un 70% de las muertes por cáncer registradas en 2008 se produjeron en países de ingresos bajos y medios.

Se prevé que las muertes por cáncer sigan aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 13,1 millones en 2030<sup>(2)</sup>

### **I.3.2. Epidemiología del cáncer en México**

El cáncer ha emergido de forma importante como un problema de salud nacional; datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) del año 2007, ubican a los tumores malignos como la segunda causa de muerte en el país, (algunos reportes refieren al cáncer como la tercera), por debajo de la diabetes mellitus y por encima de las enfermedades isquémicas de corazón<sup>(3)</sup>

En México la primera causa de muerte entre mujeres entre los 30 y 59 años de edad es el cáncer, mientras que entre los 15 y 29 años es la segunda causa. En los hombres de 30 años y mayores, los tumores malignos son la tercera causa de muerte<sup>(3)</sup>

Para el año 2010 INEGI reportó 74 685 muertes por cáncer; estos datos determinan que cada día mueren en México 204 personas por cáncer, o el equivalente a “8.5 personas” cada hora<sup>(3)</sup>

## **I.4. Cáncer ocupacional**

### **I.4.1. Trabajadores agrícolas**

La agricultura representa un sector importante de la actividad económica en América Latina<sup>(4)</sup>

Al efectuar una comparación con clases sociales altas, las exposiciones a agentes cancerígenos ocupacionales son más abundantes en las clases socioeconómicas bajas y resultan en varios riesgos interclase de cánceres<sup>(4)</sup>

Debido a esto los agricultores de la comunidad de San Francisco Putla se están en una condición vulnerable, ya que al no contar con recursos para la disposición de equipos de seguridad, se encuentran gravemente expuestos, situación que culmina en asimilación directa de plaguicidas y otros agentes químicos.

Los riesgos cancerígenos especiales para agricultores y peones agrícolas, incluyen cáncer de piel y labio, del sistema linfohematopoyético, así como de cerebro, de próstata y de estómago. Las exposiciones contemplan agentes como radiación solar, por su trabajo al aire libre, aflatoxinas, emisiones de diesel, y algunos plaguicidas, solventes y virus<sup>(4)</sup>

### **1.4.2 Plaguicidas**

Se llama pesticida o plaguicida al amplio conjunto de sustancias químicas, orgánicas o inorgánicas, o sustancias naturales que se utilizan para combatir plagas o vegetales <sup>(5)</sup>

Se emplean para eliminar insectos, ácaros, hongos, roedores, caracoles, gusanos, etc. También como defoliantes, desecantes, agentes para reducir la densidad, evitar la caída y/o deterioro de la fruta, entre otros <sup>(5)</sup>

Se agrupan según sus usos en: Insecticidas, fungicidas, herbicidas, nematocidas, acaricidas, defoliantes, mitocidas, roenticidas, anticriptogámicos <sup>(5)</sup>

Las categorías más utilizadas son: insecticidas, fungicidas y herbicidas.

### **I.4.3. Detección y diagnóstico del cáncer ocupacional.**

#### **I.4.3.1 Detección temprana**

La mortalidad por cáncer se puede reducir si los casos se detectan y tratan a tiempo. Sin embargo la mayoría de los pacientes que padecen cáncer de origen ocupacional en la comunidad de San Francisco Putla, acuden cuando el proceso maligno ya ha tenido un avance tan importante que para el momento de su diagnóstico e inicio de tratamiento ya ha ocurrido metástasis.

Las actividades de detección temprana tienen dos componentes:

#### **I.4.3.2 El diagnóstico temprano**

Consiste en conocer los signos y síntomas iniciales (como en el caso de los cánceres del cuello uterino, de mama o de boca) para facilitar el diagnóstico y el tratamiento antes de que la enfermedad alcance una fase avanzada <sup>(6)</sup>

Para realizar un diagnóstico de cáncer en el primer nivel de atención, no se necesita echar mano de tecnología avanzada que se encuentra en los hospitales de segundo nivel de atención, basta con saber cuándo sospechar que el paciente puede tener cáncer, o más acertadamente tener en mente que la enfermedad “cáncer”, no es un diagnóstico exclusivo del segundo o tercer nivel de atención y con todo esto utilizar uno de los instrumentos más valiosos de los cuales debe estar suficientemente dotado el médico general “la clínica”, que nos proveerá de datos que en muchos tipos de cáncer tales como el linfoma o el carcinoma basocelular son suficientes para llevar a cabo el diagnóstico temprano, que permita al paciente un tratamiento oportuno.

Los programas de diagnóstico temprano son particularmente importantes en entornos con pocos recursos donde la mayoría de las neoplasias se diagnostican en fases muy avanzadas y donde no hay programas de detección <sup>(6)</sup>

### **I.4.3.3 El cribado**

Es la aplicación sistemática de una prueba de detección en una población asintomática con el fin de descubrir a los pacientes que presentan anomalías indicativas de un cáncer determinado o de una lesión precancerosa y así poder diagnosticarlos y tratarlos prontamente. Los programas de cribado son especialmente eficaces en relación con tipos de cáncer frecuentes para los cuales existe una prueba de detección costoeficaz, asequible, aceptable y accesible a la mayoría de la población en riesgo <sup>(6)</sup>

Actualmente el ISEM (Instituto de salud del estado de México) realiza cribados a través de sus unidades de primer nivel de atención, donde los principales tipos de cáncer detectables son:

- Cáncer cervicouterino por medio de realización de citología exfoliativa y análisis de frotis de papanicolau.
- Mastografía: detección de cáncer de mama.
- Prueba rápida de detección de antígeno prostático elevado: cáncer de próstata.

En estos momentos por tanto no es una realidad el cribado de tipos de cáncer de origen ocupacional seguramente a la falta de incursión en dicha problemática y a los factores costo-riesgo beneficio.

### **I.4.4 Tratamiento del cáncer.**

El tratamiento del cáncer requiere una cuidadosa selección de una o más modalidades terapéuticas, como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia. Esto depende del tipo de cáncer, órganos afectados, metástasis, estado general del paciente, etc.

El objetivo consiste en curar la enfermedad o prolongar considerablemente la supervivencia y mejorar la calidad de vida del paciente. El diagnóstico y el tratamiento del cáncer se complementan con el apoyo psicológico.

#### **I.4.4.1 Quimioterapia**

La quimioterapia consiste en la administración de fármacos antineoplásicos que provocan la destrucción de las células tumorales, al obstaculizar sus funciones, incluida la división celular, se emplea ante todo para el tratamiento de neoplasias generalizadas, aunque a veces se utiliza para lesiones localizadas como coadyuvante de otros tratamientos.<sup>(7)</sup>

Aunque la quimioterapia se administra para destruir las células del cáncer, también daña las células normales. Las células normales que con más probabilidades resultan dañadas son aquellas que se dividen en:

- Células sanguíneas/de la médula ósea.
- Células de los folículos pilosos.
- Células del recubrimiento del tracto digestivo.
- Células del recubrimiento del tracto genital<sup>(7)</sup>

#### **I.4.4.2 Radioterapia**

La radioterapia es el empleo de partículas o rayos ionizantes de alta energía para combatir a las células cancerígenas. Deposita energía que lesiona o destruye a las células en el área de tratamiento (el tejido blanco u objetivo) al dañar el material genético (ADN) de células individuales, evitando su crecimiento y multiplicación <sup>(8)</sup>

Al igual que la quimioterapia la radioterapia daña algunas células, principalmente:

- Células de los folículos pilosos.
- Células del recubrimiento del tracto digestivo.
- Células del recubrimiento del tracto orofaríngeo <sup>(8)</sup>

#### **I.4.4.3 Cirugía**

La cirugía constituye uno de los tratamientos predilectos en algunos tipos de cáncer en los cuales de no realizarse dicho procedimiento no sería posible la detención del proceso maligno; existen diferentes tipos de cirugía dependiendo del tipo de cáncer, pero el que de mayor impacto ocurre en la afección de la imagen corporal son las amputaciones, puesto que representa una pérdida del equilibrio de esta <sup>(9)</sup>

Todos los tratamientos antes mencionados son altamente agresivos y tienen efectos adversos que hacen que se vea afectada la imagen corporal del paciente, tal es el caso de la quimioterapia en la cual la principal afectación es la pérdida del cabello, o la radioterapia que deteriora el estado general de la piel y las mucosas y qué decir de las amputaciones que son en algunos casos específicos la pérdida angular del tratamiento.

## I.5 Imagen corporal.

Desde el punto de vista psicológico el concepto de imagen corporal se aplica en un sentimiento que tenemos de nuestro propio cuerpo de nuestro espacio corporal.

Exponer la idea de imagen corporal resulta extremadamente apasionante ya que a pesar de ser una concepción que se tiene ya desde el siglo pasado, aun en la actualidad resulta difícil el conocimiento y reconocimiento de su estudio. Por tal motivo es de gran interés conocer las propuestas de dos grandes psicoanalistas Françoise Dolto y Jaques Lacan que brillan con sus teorías “El niño y el espejo” y “El estadio del espejo” sucesivamente.

Françoise Dolto distingue el esquema de la imagen corporal de la manera siguiente: “el esquema corporal especifica al individuo, en tanto que representante de la especie, cualquiera que sea el lugar, la época y las condiciones en las que vive; la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia”<sup>(10)</sup>

Es específica de una libido en situación, de una relación libidinal. Resulta de ello que el esquema corporal es en parte inconsciente, pero también preconscious y consciente, mientras que la imagen del cuerpo es inminentemente inconsciente, es la síntesis viviente de nuestras experiencias emocionales<sup>(11)</sup>

El esquema corporal es común a la especie humana según sea hombre o mujer. Se refiere a la experiencia carnal según nuestro contacto con el mundo, funciona como el intérprete activo y pasivo de la imagen inconsciente del cuerpo. La imagen inconsciente del cuerpo se constituye por la interrelación de tres aspectos, el estructural, el genético y el relacional<sup>(12)</sup>

El aspecto estructural se refiere a la articulación dinámica de la imagen de base, la imagen funcional y la imagen erógena. La imagen de base permite al niño sentirse en continuidad existencial, es decir, vivir en la mismidad del ser, sensación de cuerpo cohesado desde el nacimiento hasta la muerte. La imagen de base se refiere a lo biológico-vegetativo propio de cada castración (sistema respiratorio, olfativo y auditivo en la castración umbilical, y zona bucal, laringe y faringe en la castración oral) y en ella es donde se puede captar el conflicto entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte. Además se vincula la pulsión de muerte al dormir, lo cual permite reconectarnos de nuevo con la pulsión de vida. Los trastornos del sueño, estados de ansiedad o fóbicos dan cuenta de la pérdida del sentimiento de vivir en continuidad existencial, del fallo en este proceso de desconexión-conexión.

La imagen funcional es la imagen estética de un sujeto que tiende al movimiento para satisfacer el deseo. Se refiere a la funcionalidad del esquema corporal que posibilita y a la vez integra la experiencia relacional consigo mismo y con el otro (en la oralidad, la succión; en la motricidad)<sup>(12)</sup>

Sostiene Dolto que el esquema corporal es una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal, al contacto del mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o

indelebles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, circulatorias, todavía llamadas cenestésicas.

Ciertamente las afecciones orgánicas, pueden provocar trastornos del esquema corporal y estos, debido a la falta o interrupción de las relaciones del lenguaje, pueden acarrear alteraciones pasajeras o definitivas de la imagen corporal.

La imagen del corporal es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales.

Para comprender mejor la imagen corporal es fundamental conocer la obra de Lacan acerca de su teoría del estadio del espejo, en la cual expresa que en la infancia (al igual que Françoise Dolto) la edad promedio de reconocimiento de la imagen en el espejo es entre los 6 y los 18 meses; en esta Lacan observa que el reconocimiento va acompañado de una expresión jubilosa. Sin embargo antes de esta edad tenemos la postura oposicional en la cual Lacan describe un cuerpo descoordinado al cual llama cuerpo fragmentado.

No olvidar que la imagen corporal no es dada y de una vez desde el nacimiento.

### **I.5.1 Imagen corporal y cáncer**

“Los ojos y los oídos son malos testigos cuando están a cargo de una mente que no entiende su lenguaje” (Parménides 500 A.C)

La imagen corporal es lo que una persona tiene dibujado en su mente de la figura de su cuerpo, de esta autoimagen depende en muchas formas la autoestima y el autoconcepto<sup>(12)</sup>

Énfasis especial en nuestros pacientes con cáncer con un diagnóstico tardío en quienes las secuelas estéticas y funcionales del tratamiento se traducen en alteraciones de la imagen corporal y por ende deterioro en la calidad de vida, el cual impide una vida social y laboralmente activa.

El paciente debe enfrentarse primero con la inminente y, en algunos casos prematura muerte, después debe aceptar el hecho de la pérdida o cambio radical de alguna parte de su cuerpo. Desafortunadamente el hecho de que la sociedad otorgue demasiada importancia al atractivo físico, puede imponer cargas adicionales sobre estos pacientes<sup>(13)</sup>

El modo en el que el individuo vivencia la experiencia asociada al cáncer ciertamente está ligado a la psico-biografía, al contexto personal y social en que se encuentra el paciente al sobrevivir la enfermedad<sup>(13)</sup>

Según Holland la psicooncología se centra en el sufrimiento de la mente que ocurre con el cáncer, y que incorpora las dimensiones psicológicas, sociales, existenciales y espirituales, buscando ayudar al paciente a encontrar un significado tolerable a la presencia de una enfermedad intrusa y no bienvenida que constituye una amenaza para el futuro y para la vida misma.

Aquellas personas cuya apariencia física es muy importante tienden a posponer a menudo los tratamientos, en especial si se trata de cirugía, o tratan de encontrar opciones extra quirúrgicas. Sin embargo si no lo consiguen y se lleva a cabo el tratamiento pueden sufrir depresión.

Minear y Lucente señalan que la pérdida de una parte del cuerpo, de sus funciones, tanto en la estructura como de la imagen corporal llevará a una reacción de aflicción. Estas reacciones son generalmente autolimitadas y muchas ocasiones no requieren atención psicológica específica, más allá de una actitud de apoyo<sup>(13)</sup>

Es importante exponer los puntos a los cuales hace referencia Lacan en su obra. El reconocimiento de la imagen corporal a través del espejo es pues una manera de ejemplificar que el ser humano en su infancia reconoce, la dualidad “Je” (refiriéndose al lado inconciente) y “moi” (el lado de corporeidad) y puesto que esto se hace desde la infancia podemos decir que a lo largo de la vida del ser humano existen situaciones en las cuales esta imagen corporal bien conformada gracias a el discurso del “Otro”, puede fragmentarse de igual manera con el discurso del “Otro”, identificando al “Otro” como las demás personas del entorno social del individuo, que de muchas formas tienen influencia en el ser humano, tal es el caso de nuestros pacientes con cáncer en quienes se ve fragmentada la imagen corporal debido a los tratamientos y discursos que pudiesen haber recibido de personas con quienes conviven a lo largo de la historia natural de la enfermedad.

Así mismo los efectos secundarios de los tratamientos que se utilizan para tratar el cáncer principal desencadenante de la fragmentación, la cual se ve reforzada por el mal discurso del “Otro”, que nos lleva a reflexionar si el personal de salud está capacitado para dar un buen discurso.

## **I.6 Cáncer y relación médico-paciente-familia**

“El tratamiento de una enfermedad debe ser totalmente impersonal y el cuidado del paciente totalmente personal” (Sánchez, 2002)<sup>(14)</sup>

Como ya hemos descrito anteriormente el cáncer es un problema de salud a nivel mundial, además de ser un padecimiento para el cual las medidas de prevención y procesos del tratamiento no han resultado lo satisfactorio que sería deseable. Por eso es de vital importancia que exista una buena relación médico-paciente – familia, ya que el objetivo del tratamiento de todo paciente sea cual sea su enfermedad es aumentar los índices de sobrevivencia teniendo siempre en cuenta mejorar su calidad de vida.

Es importante tomar en cuenta que la OMS define a la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Así el cáncer no solo afecta la salud física sino también la social y la mental de la persona.

Al respecto de la salud mental, ante el diagnóstico de cáncer, suele generarse una reacción de shock, incredulidad y ansiedad muy intensa en la que se involucran una serie de respuestas emocionales, como sentimientos de profunda tristeza, una

expectativa de vida con dolor, disforia, anhedonia, trastornos del sueño, cambios en el apetito, fatiga, y/o lentitud psicomotora, baja autoestima, sensación de culpa, dificultad de concentrarse, dificultad para tomar decisiones y pensamientos e ideación suicida<sup>(14)</sup>

La relación médico- paciente- familia es una avenida tridimensional, basada en la ética y la confianza, cuyo objetivo principal es concentrarse en el paciente, de ahí que este ocupa la punta superior de la triada, apoyándose en el equipo de salud y en la familia, hoy en día se considera que la mejor relación médico- paciente-familia, es aquella enfocada en el enfermo, la atención centrada en el paciente debe ser congruente con y sensible a las necesidades y preferencias del paciente. De esta manera, se reconoce al paciente como una persona autónoma, capaz de decidir cómo quiere vivir el proceso de enfermedad, y en su caso, el de morir<sup>(14)</sup>

Sánchez (2002) y Ordóñez y Lacasta (2005), refieren cuatro modelos principales de relación médico-paciente, como los aceptados en la actualidad:

1. **Modelo Paternalista o Instrumental.** Es el clásico modelo de relación, en el cual se considera al enfermo como un ser frágil e inmaduro al que se debe guiar. El médico activamente selecciona la intervención que le permita cumplir con su objetivo, sin considerar en lo absoluto las preferencias del paciente, el médico toma la decisión terapéutica al objetivar los valores y decidir por el enfermo. El paciente no interviene.
2. **Modelo Informativo.** También llamado método científico, técnico o del “consumidor-usuario”. El experto (médico) informa sobre diversas técnicas diagnósticas y terapéuticas, observa regularmente los valores del paciente pero no decide por él.
3. **Modelo Interpretativo.** Se proporciona información, opciones y consecuencias. Se ayuda al paciente a aclarar y articular sus valores, se recomienda el tratamiento en relación con éstos. Su papel es meramente consultivo. El paciente decide en función de los valores interpretados.
4. **Modelo Deliberativo, Participativo o Colaborativo.** Se discuten y desarrollan valores con el paciente, se le ayuda a elegir entre determinados valores relacionados con la salud. Se emplea la persuasión moral pero no la manipulación. Se recomiendan tratamientos respetando los valores, y se coadyuva al paciente en la selección adecuada del plan médico a seguir. La decisión la toma el paciente, con base en la información recibida. El médico y el enfermo dilucidan, pero el paciente decide, desarrolla e identifica a través de una discusión en colaboración con su médico, las mejores alternativas para él.

Sánchez (2007), refiere que los elementos que facilitan al médico una buena relación médico-paciente son: conocimientos médicos sólidos, autoconfianza fundada en la competencia, control emocional, cordialidad, empatía y flexibilidad, lo que actualmente se ha descrito como “Medicina Asertiva”<sup>(14)</sup>



Méndez (2004) señala que la relación médico-paciente es la interacción que se establece con empatía y comunicación, en la cual es recomendable verbalizar los miedos e ideas sobre la enfermedad y tratamiento; así como comprender la información para que la propuesta de tratamiento tenga un buen inicio, y disminuya la posibilidad de abandonarlo. Se ha demostrado que contar con información es una de las mejores formas para disminuir la ansiedad, que provoca un diagnóstico de cáncer.<sup>(14)</sup>

## I.7 Comunicación

El estudio de la comunicación es un amplio campo y su análisis en los contextos de cuidado de la salud posee una rica historia de investigación. En un estudio realizado en México sobre las quejas de los pacientes en la atención médica, se señala que, gran parte de ellas son recibidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), subyace un problema de relación médico paciente.

En el esfuerzo por entender esta relación, Ong, Haes, Hoss y Lammes, señalan tres elementos que interactúan:

- *Variables contextuales:* incluyen la cultura, los tipos de pacientes y clínicos, y las características de la enfermedad.
- *Variables del proceso:* aquellas que ocurren dentro del encuentro, que comprenden los tipos de comunicación.
- *Resultados en el paciente:* aspectos posteriores a la consulta que se ven influidos por los componentes anteriores, entre ellos están la satisfacción, adherencia, enfrentamiento, calidad de vida y morbilidad psiquiátrica.

La comunicación requiere respeto y confianza mutua, así como fuertes herramientas de atención; es definida frecuentemente como “dar a conocer”, pero de acuerdo a su derivación latina *communis* significa “en común, compartir”. La buena comunicación mejora la precisión del diagnóstico, el manejo de decisiones y reduce las investigaciones innecesarias y tratamiento inapropiados.

La comunicación entre médicos y pacientes es un fenómeno que reúne dos individuos en posiciones desiguales, con frecuencia no es voluntaria, comprende asuntos de vital importancia, es abrumadora emocionalmente y requiere de una cercana cooperación. Asimismo, se vincula a elementos culturales; en este marco, Kim, Kingle, Sharkey, Park, Smith y Cai, proponen que la gente de culturas individualistas tienden a un estilo de comunicación más directo y asertivo; mientras que personas pertenecientes a culturas colectivistas, como nuestro país, muestran un estilo indirecto, respeto por la autoridad y adaptación a los otros.

La elección del estilo de comunicación dará la pauta para incentivar la confianza, transmitir seguridad, lograr que el paciente sea más participativo durante la

consulta y desarrollar lazos terapéuticos significativos que involucren y ofrezcan control al paciente para que tome parte activa en su proceso de salud.

## II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### II.1 Argumentación

El cáncer como problema de salud a nivel mundial y en particular en México se encuentra en uno de los lugares protagónicos respecto a las principales causas de morbilidad y mortalidad; en el Estado de México en los principales sistemas de salud se han hecho innumerables esfuerzos para la detección oportuna y tratamiento de los principales tipos de cáncer que atañen a la población mexiquense: cáncer de mama, cáncer cervicouterino en el caso de las mujeres y por parte de los hombres detección de cáncer de próstata, sin embargo para los muchos otros tipos de cáncer no existen formas de detección o estrategias de prevención.

A pesar de que en México ya se cuenta con tecnología de punta para llevar a cabo tratamientos que brindan la oportunidad de la prolongación de vida, en algunos lugares que se encuentran alejados de las grandes ciudades por ejemplo la comunidad de San Francisco Putla donde la distancia a la ciudad de Toluca es relativamente corta, el paciente aun no cuenta con la información ni educación adecuada respecto al cáncer. Sin embargo programas como el seguro popular permiten al paciente que desafortunadamente cuenta con un diagnóstico de cáncer tener acceso al tratamiento que como sabemos debido a los efectos secundarios dañara irremediablemente su imagen corporal.

El conocimiento de nuestro paciente de una manera más completa con respecto a la percepción que tienen los pacientes de cáncer e imagen corporal, nos permitirá ahondar en una de las esferas más importantes del ser humano, la psicológica, que de manera innegable nos permitirá abrir una puerta de seguridad y confianza que contribuya al cambio de paradigmas, en donde la comunidad perciba al médico no como una persona fría sino como alguien que puede brindarle una atención de calidad y calidez.

De esta manera y en particular en el contexto de un médico pasante es una oportunidad de aprender a tratar al paciente de una manera holística es decir integradora que nos haga ser diferentes, volver a las buenas enseñanzas de antaño en donde lo más importante es no hacer daño y por supuesto acompañar al paciente durante el curso de su situación vulnerable la “enfermedad”.

## **II.2 Pregunta de investigación primaria**

¿Qué percepción tienen los pacientes y familiares acerca del cáncer y la imagen corporal en la comunidad de San Francisco Putla?

## **II.3. Preguntas de investigación secundaria.**

¿Qué significado tiene para el paciente y su familia la enfermedad cáncer?

¿Cómo percibe el paciente y la familia el cambio en su imagen corporal respecto al tratamiento?

¿Qué reacciones experimentan el paciente y su familia tras el diagnóstico y el tratamiento del cáncer?

¿Qué problemas enfrentaron pacientes y familiares respecto al trato del personal médico en el transcurso de su enfermedad?

¿Cómo viven y perciben pacientes y familiares el momento actual del curso de su enfermedad?

## **III JUSTIFICACIONES**

### **III.1. Académica**

Además de proveer una experiencia en investigación que ayudara al mejor desempeño en mi futuro profesional.

### **III.2. Educativa**

De vital importancia es reconocer que la educación hoy en día debe ser eso un proceso en el cual se aprenda y no solo se informe, con esto quiero decir que en cuestión del cáncer y en particular los efectos secundarios del tratamiento conocer acerca de la imagen corporal nos permitirá un cambio de paradigmas respecto a la atención, médica en el primer nivel de atención, formando médicos más humanos capaces de relacionarse de tal manera con el paciente.

### **III.3. Científica**

Actualmente las pequeñas comunidades de nuestro país llevan a cabo actividades como la agricultura que los exponen a agentes químicos como los plaguicidas, de los cuales se conocen sus efectos potencialmente carcinogénicos. Conocer aspectos integradores de la persona tales como biológico, psicológico y social, será de gran utilidad para poder contribuir al desarrollo de estrategias que permitan por medio de la investigación científica cualitativa conocer aspectos emocionales que se han dejado a un lado por considerarse meramente subjetivos, pero que en realidad forman parte fundamental de las bases para el éxito del tratamiento.

## **IV. HIPÓTESIS**

El esquema corporal y, por consecuencia, la imagen corporal de un paciente con cáncer de origen ocupacional, se ven perjudicados a causa de los efectos secundarios del tratamiento. Es por eso que también se afecta la percepción que tienen los mismos pacientes y sus familiares de esta imagen.

## **V. OBJETIVOS**

### **V.1. General**

- Comprender las vivencias que tienen los pacientes y familiares acerca del cáncer y la imagen corporal en la comunidad de San Francisco Putla.

### **V.2. Específicos**

- Comprender el significado de cáncer para el paciente y su familia.
- Comprender las vivencias del paciente y la familia en el cambio de la imagen corporal respecto al tratamiento del cáncer.
- Conocer las reacciones que experimentan el paciente y su familia tras el diagnóstico y el tratamiento del cáncer.
- Conocer los problemas que enfrentaron pacientes y familiares respecto al trato del personal médico en el transcurso de su enfermedad.
- Comprender como viven y perciben pacientes y familiares el momento actual del curso de su enfermedad.

## **VI.- MÉTODO**

**VI.1. Tipo de estudio:** Cualitativo etnográfico.

**VI.2. Técnica:** Historia de vida.

**VI.3. Instrumento:** Entrevista abierta a profundidad

**VI.4. Diseño de estudio.**

La recolección de datos se llevó a cabo por medio de la técnica entrevista abierta, esto permitió la libertad de expresión, y por lo tanto la comunicación no se obtuvo de manera forzada sino de forma fluida y amena.

Se realizaron 3 entrevistas a diferentes personas, 2 de ellas fueron de manera indirecta debido al fallecimiento de los pacientes con quienes se tuvo el contacto previamente.

Las entrevistas se llevaron a cabo en los domicilios, esto creo una atmosfera de seguridad y confianza. Se grabaron las entrevistas con el fin de realizar su análisis cualitativo. Muy importante mencionar que se utilizaron consentimientos informados así como el anonimato de los participantes.

**VI.5. Categorización de variables**

**VI.5.1. Esquema corporal**

Es un término utilizado en Psiquiatría y Neurología para designar la complejidad neuro-psicológica que incluye aspectos perceptivos, cognitivos y afectivos, no es propia de cada sujeto sino compartida, es representante de la especie, ya sea hombre o mujer. Es en parte inconsciente, preconscious y consciente. Es pues la proyección espacial de los estímulos periféricos en el cortex cerebral.

El esquema corporal se reevalúa permanentemente en el espacio y en el tiempo y en el contacto con los otros.

**VI.5.1.1. Subcategorización**

**VI.5.1.1.1 Sensación.**

Es el producto de la acción de un estímulo sobre el órgano sensorial, la que a posteriori será registrada en la conciencia ya que por medio de elaboraciones psíquicas se convertirá en percepción.

### **VI.5.1.1.2 Percepción.**

Esta es una actividad determinada por la atención, es decir que se lleva a cabo cuando el individuo produce un estrechamiento voluntario de la conciencia y se concentra en un punto determinado.

#### **VI.5.1.1.2.1 Percepción sensorial**

Es la parte en donde se pone en marcha la actividad del sistema nervioso central, meramente funcional.

#### **VI.5.1.1.2.2 Percepción intrapsíquica**

Va más allá de lo fisiológico pero también lo incluye, es selectiva ya que captura las complejas vivencias intelectuales resultantes de la elaboración del pensamiento y vivencias de la vida psíquica; es esta la que nos permite discriminar las sensaciones puesto que el modelo postural de cada ser humano está relacionado con el de los demás. Esto conjunta los aparatos sensoriales: los que captan los estímulos externos “sentidos externos” (vista, oído, gusto, tacto y olfato) y los que captan el mundo interno del individuo (sentido de la orientación, el sentido kinésico o cinético y el sentido cenestésico).

### **VI.5.2 Imagen corporal**

Es la representación del cuerpo en tanto que representación, es huella mnémica, inscripción en el psiquismo.

Es “otro cuerpo” distinto al que estudia la medicina, portador incuestionable de deseo.

Es memoria inconsciente de lo percibido y vivido por los sentidos antes y ahora, en constante y continua construcción y destrucción. Es propia de cada sujeto, es soporte del narcisismo y de la identidad del yo.

#### **VI.5.2.1 Subcategorización**

##### **VI.5.2.1.1 Imagen de base**

Tiene que ver con la mismidad del ser, es la dominación de las pulsiones de vida sobre las pulsiones de muerte.

##### **VI.5.2.1.2 Imagen funcional.**

Ayuda al cumplimiento del deseo del individuo ya que permite la relación con el otro y el mundo.



### **VI.5.2.1.3 Imagen erógena.**

Lugar donde se focaliza placer o displacer erótico en relación con el otro.

### **VI.5.2.1.4 Imagen dinámica.**

Corresponde al deseo de ser y de preservar en el advenir este deseo. Un sujeto con derecho a desear.

## **VI.6 Familia**

La familia puede definirse como todo grupo de individuos relacionados biológicamente, emocional o legalmente. Esto incluye todas las formas de familias tradicionales y no tradicionales, como parejas no casadas, familias combinadas (formadas por las parejas anteriores y las nuevas, y sus respectivos hijos) y parejas de homosexuales. El contexto familiar relevante puede incluir a los miembros de la familia que vivan lejos del paciente o a todos los residentes de un centro social para individuos con retrasos del desarrollo.

La familia al enfrentarse al diagnóstico de cáncer presenta comportamientos de miedo, asociados al hecho de que la enfermedad es considerada mortal o por la imposibilidad de cura. Así, los familiares, en la mayoría de los casos, demostraron reacciones ineficaces, afectando el equilibrio y la dinámica familiar.

### **VI.6.1 Subcategorización**

#### **VI.6.1.1. Reacción ineficaz.**

Comportamientos y actitudes de la familia ante el diagnóstico de cáncer, que no permiten o facilitan la adaptación o aceptación del diagnóstico a la paciente.

#### **VI.6.1.2 Reacción adaptativa.**

Comportamientos y actitudes de la familia que permiten al paciente con diagnóstico de cáncer superarse emocionalmente.

#### **VI.6.1.3. Relación médico –paciente- familia**

La relación médico- paciente- familia es una avenida tridimensional, basada en la ética y la confianza, cuyo objetivo principal es concentrarse en el paciente, de ahí que este ocupa la punta superior de la triada, apoyándose en el equipo de salud y en la familia, hoy en día se considera que la mejor relación médico- paciente-familia, es aquella enfocada en el enfermo, la atención centrada en el paciente debe ser congruente con y sensible a las necesidades y preferencias del paciente.

De esta manera, se reconoce al paciente como una persona autónoma, capaz de decidir cómo quiere vivir el proceso de enfermedad, y en su caso, el de morir.

## **VI.7 Universo de Trabajo.**

Tres pacientes distintos con diagnóstico de cáncer, que acudieron y acuden al Centro de Salud Rural Disperso San Francisco Putla.

### **VI.7.1 Población.**

No es necesario por tratarse de un estudio cualitativo.

### **VI.7.2 Muestra.**

No es necesario por tratarse de un estudio cualitativo.

## **VI.8. Aplicación.**

Se realizaron 3 entrevistas en el domicilio de los pacientes previa autorización bajo consentimiento informado, dichas entrevistas se programaron 1 por semana y el tiempo de duración fue libre (aproximado de 25 a 30 minutos).

## **VI.9. Límite de espacio**

Las entrevistas se realizaron en el domicilio de los pacientes y el análisis de resultados en el Centro de Salud Rural disperso San Francisco Putla.

## **VI.10. Límite de tiempo.**

Se realizó en el periodo comprendido del 1 de marzo del año 2013, al 1 de septiembre 2013.

## **VI.11. Diseño de análisis.**

Análisis del discurso de las entrevistas.

## VII.- IMPLICACIONES ÉTICAS

El término bioética se atribuye precisamente a un oncólogo, el estadounidense Van Rensselaer Potter, en el año de 1971, aunque el desarrollo de la bioética ha venido evolucionando desde 1962 con el surgimiento del código de Nuremberg el cual tiene el mérito de haber sido el primer documento que planteó explícitamente normas éticas en la práctica médica. A partir de esas fechas la ética médica se ha ido desarrollando y se encuentra completamente adherida a nuestra enseñanza y práctica profesional. En el contexto de nuestra investigación creemos fielmente que el tratamiento integral de un paciente con cáncer debe atender no sólo necesidades físicas sino también psicológicas y sociales de él y de sus familiares, ya que en esta época hay que encontrar la belleza en la totalidad y significados compartidos, puesto que somos, lenguaje, costumbres, diversidad, dinamismo cultural; lo cual compete de manera directa al actuar ético.

Las implicaciones éticas son la parte más importante del conocimiento y práctica del investigador, trabajar con ellas quiere decir que se incorporarán en todo el transcurso de la investigación.

Los principios del investigador se encuentran en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en donde se encuentran puntos particulares de los investigadores: su participación como persona calificada con la supervisión de un médico con competencia clínica. Para lograr el progreso en la salud se recurre a la práctica de experimentos en seres humanos, la mayor preocupación recae sobre buscar el bienestar de ellos, por lo que las implicaciones están sujetas a la ética y a la moral que promueven el respeto en todos los humanos, susciten y protejan su salud y sus derechos individuales. Identificando con ello las necesidades particulares de las mujeres.

Para el estudio se consideran como principios básicos: a) Proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano; b) formulación de un protocolo de investigación describiendo el procedimiento; c) establecer riesgos y beneficios previsible para el individuo y para otros; d) la participación de las personas debe ser voluntaria e informada; e) Proteger la integridad física y mental de la participante y su personalidad; f) informar sobre los objetivos, método, beneficios calculados y riesgos previsible derivadas del experimento, bajo consentimiento informado; g) se publicaran los datos y resultados con precisión.

Estos principios deben estar incorporados en el investigador así como el médico que supervisa este proyecto como parte básica del trabajo que se realizará; otras implicaciones a considerar en la investigación son: la no violencia, el derecho de escuchar y ser escuchado.

La no violencia es quedarse con lo natural de las personas, ya que si uno utiliza la fuerza con las personas, se promueven las resistencias, para lo cual se tomará en cuenta una actitud de aceptación y de atención para identificar a la persona como totalidad, una persona con su propia historia, sus propias ideas, imágenes, necesidades, capacidades, deseos y carencias.

El derecho de escuchar y ser escuchado, con una actitud de solicitud y disponibilidad, para el logro de la armonía en el trabajo, aprender a escuchar es un recurso, que debe tener en cuenta el investigador, su habilidad permitirá entablar y lograr más resultados en el momento de participar directamente.

Al estar inmerso en el campo de la medicina, siempre estaremos en contacto con la delicada y preciada vida del un ser humano, por eso es muy importante que nuestra conducta este siempre guiada por principios éticos y humanos.

## VIII ORGANIZACIÓN

- **Límite de espacio**

Por tratarse de un estudio etnográfico de llevo a cabo en el domicilio de los pacientes a los cuales se les realizo la entrevista, esto nos permitió obtener la esencia real de su cultura.

El análisis de resultados se llevo a cabo en el CSRD San Francisco Putla, así como en la Facultad de Medicina, con el apoyo de los directores de tesis.

- **Tesista:**

La investigación se realizó por la alumna pasante de la licenciatura de Médico Cirujano Marissa Garduño Santana.

- **Directores de tesis**

Dra. En Hum. María Luisa Pimentel Ramírez

PH.D. Mario Enrique Arceo Guzmán

## IX RESULTADOS

### IX.1. Análisis de las narrativas.

#### IX.1.1. Pensamientos y sentimientos al momento del diagnóstico.

Narrativa del paciente:

*“...ella siempre ha sido muy fuerte...cuando nos lo dijo nunca lloro, nunca lloro siempre fue muy, es decir, incluso ella nos decía, pues yo ya no me atiendo, pues primero son costosos primero los tratamientos...”*

*“Siento que ella fue muy fuerte hasta el final y a lo mejor si tuvo dolores o lo que sea, trataba de que nosotros no nos diéramos cuenta. Pues siento que si sufrió, pero no, nosotros no la vimos de esa forma, pues que ella nos haya transmitido su dolor, no, siempre fue muy fuerte”* (Entrevista 3)

Narrativa del familiar:

*“Bueno en ese momento, pues era un momento de angustia, esteee, pues como que a uno en ese momento se le cierra el mundo, que **“crees que porque tiene un cáncer se va a morir en el momento”**, o sea, bueno, uno lo siente así porque la verdad hasta uno llega el momento de que te deprimas, te deprimas porque en ese momento no sabes que hacer...”* (entrevista2)

*“Este bueno heee, lo consensamos en la familia pero era algo que no lo podíamos aceptar porque aunque nos lo dijeron en dos instancias siempre quisimos ver otra opción, porque no, no lo aceptábamos como tal, porque aparte era algo nuevo para nosotros nunca habíamos tenido algún familiar que tuviera esta enfermedad y muy cercano”*

*“Entonces cuando nos dijeron que tenía cáncer pues si fue algo muy fuerte para la familia, primero para ella porque pues si fue muy duro y después bueno para nosotros pues porque **“no sabíamos cómo ayudarla, como apoyarla.”**”* (Entrevista 3)

Para la mayoría de las personas hablar de cáncer significa hacer referencia a graves enfermedades (por lo general muy agresivas, o que pueden generar importantes disfunciones), así como a tratamientos invasivos, o incluso a la muerte.

El diagnóstico de cáncer puede ser considerado en general como un evento vital estresante que afectará no sólo al individuo que lo recibe, sino también a su entorno familiar y social más directo. Como todo suceso estresante, el cáncer no

produce el mismo impacto en todos los individuos, si bien el proceso más común consiste en que, si se produce la interpretación o valoración del evento como una amenaza, se generará una reacción emocional de ansiedad, que tenderá a ser más intensa en la medida en que el individuo perciba que sus recursos para afrontar esta amenaza no son suficientes para controlar o manejar las consecuencias negativas que se prevén.<sup>(22)</sup>

La valoración del suceso como una pérdida importante (de salud, de bienestar psicológico, de esperanza de vida, etc.) puede producir una reacción de tristeza, que desencadenará en depresión.

### **IX.1.2. El momento de dar malas noticias.**

Podemos definir mala noticia a aquella que drásticamente y negativamente altera la perspectiva del paciente en relación con su futuro. De esto se desprende que lo malo de la noticia depende de cuál es la perspectiva del paciente en relación con su futuro, perspectiva única e individual.<sup>(23)</sup>

Se trata de una tarea no placentera. Los médicos no deseamos quitarle la esperanza al paciente. Por otro lado, muchos temen la reacción del paciente o la de los familiares o la dificultad para resolver una respuesta emocional determinada.

Es innegable que la buena comunicación, la empatía y la atención con calidad y además calidez juegan un papel sumamente importante a la hora de dar malas noticias acerca de la pérdida de la salud, en el contexto de la enfermedad cáncer de tan afamada connotación “*thánatos*”.

Acerca de la familia y el paciente:

*“...pues siento que duele, pero es mejor que se lo digan a lo mejor tal como es, porqueeee, así uno le apresura, porque si uno, si no me hubieran dicho y a lo mejor me lo hubieran dicho de otra forma, a lo mejor no le hubiéramos hecho caso porque él no tenía ningún síntoma, pues para decir que ya está bajando de peso o algún problema, pues estuvo bien como él me lo dijo, dijo: te va a doler pero es mejor que tu sepas la realidad...”*<sup>(Entrevista 2)</sup>

*“Sentimos que, bueno, si fue directamente porque o sea ya nosotros lo estábamos solicitando, porque nada más nos traían que era una infección y resulto que no, entonces, cuando no los dijeron así por primera vez pues si fue algo así como sorprendente porque pues no, dijimos de un granito no puede ser que sea cáncer, entonces pues ya explicándonos el doctor creo que si nos los explico de la mejor manera...”*<sup>(Entrevista 3)</sup>

Comunicar malas noticias es, probablemente, una de las tareas más difíciles que debemos enfrentar los profesionales de la salud. Los profesionales que trabajan en unidad coronaria, terapia intensiva, sala de emergencias y oncología pueden verse enfrentados con el hecho de tener comunicar malas noticias con mucha frecuencia y esto puede ser un motivo de gran ansiedad. <sup>(23)</sup>

### IX.1.3. Cambios del esquema corporal después del tratamiento.

*“Pues muchos se **“desfigura”** uno mucho de la cara se cae el pelo, sin pelo, sin pestañas sin cejas, sin bigotes, me salían granitos en el cuerpo me decían que era la reacción de la quimioterapia”* <sup>(Entrevista 1)</sup>

*“Si perdió el oído, perdió el oído como que se hizo más chiquito, o sea él era más altito; y siempre andaba muy frío, a partir de ahí sus pies y sus manos, estee, decía mi mamá después de que era tan calentito, después este él saludaba a la gente y estaba trayendo sus manos frías...”* <sup>(Entrevista 2)</sup>

El esquema corporal es la arquitectura específica del individuo en cuanto representante de la especie; es parte de lo evolutivo de cada humano, y con él se va construyendo, en la medida en que sus experiencias sensorio-motrices, intero y exteroceptivas se hacen cada vez más complejas. Por tanto, se observa que el esquema corporal refiere las bases neurofisiológicas, que permiten su construcción. <sup>(24)</sup>

En este sentido referirnos a esquema corporal hace referencia a lo que nuestro ojo físico puede mirar, a esos cambios que nos hacen común con el paciente cambios del cuerpo que trata la medicina, cambios que afectan a la imagen corporal, esa imagen que llaman subjetiva pero que en realidad es más objetiva de lo que podemos entender.

*“Pues cuando le quitaron su ojo pues si fue, no tanto el dolor, sino fue la impresión de que **“no tenía el ojo”**, porque incluso en el hospital nos dijeron que le quitáramos todos los espejos para que ella no pudiera verse pero, “siento que fue más la impresión que el dolor”* <sup>(Entrevista 3)</sup>

El soma está dañado. La disociación somatopsíquica otorga cualidad de extrañeza al acontecimiento corporal. El silencio corporal del estado de salud se interrumpe. Un baño de rareza, de extrañeza, de siniestra amenidad envuelve parcial o totalmente a la persona ahora atacada por el mal del cáncer. El enemigo ha entrado en la propia carne e instala una odisea de ansiedades y expectativas a



largo plazo. La apropiación del cáncer como experiencia para sí, como mensaje corporal da cuenta de una operatoria psíquica reorganizadora y enriquecedora para el sujeto que recibió la enfermedad y con frecuencia también para los seres significativos de su entorno. <sup>(25)</sup>

#### IX.1.4. Imagen corporal, respecto a los cambios del esquema.

*“Bueno él, les cambia el carácter, o sea les cambia el carácter porque él, pues era como de que en momentos estaba bien, en momentos como que le daba tristeza y pus este si cambia, cambia rotundamente con sus quimio, cambia completamente el carácter”* <sup>(Entrevista 2)</sup>

La quimioterapia, la radioterapia y la cirugía atentan contra la imagen corporal, la estética y el narcicismo de vida. La persona asiste a transformaciones de su imagen corporal externa e interna, a sensaciones propioceptivas, neurovegetativas vivencias somáticas y experiencias corporales a la vez nuevas y displacenteras. <sup>(25)</sup>

*“Cuando le quitaron el ojo... si se deprimió muchísimo, primero fue cuando el ojo, el golpe de verse la cara porque ella decía, este, incluso cuando teníamos fiestas ya no quería salir, decía que ella no”*

*“Entonces pues aunque tenía el parche pero como que ya no se sentía igual, incluso hasta ella lo decía **“YA NO ME SIENTO LA MISMA”**”*

*“Cuando le hicieron la radioterapia se le empezó a caer el cabello y sentimos como que ahí su autoestima bajo más, mucho más porque ya había como que superado lo del ojo... ya no quería salir”* <sup>(Entrevista 3)</sup>

El rostro es ante todo rostro humano y es el lugar de la mirada; lugar desde donde se ve y desde donde se es visto a la vez, razón por la cual “es el lugar privilegiado de las funciones sociales”, pero también es el soporte más signifiante que ofrece el hombre y al mismo tiempo se convierte en la máscara que no permite ver nada; el rostro es el lugar enmascarado de la verdad, parte posterior del rostro cuyo rostro es la máscara –el lugar privilegiado de la exposición humana- <sup>(26)</sup>

La imagen inconsciente del cuerpo no podría manifestarse de manera más objetiva, que en los sentimientos expresados en palabras, tal como lo revela la paciente al mencionar que sin su ojo ya no se siente la misma.

Todo lo que sucede a nuestra paciente, su rostro que al perder el ojo entra en proceso de demolición, pérdida de las funciones visuales, de la simetría de los

colores de las formas, pero y sobre todo, **“perdida de la identidad”**, lo que hasta ese momento había portado y significado esa cara con ambos ojos, para sí y para el otro.

#### **IX.1.5. Un vistazo al espejo.**

*“Bueno pues yo eh le echaba muchas ganas, gracias a Diosito que me dio otra oportunidad de vivir, pues yo me sentía bien si yo veía mejoría en mi cuerpo, pues yo no me importa aunque este yo así, que pueda yo seguir viviendo” (Entrevista 1)*

Una mezcla formidable en el discurso de la diferenciación entre el “Je” y el “moi”, nos deja clara la manera de disociación de ambas entidades en el proceso de enfermedad, donde intenta rescatarse ante todo esa libido que muestra la fortaleza interna del paciente, es ahí donde se pone manifiesto esa pulsión de vida más allá de los resultados y efectos sobre el esquema.

*“Al principio cuando salió de la cirugía todavía tenía las puntadas tratamos de que no se viera, pero ya después, pues si le retiraron todo y ella misma pues ya se cambiaba su parche, por iniciativa misma de ella pero, pues yo siento que no fue tanta la impresión como cuando se le cayó el cabello” (Entrevista 3)*

Sin lugar a dudas resultaría más sencillo y por sentido común el considerar que la paciente fuera a deprimirse por la pérdida del ojo, sin embargo de alguna manera la pérdida del campo visual funge como un refugio para no ver sus sentimientos, ocultarlos, en cuanto a la pérdida de cabello le resulto de cierta forma más deprimente pues está más asociada a la enfermedad “cáncer”, como símbolo de batalla la cual pronto llegara a su fin, teniendo quizá resultado fatal.

*“Yo digo que a lo mejor, yo, yo digo, más nunca me lo dijo, yo digo que a la mejor en ese aspecto, lo que siempre yo veía que decía, porque como fue hijo único, él decía que como le hubiera gustado tener un hermano para que él, pues como que a lo mejor la confianza por ser nosotros mujeres o sus hijos, a lo mejor no tuvo la confianza para que el nos dijera lo que él sentía, porque yo siento que a la mejor ni a mi mama se lo dijo, sino que él siempre, lo que él sentía se lo guardaba” (Entrevista 2)*

Este extracto de la entrevista deja muy clara la teoría del espejo, de cómo la comunicación, el discurso con el “otro” es sumamente importante para que se cree esa imagen cohesada del individuo, donde se conjuntan su “Je” y su “moi”, ya que como a este paciente le hizo falta el discurso con el “otro” (un hermano) en su infancia, al llegar a la edad adulta aun tenía conflictos de comunicación incluso con sus familiares más cercanos. De tal forma que eso era una barrera para comunicar sus sentimientos, lo que repercutió indudablemente en la historia natural de su enfermedad y en la afección de su imagen corporal ya de por sí deteriorada desde su infancia. Sumamente importante es conocer al paciente y apasionante es descubrir lo que una entrevista puede dar a conocer acerca de la unicidad del individuo.

#### **IX.1.6. Sentimientos y acompañamiento de la familia.**

*“Pues ellos me daban más ánimos” Esposa – “la niña le decía te vez bien bonito”- Paciente – me daban muchos ánimos pues yo pa que no me sintiera yo mal y estee me apoyaban mucho” (Entrevista 1)*

*“Pus nosotros nos sentíamos tristes, porque decíamos solamente él sabe lo que siente si, y nosotros nos decían ahí que teníamos que llamarlo, a que siempre tenerlo een comunicación con nosotros, o sea que le hiciéramos la plática que él estuviera con nosotros, hay veces que si lo hacía, pero hay veces que definitivamente decía No, se aislaba y se iba a acostar o este nos dejaba...” (Entrevista 2)*

*“Pues nosotros le tratábamos de dar ánimos, este, porque luego a veces este, cuando del ojo pues si fue impresionante, nosotros de también verla que no tenía el ojo, pero pues tratábamos, no pues te vez bien, o sea motivarla con otra cosa a lo mejor píntate, o tus uñas, tratábamos de distraerla con otras cosas. Pero cuando el cabello si sentimos que si, si dio el bajón mucho” (Entrevista 3)*

El apoyo familiar es fundamental en el enfermo de cáncer que se refiere a demostraciones de cariño, amor y pertenencia a un grupo por parte de la familia. Implica poder hablar con alguien sobre sus preocupaciones, molestias además de sentimientos negativos que ocasiona la enfermedad; también ayuda a reducir la enfermedad emocional permitiendo mejorar las relaciones interpersonales.

El cáncer como enfermedad crónica impone estrictas e inmediatas demandas en la totalidad del sistema familiar. La naturaleza exacta de estas demandas varía básicamente dependiendo del tipo de diagnóstico, de la severidad del proceso de la enfermedad y del pronóstico de calidad de vida.

La enfermedad crónica sucede dentro de una familia, no en el aislamiento de una persona. El impacto de una enfermedad como el cáncer alcanza abismos profundos en los contextos ecológicos, sociales y culturales de la dinámica familiar. La identidad social de la familia y del paciente es afectada profundamente por el cáncer en los dominios de su funcionamiento psicológico, instrumental y social. Miembros familiares cercanos al paciente, con el que existe un enlace de cuidado y de ayuda mutua, se hacen parte integral en la larga trayectoria de la enfermedad; ésta afecta a cada miembro de la familia emocionalmente, cognitivamente y en su conducta en la rutina cotidiana, en los planes para el futuro, significado sobre uno mismo, sobre los demás e incluso al sentido de la vida. <sup>(27)</sup>

#### **IX.1.7. Percepción de cáncer y cambios en la vida del paciente y los familiares.**

*“Pues cambio mucho, pues o sea ya se valora mucho a la familia...”*

*“Pues es muy mala esa enfermedad, sufre uno mucho yo no sé la deseo a nadie”* <sup>(Entrevista 1)</sup>

*“Antes a lo mejor me daba miedo ahora ya no, no me da miedo porque decimos si llegamos a tiempo es curable y no es de que, como la primera vez que si me angustie pero ahorita ya no, porque si yo me entero que es cáncer, ahora pues checarnos más seguido”* <sup>(Entrevista 2)</sup>

*“Pues una oportunidad de vida, a veces que nosotros no vemos porque, a veces desconocemos de ciertas cosas y de lo importante que es a veces irnos a checar a tiempo...y pues que no nos imaginamos que nos va a pasar a nosotros”* <sup>(Entrevista 3)</sup>

En estos fragmentos de las tres entrevistas, observamos las distintas percepciones de cáncer, por un lado el sufrimiento de quien libra la batalla y logro valorar más a su familia, por el otro la confrontación de su miedo a lo que ahora le es familiar, concientización de la prevención ante tal situación; es pues que sólo cuando un cuerpo resulta escrutado e intervenido nos empezamos a preguntar qué significa tenerlo.

#### **IX.1.8. Interacción médico - paciente.**

*“...no tenemos porque quejarnos de los médicos porque siempre, en el momento que él lo necesito si lo recibieron con ... pues a lo mejor nuestra fe, yo a veces siento que es nuestra fe y la forma en la que lo pida uno,*

*porqueee a lo mejor si nosotros mal informamos y exigimos a lo mejor no me lo dan” (Entrevista 2)*

*“Sentimos que fue tratada bien, o sea, pero sentimos que fue, se tardaron mucho para tratarla sabiendo que a lo mejor ella ya tenía cáncer...”(Entrevista 3)*

La relación médico- paciente y médico- familiares del paciente que ha sido tratado por cáncer debe mantenerse todo el tiempo favorable. Los pacientes con cáncer y sus familiares a veces se muestran muy agresivos con su médico, siempre buscan a un culpable de lo que ha ocurrido o de la mala respuesta del organismo del paciente a los tratamientos eficazmente aplicados. <sup>(28)</sup>

Es en tales circunstancias, los pacientes necesitan tener la seguridad de que no los abandonaremos, cualquiera que sea su evolución; el médico debe ser más humano, mejorar su discurso para el otro porque de ello depende en gran medida que el paciente confié, se apegue al tratamiento y sobre todo se sienta acompañado por su médico que realmente será ético y clínico con su semejante.

## X. DISCUSIÓN

Abordar el tema de percepción de cáncer e imagen corporal desde tres diferentes escenarios, en una pequeña comunidad, resultaría complicado, sin embargo, todas y cada una de estas historias convergen en lo común: el esquema e imagen corporal, puestas a la luz e irremediamente afectadas por el proceso de la enfermedad.

Cada uno de los fragmentos de las 3 historias de vida aporta parte fundamental, que nos permite conocer sus emociones y sentimientos a la hora de enfrentarse al cáncer en sus diferentes modalidades.

Es importante recalcar que desde el momento del diagnóstico, existe una ya impregnada connotación tanatológica expresada en los sentimientos de los familiares: *“crees que porque tiene un cáncer se va a morir en el momento”* (Entrevista2) y si el familiar tiene miedo que decir del paciente; para el médico tampoco resulta poco fácil el hecho de dar un diagnóstico, considerado por el paciente y el familiar como una mala noticia que irremediamente cambiará por completo su historia de vida.

Cuando se ven los efectos colaterales del tratamiento, en el esquema, cada uno de los pacientes percibe un saber obvio, algo en él no anda bien, puesto que en algunos tipos de cáncer es escasa la sintomatología, el mensaje del cuerpo se vehiculiza a través de una señal externa o interna de anomalía de disfunción de malestar, después de los primeros tratamientos. El paciente y la familia reciben la señal de acuerdo con su código de posibilidades haciendo de entrada funcionar sus mecanismos de defensa frente a la displacentera realidad que en un principio es negada: *“... si fue algo así como sorprendente porque pues no, dijimos de un granito no puede ser que sea cáncer...”* (Entrevista 3) Para después caer en sentimientos como la depresión o tristeza: *“Cuando le quitaron el ojo... si se deprimió muchísimo, primero fue cuando el ojo, el golpe de verse la cara...”* (Entrevista 3)

La despersonalización es uno de los síntomas frecuentes. La belleza cede paso a paso, metamorfosis varias: calvicie, delgadez, sequedad de la piel, inflamaciones de las mucosas. El espejo se vuelve antipático, hasta siniestro. En el espejo del semejante el paciente podrá encontrar una mirada compasiva, sorprendida cuando no asustada ante el espectáculo de su degradación corporal en medio del fragor de la lucha contra el cáncer, de esta forma nos lo presenta una de las entrevistas: **“YA NO ME SIENTO LA MISMA”** (Entrevista 3)

En cuanto al espejo y la imagen corporal; vale la pena ahondar en una de nuestras teorías base, propuesta por Francoise Dolto, la teoría del espejo: gracias a la imagen del cuerpo portada por el esquema corporal y entremezclada con él, se puede entrar en comunicación con el otro. <sup>(24)</sup>

La imagen cohesada del sujeto se forma desde la infancia somos parte de un medio de una sociedad donde comunicar es una forma de expresar nuestra propia imagen; en una de nuestras entrevistas obtuvimos un buen rapport al preguntarle al familiar de nuestro paciente que era lo que este veía en el espejo, su respuesta nos dejó sumamente sorprendidos ya que fue la siguiente:

*“...él decía que como le hubiera gustado tener un hermano para que él, pues como que a lo mejor la confianza por ser nosotros mujeres o sus hijos, a lo mejor no tuvo la confianza para que él nos dijera lo que él sentía, porque yo siento que a la mejor ni a mi mamá se lo dijo, sino que él siempre, lo que él sentía se lo guardaba”* (Entrevista 2)

Una imagen corporal es siempre, en cierto modo, la suma de las imágenes corporales de la comunidad entera, de acuerdo con las diversas relaciones de dicha comunidad. La relación con las imágenes corporales de los demás se hallan determinadas por el factor de proximidad y lejanía espaciales y por el factor de la proximidad y lejanía emocionales.<sup>(24)</sup> Las imágenes corporales de los demás y sus partes pueden integrarse con la propia imagen corporal en su totalidad, formando un ente unitario, o bien pueden sumarse simplemente a nuestra propia imagen, formando una mera adición.

Las tendencias libidinales se dirigen hacia la imagen corporal de otro ser. Las experiencias ópticas que llevan a la construcción de la propia imagen corporal conducen, al mismo tiempo, a la construcción de las imágenes corporales de los demás. “Existe una profunda comunicación entre la propia imagen corporal y la de los demás”. Esta comunicación se expresa, por ejemplo, a través de las emociones las cuales están dirigidas siempre a los demás. Las emociones son siempre sociales.

Definitivamente pacientes y familiares que viven el proceso de la enfermedad cáncer, tomarán conciencia acerca de lo importancia de la prevención, esta experiencia fuerte y enriquecedora proporciona sin lugar a dudas cambios en sus vidas diarias: *“Pues cambio mucho, pues o sea ya se valora mucho a la familia...”* (Entrevista 1); así como una nueva manera de percepción de la enfermedad cáncer: *“Antes a lo mejor me daba miedo ahora ya no, no me da miedo porque decimos si llegamos a tiempo es curable”* (Entrevista 2)

## XI CONCLUSIÓN

Esta investigación, permitió visualizar la percepción de cáncer e imagen corporal que tienen, los pacientes que padecen o padecieron cáncer y sus familias, dándonos una pequeña panorámica desde su propio escenario y su propia manera de actuar e interactuar.

El cáncer en todas sus presentaciones es una enfermedad que genera una reacción de miedo y desesperanza para el paciente y sus familiares, en todas las esferas, física, psicológica y social. Todo esto con su significativo tanatológico trae consigo sentimientos negativos de angustia, depresión y miedo a morir que repercuten de manera inmediata en las imágenes paciente, familia. Los pacientes con cáncer y sus familias son un común que converge en un caudal de pensamientos y sentimientos como el miedo a lo desconocido, manera de afrontar la situación, perspectiva acerca de la enfermedad. Todo esto desde su propio contexto social y cultural.

De vital importancia es conocer el esquema y la imagen corporal, pues el conocer un fragmento de la historia de vida de nuestros pacientes debe hacer al médico reflexionar acerca de sus discursos hacia ellos, considerándonos a nosotros (personal médico) como el “otro”, en tanto mediadores de su enfermedad física que tanto ruido hace en su imagen corporal.

No debemos olvidar que ese ser humano llamado paciente vive rodeado de por sí ya de la influencia del “otro”, (familia, amigos, sociedad), lo que puede afectar el proceso, en tales circunstancias al médico le queda la enorme tarea de superar discursos menos positivos.

Por último agradezco a los pacientes y sus familias que me dieron la posibilidad de conocer su historia, llegar a la conclusión y formular lo siguiente:

“Conoce tu imagen corporal, intégrala, púlela cada día, conoce otras imágenes y bríndales siempre tu mejor discurso, eso hará la diferencia”



## XII. RECOMENDACIONES

Importante sería tomar el reto de no asumir el servicio social como un requisito, sino como una parte indispensablemente integradora para tratar ambos “yo’s” (esquema e imagen corporal), que de esta manera nos permita una adecuada interacción con el paciente en el presente y lo futuro de nuestra carrera profesional.

Ya que nuestro paciente es nuestra razón de ser, debemos crear la cultura de espíritu humanista no egoísta ya que ellos nos ven como portadores de grandes conocimientos y experiencias capaces de mitigar su dolor.

Fomentar que la perspectiva de todo médico pasante, futuro médico, sea el sensibilizar a los pacientes para que acudan a las campañas de prevención, tarea tan crucial en el primer nivel de salud.

Lo importante en la educación no es el “por qué” sino el “cómo”, esto hace preciso reconocer que la función del médico de primer nivel como educador no es conducir al paciente sino enseñarle como conducirse.

Por último sería bueno promover este tipo de investigación entre los futuros médicos para el reconocimiento de esquema e imagen corporal ya que como menciona Françoise Dolto: “al contrario de lo que se produce en nuestro esquema corporal, desde el estadio fetal se estructura inconscientemente una imagen del cuerpo, que es la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante”.

“Para no tener pacientes divididos entre realidad e imaginación.”

## X BIBLIOGRAFÍA

1. Catálogo de localidades, SEDESOL [monografía en internet] México 2013. [consultado 10 abril 2013] Disponible en [www.microrregiones.gob.mx](http://www.microrregiones.gob.mx).
2. Cáncer, centro de prensa OMS [nota descriptiva 297] febrero 2013 [consultado 10 abril 2013] Disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
3. Mortalidad por cáncer en México 2000-2010: el recuento de los daños. GAMO (Gaceta mexicana de oncología) vol. 11 Núm. 6 noviembre-diciembre 2012: 371-379.
4. Causas y prevención del cáncer ocupacional. Acta méd. costarric. Vol 51 (4), octubre-diciembre 2009: 195-205.
5. Plaguicidas [Monografía en internet] 2012, [consultado 14 abril 2013] Disponible en [www.rap-al.org](http://www.rap-al.org).
6. Cáncer: diagnóstico de comunidad. RevInsNac Ca, 2008; 10 (12), 92-98
7. Principios de la quimioterapia: Un análisis exhaustivo de las técnicas y su papel en el tratamiento del cáncer. [monografía en internet] Sociedad americana del cáncer 2013, [consultado 12 abril 2013] Disponible en [www.cancer.org](http://www.cancer.org).
8. Principios de la radioterapia: Técnicas y su papel en el tratamiento del cáncer. [monografía en internet] Sociedad americana del cáncer 2013, [consultado 12 abril 2013] Disponible en [www.cancer.org](http://www.cancer.org).
9. Bruce Harrison's. manual of oncology. McGraw Hill, 1st edition, Harvard, Medical School, General Hospital Cancer Center Massachusetts. USA, 2008.
10. NASIO, J.D. (1994). Grandes Psicoanalistas. Introducción a las obras de Winnicott, Dolto, Lacan. Vol. II. Barcelona: Gedisa editorial, 1996.
11. Dolto F. La imagen inconsciente del cuerpo. Paidós. 2010. 17,21-23, 81-87, 167-184.
12. Blanch M. Recordando a Françoise Dolto. [monografía en internet] Francia 2000, [consultado 16 abril 2013] disponible en [www.psicopaido.com.es](http://www.psicopaido.com.es)
13. Lozano A. Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer. GAMO (Gaceta mexicana de oncología) vol. 10 Núm. 3, mayo-junio 2011: 156-161
14. Arzate C. La relación, Médico- paciente- familia en oncología. GAMO (Gaceta mexicana de oncología) vol.12 Núm.1, enero-febrero 2013
15. Garcia M. La comunicación médico-paciente: perspectiva del paciente oncológico. Gamo (Gaceta mexicana de oncología) vol. 8 Núm. 3, mayo junio 2009.

16. Falla Y. Presión Social Hacia la Imagen Corporal de la Mujer. Asociación Cultural Raigadas. 1-6.
17. Rosillo L. Belleza y publicidad: el cuerpo en primer plano parte i: historia del uso del cuerpo en la publicidad.
18. García L. El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama y sus repercusiones en el ser y hacer de un grupo de mujeres mexicanas Valenzuela. México. 2009.
19. Antoni F. Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, psicooncología. 2009; 6(1):27-42.
20. Primera reunión sobre tratamiento médico del cáncer mamario. GAMO. 2007; 6:1.
21. Dolto F. La imagen inconsciente del cuerpo. Paidós. 2010. 17,21-23, 81-87, 167-184.
22. Antonio C. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. Universidad Complutense de Madrid, PSICOONCOLOGÍA. Vol. 2, Núm. 1, 2005, pp. 71-80.
23. Alberto E. ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA / VOL 71 N° 3 / MAYO-JUNIO 2003
24. Florencia I. Los enfermos imaginarios, reflexiones acerca de la hipocondría. 2007; 1; 39-42.
25. Alejandra F. La psicopatología- el cáncer – la psicooncología. Rev. Cátedra fisiopatológica y enfermedades psicopatológicas/ VOL 1, Octubre 2006.
26. Jacques A. La imagen. Editorial Paidós. Francia 01/01/1992: 298-296
27. Lea B. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2003, Vol. 3, N° 1, pp. 505-520.
28. Carlos F. Relación Médico –paciente con cáncer. Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 1, enero- marzo 2004.

## **IX. ANEXOS**

ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO II. CD DE AUDIO ENTREVISTAS

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por: Marissa Garduño Santana alumna de la Universidad Autónoma del Estado de México. La meta de este estudio es conocer la percepción de cáncer e imagen corporal en la comunidad de San Francisco Putla.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Marissa Garduño Santana. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la percepción de cáncer e imagen corporal en la comunidad de San Francisco Putla.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Marissa Garduño Santana al teléfono 722 4 69 34 49

-----

Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

