

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN COMUNICACIÓN Y CULTURA

El imaginario de la mujer diagnosticada con cáncer cervicouterino

TRABAJO RECEPCIONAL QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN COMUNICACIÓN Y CULTURA

PRESENTA

Viridiana Vázquez Olvera

Directora del Trabajo recepcional

Mtra. Alma Erazo Ordaz

Ciudad de México, junio de 2021.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, mi agradecimiento para las mujeres que participaron en mi investigación de manera desinteresada a pesar de las circunstancias que estuvieran viviendo, como es el padecimiento de un cáncer y los efectos secundarios de del tratamiento.

A la profesora Alma Erazo Ordaz por compartir conmigo de manera generosa sus conocimientos, por haberme guiado desde los inicios de esta investigación y por aceptar la dirección del mismo. Su disponibilidad incondicional, por su sentido del humor y optimismo aportado cuando creía que no salía del túnel, consiguiendo que pasara del estrés a la risa en cuestión de segundos, su persistencia y su rigurosidad en el trabajo y su amistad han contribuido para que esta investigación llegue a su final. Gracias por permitir que te descubra y conozca como realmente eres "una mujer autentica"

Otro Pilar fundamental para este trabajo de investigación es el profesor Juan Carlos López, quien estuvo desde el principio apoyándome con sus conocimientos. Por haber estado ahí para entenderme cada vez que lo he necesitado, y siempre con sus sabias palabras y consejos que me han guiado por este viaje. Gracias también por su amistad, fue un placer coincidir en el camino. Gracias también por la disponibilidad incondicional.

A la profesora Rosa María Macías por sus aportaciones, que fueron de gran ayuda para darle cuerpo a esta tesis, gracias por el apoyo, por su tiempo y sus observaciones.

A Mis amados

Caleb Vázquez Olvera, Fany Vázquez Olvera, Juana Olvera Gutiérrez , Alejandro Magaña Godoy, a mi papá Noé Arturo Vázquez Neri, que me enseñó que por muy difícil que sea el camino siempre habrá un motivo por el cual luchar, gracias por haberme dado la oportunidad,

las fuerzas y los recursos para realizar esta licenciatura, sin tu apoyo esto no habría sido posible, pues durante todo este proceso me brindaste tu incondicional apoyo, gracias por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias por acompañarme en tantas noches largas y agotadoras de estudio, noches en las que tu compañía me fue grata, gracias por siempre anhelar lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y cada una de tus palabras que me han guiado en este corto tiempo de mi vida .

Gracias a Dios por la vida de mi padre y madre, también porque cada día bendice mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que sé me aman, y a las que yo sé que más amo en mi vida, gracias a Dios por permitirme amar a mis padres, gracias a mis padres por permitirme conocer de Dios y de su infinito amor.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

ÍNDICE

Introducción	6
CAPÍTULO I Construcción del objeto de estudio	9
Tema	9
Pregunta general	9
Preguntas particulares	9
Objetivo particular	9
Objetivo general	10
Hipótesis	12
Justificación	14
CAPÍTULO II Marco contextual y antecedentes	15
Contexto histórico	16
CAPÍTULO III Estado del arte	22
CAPÍTULO IV Marco teórico conceptual	28
Identidad	28
Identidad Individual	28
La cultura como Identidad	31
Imaginario social	33
Creencias y las formas del conocimiento	39
El uso del enfrentamiento religioso espiritual	40
Imaginario social del cuerpo con cáncer cervicouterino	42
Feminidad de la mujer con cáncer cervicouterino	46

Imagen corporal	50
El tratamiento de la mujer con cáncer cervicouterino	51
El cáncer en el vínculo familiar	53
El interaccionismo simbólico	56
Escuela de Palo Alto	59
La familia desde la teoría de la comunicación de Palo Alto	62
Comunicación no verbal	65
CAPÍTULO V Estrategia metodológica	69
Selección del método elegido y justificación	69
Selección de técnicas a utilizar	70
Entrevista a profundidad	71
Selección de informantes	71
Diseño de instrumentos	72
CAPÍTULO VI Análisis de resultados	75
CAPÍTULO VII Conclusiones	101
CAPÍTULO VIII Bibliografía	105
CAPÍTULO IX Anexos	109

INTRODUCCIÓN

El imaginario de la mujer diagnosticada con cáncer cervicouterino, estudia el impacto en el imaginario social y sus consecuencias en las ideas que se van generando, es decir como una construcción simbólica, que es construida socialmente a través de la interacción.

La imaginación es el resultado de una capacidad psíquica exclusivamente humana. Manuel Antonio Baeza la define como un tipo de pensar abstracto, relativamente autónomo del terreno de lo concreto, pero que es aplicable a lo no abstracto o lo concreto.

“Los imaginarios son el soporte de esta acción mental, y actúan como un banco de imágenes socialmente compartidas que le dan sentido a nuestro entorno existencial” (Baeza, 2000). Dicho en otros términos, éstos se nutren de las experiencias cotidianas y de esta forma llenan nuestros vacíos cognitivos adquiriendo conciencia de lo pasado, lo futuro y lo presente. Estas ideaciones mentales le otorgan significado a aquella realidad que carece de tangibilidad (o respaldo material). Así existe el imaginario del miedo (no lo podemos ver pero sí sentir.

“La actividad imaginaria crea las condiciones apropiadas en las cuales el individuo desarrolla o expresa su comportamiento comunicante, participando activamente en la comunicación y no siendo el origen de ella. De ahí que se afirme que la comunicación es una forma de interacción determinada imaginariamente”. (Martín, 2003)

Para su estudio, esta investigación se ha dividido en siete capítulos:

Para comenzar, en el primer capítulo se describe la *Construcción del objetivo de estudio*. Se expone el protocolo de investigación, contiene los objetivos, preguntas, supuestos, justificación, etc.

El segundo capítulo, *Antecedentes del cáncer cervicouterino*, es básico para comprender el análisis ya que es una breve definición del tema y representa un recuento de lo que pasaron las informantes al ser diagnosticadas con cáncer cervicouterino, en el cual con la ayuda de los autores como Gilberto Giménez entre otros, hago un análisis, el cual ayuda a comprender cómo construyen el imaginario de esta enfermedad.

El capítulo tres es el *Estado del Arte*, en donde se da cuenta de algunas informaciones que se han hecho en torno al cáncer cervicouterino, tomando en cuenta algunas áreas de la comunicación como el imaginario social, identidad, cultura, interaccionismo simbólico, espiritualidad, comunicación interpersonal y feminidad. Este capítulo me ayudó a encontrar autores para el marco teórico.

El capítulo cuatro, *Marco Teórico*, es la base de esta investigación, parto del enfoque sistémico, imaginario social, el interaccionismo simbólico, identidad, cultura y comunicación interpersonal. Gracias a este apartado teórico el análisis se pudo llevar a cabo.

El capítulo cinco es la exposición de la *Metodología o estrategia metodológica*, así como de los instrumentos de investigación que logran darle forma y vida esta tesis. Usé la metodología cualitativa, con el instrumento de entrevista en profundidad.

El sexto capítulo es la integración, análisis y comprobación de los supuestos, objetivos y la resolución de las preguntas de investigación.

El capítulo siete, *Conclusiones*, es el apartado en el que expongo las conclusiones a las que llegué después de haber elaborado esta investigación. Posteriormente, adjunto en el disco complementario de esta investigación, el apartado de anexos en donde incluyo unos cuadros de análisis de las dos entrevistas que elaboré con las informantes de cáncer cervicouterino.

Le invito entonces, a descubrir cómo es que la mujer tras al ser diagnosticada con cáncer cervicouterino, lo enfrenta de una manera, que no está preparada y empieza a cuestionarse del por qué a ella, y es ahí donde surge ese imaginario donde ellas le dan sentido al por qué y lo asocian a un castigo de Dios.

“El más terrible de todos los sentimientos es el de tener la esperanza muerta”

(Federico García Lorca)

CAPITULO I. Construcción del objeto de estudio.

Esta investigación tiene como principal interés, el imaginario social, para esta tesis, los temas que abordé son centrales, pues denotaron cuestionamientos sobre lo que vivimos en la actualidad, por ejemplo, ¿Quiénes somos? ¿De dónde vinimos? ¿Por qué creemos en lo que creemos? nos hacemos ese cuestionamiento a diario, porque somos seres pensantes, que busca respuesta a lo que pasa en nuestro entorno.

“El cáncer cervicouterino representa un serio problema de salud, dada la alta tasa de mortalidad que se menciona más adelante. No obstante, su alta incidencia está relacionada con el desconocimiento que las mujeres y sus familiares tienen sobre esta enfermedad. Ejemplo de ello es que este cáncer es detectable, y si se descubre oportunamente, las probabilidades de curarlo son altas. Latinoamérica es considerada un área de alto riesgo para el cáncer cervicouterino. En particular, México ocupa el segundo lugar en casos incidentes, detrás del cáncer de mama”. (Espín,2012)

Cada año, más de 72 mil mujeres son diagnosticadas y más de 34 mil fallecen por cáncer cervicouterino en la Región de las Américas.

“Esta enfermedad afecta con mayor frecuencia a mujeres mayores de 30 años y en México, se estima que 3 mil 500 mujeres lo contraen cada año. La causa principal es el virus del papiloma humano (VPH) que afecta mucosas; este virus generalmente se transmite durante las relaciones sexuales, razón por la cual pertenece a las Infecciones de Transmisión Sexual”. (Comisión Nacional de Protección Social en Salud [CNPSS], 2019)

Esta investigación parte de la pregunta ¿Qué imaginario construye la mujer que enfermó de cáncer, en específico el cervicouterino con respecto a su enfermedad y la relación con la espiritualidad?, la pregunta anterior ayudó a construir el objetivo general , el cual es: analizar cómo afecta el imaginario a la mujer diagnosticada con cáncer cervicouterino, así mismo, cómo influye la religión y/o espiritualidad en él paciente oncológico, en específico explorar el conocimiento, describir el campo de representación y las actitudes de las paciente sobre el imaginario que ellas mismos se crean.

La presente tesis se ha diseñado e integrado para poder aprender y comprender el cómo de un problema de salud, como lo es el cáncer; lleva a la paciente a crear en su mente ideas de aspecto místico y religioso, como método para poder aceptar y vivir su enfermedad.

El Modelo de Kübler-Ross, habla de 5 fases:

-Negación

-Ira

-Negociación

-Depresión

-Aceptación

Etapas que no transcurren de manera lineal, sino que dependen de cada paciente. Sin embargo, es en la Negociación cuando las pacientes generan ideas religiosas. El impacto de estas ideas no sólo es una comunicación interna; sino que se exterioriza, en el momento en que la paciente comunica su enfermedad y lo que piensa sobre ella, a la gente que la rodea.

Durante todo el proceso de la enfermedad va a haber cambios radicales en su autoconcepción, como en su relación con el entorno y la gente con la que se relaciona.

En particular se consideraron al menos cinco preguntas en las que se desglosó esta investigación, cada una convertida en objetivo y su supuesto particular:

La primera pregunta busca encontrar qué significa el cáncer cervicouterino para las mujeres que lo padecen.

¿Qué significado le dan al cáncer las mujeres detectadas con esta enfermedad?

Tomando en cuenta que existen factores etiológicos definidos para que el cáncer cervicouterino; el objetivo de esta pregunta se enfocó en el impacto a nivel psicológico de ser diagnosticadas con esta enfermedad.

El supuesto es el momento, es decir la fase de negación, pues ya existe una consciencia del diagnóstico; sin embargo la paciente puede seguir oscilando entre la ira, la negociación, la depresión y la aceptación. Hay que considerar que el hecho de que sea una paciente consciente de su patología, no quiere decir que ya la ha aceptado.

Mi segunda pregunta es **¿Cuándo las mujeres con cáncer cervicouterino lo relacionan con la espiritualidad?** El objetivo es conocer la relación que le da la mujer al cáncer con la espiritualidad. Parto del supuesto que la mujer al ser diagnosticada con cáncer, busca refugiarse en un ser espiritual para ayudarla a sobrevivir.

Las últimas tres preguntas, radican en el ámbito comunicativo teórico. La primera de estas es:

¿Cómo afecta la enfermedad del cáncer en la comunicación familiar? El objetivo que se persigue es identificar el papel que juega la comunicación en el proceso del enfermo en la familia. Parto de esta pregunta, tomando en cuenta que:

La comunicación es un proceso de intercambio de información, en el que un emisor transmite a un receptor algo a través de un canal esperando que, posteriormente, se produzca una respuesta de dicho receptor, en un contexto determinado, dicho lo anterior, la familia juega un papel importante, pues el impacto que esta enfermedad tiene en el paciente es innegable, así como tampoco se debe menospreciar su repercusión en la dinámica familiar.

Mi cuarta pregunta fue **¿Cómo afectó el tratamiento en el estado emocional y físico en la mujer diagnosticada con cáncer?** El objetivo fue identificar, la percepción que se tiene de este en cuanto a las medidas y evolución, ya que, en casos, los tratamientos requieren de cirugía, radioterapia.

La quinta pregunta fue **¿Cuál es la percepción que tiene la mujer sobre su cuerpo, diagnosticada con cáncer cervicouterino?** Con esta pregunta se pretende identificar de qué manera la comunicación interviene en la manifestación de un cuerpo mutilado por el cáncer. Supongo, entonces que la mujer al estar enferma de cáncer, juega un papel importante en la feminidad de esta.

Este tema me interesó, porque creo que las mujeres que padecen o padecieron esta enfermedad, no tuvieron la consciencia de la prevención y autocuidado. La realización oportuna de colposcopia y la citología cervical (Papanicolau), brinda la oportunidad de detectar alteraciones; la colposcopia permite la identificación oportuna de lesiones provocadas por el Virus del Papiloma Humano; mientras que el Papanicolaou permite la detección de

células con comportamiento maligno. La realización de ambos estudios es cada año. Para algunas pacientes, el ignorar tanto la existencia de estos estudios, como su frecuencia las lleva a pensar que la presencia de la enfermedad tiene un origen divino. Mi relación directa con pacientes que han sobrevivido al cáncer, entre ellas mi madre; ha provocado mi interés en el tema, canalizando mi investigación desde el enfoque sistémico de la comunicación.

Me parece importante el tema, porque actualmente el cáncer es, por tanto, una de las enfermedades que causa en la gente mucho temor, porque requiere de un tratamiento de largo plazo y que es desgastante para quien lo padece, como para la familia, y a la vez tiene un porcentaje de probabilidad de que el tratamiento funcione para la sobrevivencia. El problema radica justamente en la falta de información, a que además cree que esta enfermedad es un tema tabú en conversaciones con familiares y amigos, en algunas ocasiones no se comunica, se calla, el cáncer se puede tratar si es detectado a tiempo.

Desde el enfoque académico es importante para una servidora, poder analizar los imaginarios que las mujeres generan al ser diagnosticadas con cáncer. El imaginario de cada paciente se va modificando con la aparición de las fases propuestas por el Modelo de Kübler-Ross. Cada paciente lleva su proceso de manera distinta, por lo que siguiendo las fases del Modelo de Kübler-Ross, la primera fase de Negación, recae en la incredulidad de la paciente. En el momento que aparece el cuestionamiento del porqué está viviendo esto, es cuando aparece la fase de la Ira. Las fases se pueden ir intercalando entre sí, dependiendo de la afectividad y resiliencia de cada paciente. Cada fase es importante; sin embargo, la fase de la Depresión es una de las fases donde el apoyo es necesario; el riesgo de esta etapa recae en ese sentimiento de soledad y aislamiento que se presentan. Una paciente puede ir de la Fase de Ira, maldiciendo a Dios, a su pareja, etc. y pasar a la depresión incluso con ideas fatales ante

la falta de comprensión. Como en toda patología con riesgo de ser terminal; el apoyo por parte de Tanatología es fundamental.

De esta manera, los conceptos básicos de esta investigación son: cultura, imaginario social, interaccionismo simbólico, espiritualidad, feminidad y comunicación.

La ruta metodológica.

Para realizar esta investigación se utilizó la Metodología Cualitativa, ya que lo que se buscó en la presente investigación iba más allá de lo cuantificable, así como saber de qué manera las mujeres que enfrentaron cáncer cervicouterino construyen su imaginario a partir del diagnóstico.

La metodología cualitativa se refiere en general a la investigación que produce datos descriptivos (no traduce a números las respuestas de las participantes); presentando un conjunto de técnicas para recoger las propias palabras de las personas y la conducta observable.

Las características de la metodología cualitativa comprenden: inducción, perspectiva holística, sensibilidad al efecto de los investigadores en los sujetos, consideración del marco de referencia de los investigados que aportan sus propias perspectivas y consideran las otras valiosas, y dan énfasis a la credibilidad de sus hallazgos (Taylor & Bogdan, 1992); principios que orientan la presente investigación y apoyan su propósito principal.

CAPÍTULO II. Antecedentes e historia.

Es fundamental exponer el contexto en el que se escribió esta investigación, para ello se desarrollaron datos y antecedentes que rodean a nuestro fenómeno de estudio y que tienen una relación directa, con la investigación la cual es *El imaginario de la mujer diagnosticada con cáncer cervico uterino*.

“En la actualidad el cáncer es un padecimiento de alta incidencia en nuestro país y se ubica como la tercera causa de muerte, sólo después de la diabetes y de las enfermedades hipertensivas”. (Juntos contra el cáncer, s.f.)

Es importante decir que estos tipos de cáncer están en su mayoría asociados a estilos de vida, pero también a condiciones de pobreza, marginación y deficiente equipamiento de unidades médicas, así como a la insuficiencia de personal capacitado para la adecuada interpretación de resultados, o bien para generar diagnósticos y tratamientos oportunos; en el mismo nivel se encuentra la falta de cobertura de servicios de salud, o la insuficiente calidad de los mismos para el seguimiento de las y los pacientes y el desconocimiento sobre el tema.

Sin embargo, uno de los problemas es que las personas que son detectadas con esta enfermedad lo atribuyen a un castigo divino, el cual construye una representación que corresponde a un acto de pensamiento. “A través de operaciones mentales ese objeto es sustituido por un símbolo, es decir o formas de sentido común, socialmente elaboradas y compartidas, que permiten a los individuos interpretar y entender su realidad, orientar y justificar los comportamientos”. (Juntos contra el cáncer, s.f.)

Las personas convierten una realidad extraña, desconocida, en una realidad familiar, la cual permite, además, la comunicación entre los demás. La naturaleza simbólica y la construcción social de la realidad a partir de lenguaje conllevan representaciones sociales compartidas, contenidos cargados de significado.

“El origen de la palabra cáncer se atribuye a Hipócrates (460-370 a. C) notable medico griego, quien nombró como dicha enfermedad, por la semejanza a un cangrejo” (De la Garza & Juárez, 2014)

“La analogía cáncer- cangrejo se debe a la creencia de que la acumulación de vasos sanguíneos en las proximidades de tumores cancerígenos se asemeja a las patas de los cangrejos”. (De la Garza & Juárez, 2014)

“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 o neoplasias malignos. 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.

“El cáncer comienza en una célula. La transformación de una célula normal en tumoral es un proceso multifario y suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, a saber: carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes; carcinógenos químicos, como los asbestos, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) o el

arsénico (contaminante del agua de bebida); y carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos. (De la Garza & Juárez, 2014)

El cáncer de cuello uterino se origina cuando las células sanas de la superficie del cuello uterino cambian y proliferan sin control, y forman una masa llamada tumor. Un tumor puede ser canceroso o benigno. Un tumor canceroso es maligno, lo cual significa que puede diseminarse a otras partes del cuerpo. Un tumor benigno significa que el tumor no se diseminará.” (De la Garza & Juárez, 2014)

En etapa temprana, los cambios que experimenta una célula son anormales, no cancerosos. Sin embargo, los investigadores creen que algunos de estos cambios anormales son el primer paso en una serie de cambios progresivos que pueden llevar al cáncer. Algunas de las células anormales desaparecen sin tratamiento, pero otras pueden volverse cancerosas. Esta fase de la enfermedad se denomina displasia, que es un crecimiento anormal de las células. Las células anormales, a veces llamadas tejido precanceroso, deben ser extirpadas para evitar que se desarrolle el cáncer. A menudo, el tejido puede extirparse o destruirse sin dañar el tejido sano, pero en algunos casos, es necesario realizar una histerectomía como prevención del cáncer de cuello uterino. Una histerectomía es la extirpación del útero y el cuello uterino. (De la Garza & Juárez, 2014)

El tratamiento de una lesión, que es una zona pre-cancerosa, depende de los siguientes factores:

- El tamaño de la lesión y el tipo de cambios que las células han experimentado
- Si la mujer desea tener hijos en el futuro
- La edad de la mujer

- El estado de salud general de la mujer
- La preferencia de la mujer y de su médico

Si las células precancerosas cambian y se convierten en células cancerosas y se diseminan en el interior del cuello uterino o hacia otros tejidos y órganos, entonces la enfermedad se denomina cáncer de cuello uterino.

Existen 2 tipos principales de cáncer de cuello uterino, que llevan el nombre por el tipo de célula donde comenzó el cáncer. Otros tipos de cáncer de cuello uterino son pocos frecuentes.

- El **carcinoma de células escamosas** constituye aproximadamente el 80 % al 90 % de todos los tipos de cáncer de cuello uterino. Este tipo de cáncer se origina en las células de la superficie exterior que recubre el cuello uterino.
- El **adenocarcinoma** constituye aproximadamente el 10 % al 20 % de todos los tipos de cáncer de cuello uterino. Este tipo de cáncer se origina en las células glandulares que recubren la parte baja del canal de parto.

El cáncer cervical se encuentra en el cuello uterino, es la parte inferior y estrecha del útero (matriz) ubicada entre la vejiga y el recto.

Si las células anormales de la superficie de la cerviz se propagan más profundamente adentro de la cerviz, o a otros tejidos u órganos, la enfermedad toma el nombre de cáncer cervical. El cáncer cervical ocurre con más frecuencia en las mujeres mayores de 40 años. (De la Garza & Juárez, 2014)

“El envejecimiento es otro factor fundamental en la aparición del cáncer. La incidencia de esta enfermedad aumenta mucho con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la tendencia que tienen los mecanismos de reparación celular a perder eficacia con la edad. El consumo de tabaco y alcohol, la dieta malsana y la inactividad física son los principales factores de riesgo de cáncer en todo el mundo. Las infecciones crónicas por VHB (virus hepatitis B), VHC (virus de la hepatitis C) y algunos tipos de PVH (papiloma virus humano) son factores de riesgo destacados en los países de ingresos bajos y medianos. El cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuyen 8,2 millones de defunciones ocurridas en todo el mundo en 2012. Los principales tipos de cáncer son los siguientes” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018)

- pulmonar (1,59 millones de defunciones); -
- hepático (745 000 defunciones); -
- gástrico (723 000 defunciones)
- colo-rectal (694 000) defunciones)
- mamario (521 000 defunciones)
- cáncer de esófago (400 000 defunciones)

“Sin embargo, igual que otras ramas de la medicina que han intercambiado la calidad y la expectativa de vida, el cáncer en la modernidad contemporánea tiene, no solo explicaciones básicas bien documentadas, sino también alternativas terapéuticas que han demostrado una gran utilidad en los casos”. (OMS, 2018)

Ahora bien, el mundo contemporáneo de la ciencia y sobre todo de la biomedicina se han logrado impregnar de conocimientos y tecnologías recientes que consolidan el objetivo fundamental de cualquier investigación médica y social, como es el caso que aquí señalo y que permitirá disminuir la morbilidad y la mortalidad, así como ir a las causas para evitarlas y de esa manera lograr el sueño de la inmortalidad incompleta, que cada día la medicina acerca a la realidad. (De la Garza & Juárez, 2014)

Es decir, cuando se habla de cáncer, se hace de una forma en el cual se involucran paradigmas conceptuales mágico-religiosos y científicos sin ahondar en cada uno solo nos permite dar un panorama general de este amplio y complicado tema.

Con frecuencia debemos dejar de lado las relaciones del género humano con su medio ambiente, sus creencias, sus características individuales y los problemas emocionales que la sola mención de la palabra cáncer le ocasionan. La medicina especializada en oncología actual, centrada en pacientes de cáncer, han alcanzado niveles técnicos y científicos en el diagnóstico y en el tratamiento de dicho padecimiento.

Si bien la estructura anatómica del género humano es resultado de una larga evolución, no ocurrió lo mismo con el despertar de su inteligencia. Ésta ha sido, por el contrario, bastante brusca. Todo hace suponer que de una sola vez da paso al pensamiento y por lo tanto al razonamiento.

Así el hombre, desde sus inicios, se vio obligado a encontrar una respuesta a los avatares de su existencia y suponemos que de su búsqueda inicial no tardó en embarcarse en un viaje mucho más largo y profundo que le llevó de la superstición a la magia y de ahí, a encontrarse con la medicina y la ciencia, trazando en forma definitiva la vida de nuestra especie.

Las pruebas más antiguas de las primeras manifestaciones del cáncer datan de comienzos del periodo pleistoceno, es decir, hace aproximadamente setecientos mil años.

En la actualidad, la rama de la medicina que se dedica al estudio y tratamiento del cáncer, se le ha dado el nombre de Oncología; englobando en el término a las ramas que son la Cirugía, la Radioterapia, y la Quimioterapia (incluidas en esta: la hormonoterapia, la inmunoterapia y más recientemente la terapia molecular).

El cáncer es tan antiguo como el hombre y, a partir de éstas, existen numerosas teorías que a lo largo del tiempo han intentado explicar su presencia y las causas que lo originan para comprender no solo a esta enfermedad, sino al mismo cuerpo. Así, en los siglos del XVI a XVIII se realizaron interesantes contribuciones al conocimiento observacional y científico de las enfermedades.

CAPITULO III Estado del arte.

Para este capítulo se realizó un estado de la cuestión en relación al tema de investigación que aborda el imaginario del cáncer cervicouterino en las personas que lo enfrentaron, para ello se exponen a continuación las diferentes perspectivas, metodologías, teorías y conclusiones que diferentes autores, instituciones, artículos y revistas científicas han realizado con respecto al tema. En este sentido, la elaboración del estado del arte nos permitirá conocer y sintetizar los abordajes que ha tenido el objeto de estudio y sus conclusiones, para obtener una perspectiva en tanto a lo que se ha estudiado y de qué manera del tema.

Actualmente se han hecho investigaciones en diversos países del mundo de este padecimiento que enfrenta las mujeres, no solamente para prevenir el cáncer sino para detectar a tiempo y llevar una mejor calidad de vida en los pacientes y sobrevivientes de esta enfermedad.

Las investigaciones que se han llevado a cabo son:

- Las causas del cáncer.
- Cómo tratar el cáncer.
- El tratamiento del cáncer.
- La vida como una sobreviviente del cáncer.
- Factores de riesgo y cáncer en el cuello uterino.
- Las representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en la familia del paciente oncológico.

Entre otras, estas por mencionar las más destacadas para llevar a cabo una mejor vida hacia las personas que lo sufren.

Primera categoría de investigación

En esta investigación sobre el tema “El cáncer de mama en las mujeres de bajos recursos”, se enmarcarán las teorías, conceptos o tesis a fin de ofrecer un panorama sobre las posibilidades de acción e investigación que se han hecho sobre el tema.

“En México, la urbanización y los cambios en el estilo de vida de los últimos años han provocado transformaciones en los patrones de morbilidad y mortalidad en la mujer; así mientras, la frecuencia de las enfermedades intestinales ha reducido los padecimientos cardiovasculares, la diabetes mellitas, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer cervicouterino y el de mama han ido en aumento”. (OMS, 2011)

Segunda categoría de investigación

El imaginario social del cuerpo con cáncer de mamá: contrastación entre personal de salud y mujeres con cáncer de mama.

La parte que puede alimentar a mi tesis es el imaginario social, se deriva en representaciones de la realidad, en forma consciente y a nivel cognitivo, con las cuales se clasifica y determinan los códigos con los cuales se ha descrito esta realidad. “Se forman así, representaciones subjetivas que abstraen un significado al cual referirse y dotan de sentido a la existencia pues se derivan de concepciones y discursos que se registran en las convenciones que conforman

la diferenciación de los campos sociales en tanto que se hacen representaciones cognoscitivas de nosotros mismos y nuestras creencias, sobre actos, objetos, hechos, cualidades o relaciones, (...) Así también se suman a la estructura de poder con la que se representan los sistemas simbólicos. De esta forma aparecen estas representaciones colectivas en el lenguaje, categorías, símbolos, rituales e instituciones, formando un sistema cognitivo al que se otorga un valor dependiendo del contexto socio-cultural” (Figuerola et al., 2014)

Tercera categoría de investigación

Autoestima de mujeres con cáncer.

“La autoestima es la valoración que tenemos nosotras la opinión y el sentimiento que cada uno tiene a cerca de sí mismo de los propios actos, los propios valores y las propias conductas.

La autoestima construye un componente de vital importancia en el desarrollo de la persona ajustada a las demandas del miedo ambiental social” (Jiménez, 2012)

Cuarta categoría de investigación

Autoestima para mujeres con cáncer de mama una carga emocional.“Branden (1992) nos indica que cuando la autoestima es baja disminuye nuestra resistencia frente a las adversidades de la vida. Nos derrumbamos ante vicisitudes que un sentido más positivo del uno mismo podría vencer.

Tendemos a estar más fluidos por el deseo de evitar el dolor que de experimentar la alegría. Lo negativo ejerce más poder sobre nosotros que lo positivo. La autoestima se proclama como necesidad en virtud de que su ausencia (relativa) traba nuestra capacidad para funcionar”. (Ponce, 2009)

Quinta categoría de investigación

Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en pacientes oncológicos.

“Lo importante parece ser apropiarse de un discurso en el que un ser superior, una divinidad, esté presente; porque el pensamiento y la palabra tienen valor. Si se cree y se habla de Dios, se puede esperar que haya un milagro y que uno mismo sea el objeto sobre el cual obre la mano y el poder de Dios. Creer puede contribuir al proceso de aprender, de aproximarse al entendimiento de la aparición de la enfermedad; puede ayudar a que se desarrolle la convicción de que se tiene una misión y de que todo lo que se está viviendo tiene una explicación”. (Palacios, 2015)

Sexta categoría de investigación

El imaginario social del cuerpo con cáncer de mamá: contrastación entre personal de salud y mujeres con cáncer de mama.

“El imaginario social, se deriva en representaciones de la realidad, en forma consciente y a nivel cognitivo, con las cuales se clasifica y determinan los códigos con los cuales se ha descrito esta realidad. Se forman así, representaciones subjetivas que abstraen un significado

al cual referirse y dotan de sentido a la existencia pues se derivan de concepciones y discursos que se registran en las convenciones que conforman la diferenciación de los campos sociales en tanto que se hacen representaciones cognoscitivas de nosotros mismos y nuestras creencias, sobre actos, objetos, hechos, cualidades o relaciones”. (Figueroa et al., 2014)

Séptima categoría de investigación

El cáncer

“El cáncer en la modernidad de la medicina contemporánea tiene, no sólo explicaciones básicas bien documentadas, sino también alternativas terapéuticas que han demostrado una gran utilidad en la mayoría de los casos”. (De la Garza & Juárez, 2014)

Octava categoría de investigación.

El impacto del cáncer sobre la autoimagen y autoestima

“En este artículo se exponen los efectos de la cirugía y de los tratamientos, sobre todo aquellos que poseen efectos visibles como la extirpación de la mama y la caída del cabello, entre otros, pueden mermar la imagen que cada mujer posee de sí misma, y por ende, generar secuelas negativas sobre su autoestima”. (Corporación Yo Mujer, 2019)

Novena categoría de investigación.

Las representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en la familia del paciente.

“Esta investigación cualitativa tuvo como objetivo develar las representaciones sociales (RS) del cáncer y la quimioterapia en 25 familiares de pacientes oncológicos adultos con quienes se realizaron entrevistas en profundidad y asociaciones libres. Se utilizó el programa Atlas. Para el análisis de los datos, con base en la teoría de las RS. Se encontró que el familiar del paciente cumple un papel protagónico; tiene funciones diversas como el acompañamiento y la contención y está tan implicado como el paciente en el proceso de enfermedad. Así, los familiares representan el cáncer y la quimioterapia de manera predominantemente negativa, lo que favorece la presencia de ansiedad y la percepción de sufrimiento”. (Palacios, 2015)

CAPÍTULO IV. Marco teórico

En este capítulo se presentan las aproximaciones teóricas que se emplearon para la realización de esta investigación, la finalidad del marco teórico es sustentar, en la medida de lo posible, los objetivos de análisis por medio de nociones teóricas y conceptos que puedan explicar la realidad inmediata de nuestro fenómeno de estudio el cual se refiere al imaginario del cáncer cervicouterino de las personas que lo enfrentaron.

Identidad.

Para este capítulo empecé por definir identidad y cultura, siguiendo a Gilberto Giménez, la identidad es una de las categorías claves recientemente incorporadas al léxico conceptual de las ciencias sociales, pese a la animadversión inicial de algunos posmodernos que la consideraban como una amenaza virtual a su tesis de la “hibridación” y de la fluidez cultural.

“La amplia aceptación de este concepto se debe, en primer lugar, a su carácter estratégico y a su poder condensador, pero también a la percepción creciente de su necesidad teórica. En efecto, el concepto de identidad es uno de esos conceptos de encrucijada hacia donde converge una gran parte de las categorías centrales de la sociología, como cultura, normas, valores, status, socialización, educación, roles, clase social, territorio, región, etnicidad, género, medios, etc.”. (Giménez,2016)

Identidad individual.

“En primera aproximación, la identidad tiene que ver con la idea que tenemos acerca de quiénes somos y quiénes son los otros, es decir, con la representación que tenemos de nosotros mismos en relación con los demás. Implica, por lo tanto, hacer comparaciones entre las gentes para encontrar semejanzas y diferencias entre las mismas. Cuando creemos

encontrar semejanzas entre las personas, inferimos que comparten una misma identidad distinguible de la de otras personas”. (Giménez, 2010)

“Las identidades individuales, al igual que la cultura les sirve de nutriente, se adquieren y se forman mediante el aprendizaje. Por eso el tratamiento de esta problemática requiere movilizar toda la sociología de la socialización, tomando especialmente en cuenta la distinción entre socialización primaria y socialización secundaria (educación escolar, influencia de los camaradas de generación, etc.), así como también la distinción entre agencias formales y discretas de socialización padres, maestros, autoridades, y agencias difusas (celebraciones conmemorativas, publicidad de los media, usos y costumbres, que en conjunto ejercen una influencia retórica sobre los sujetos inculcándoles o proponiéndoles “modelos de identidad”. Uno de los problemas que se plantean en el aprendizaje de la identidad radica precisamente en el hecho de que, en las sociedades urbanas complejas, se dificulta la formación de “identidades fuertes” debido a la discontinuidad y a la frecuente incoherencia entre las diferentes agencias de socialización, lo cual es una consecuencia del pluralismo cultural y de la multiplicidad de las experiencias comunicativas”. (Giménez,2016)

Ervin Goffman afirma que la identidad se forma y se desarrolla representando en forma convincente de determinados roles en conformidad con las expectativas sociales, exactamente como hace un actor de teatro. Pero el propio Goffman admite que el repertorio de roles susceptibles de ser adoptados no es ilimitado, ya que depende de la gama de roles sociales disponibles en una sociedad particular en un tiempo determinado. Se apoya en la teoría psicoanalítica de Freud para afirmar que la identidad se adquiere desde la más temprana edad, mediante el control de los sentimientos y deseos inconscientes relacionados con la búsqueda del placer y la sexualidad, y mediante la identificación con el padre o la

madre, según el sexo. En efecto, para Freud las experiencias de la niñez temprana son importantes para entender nuestra identidad. Nuestra concepción de quiénes somos se vincula principalmente con la conciencia de nuestras identidades como hombres o como mujeres.

Por ejemplo las mujeres que son diagnosticadas con cáncer, tienen una identidad individual, es decir, empiezan por reconocerse a sí mismas, la forma de vestir, la forma de actuar, lo que les gusta y lo que no les gusta, por otro lado está la identidad cultural, es aquello que les permite identificarse con los elementos culturales de su país, otra forma de saber su identidad es mediante la identidad religiosa, en este caso representa la diferencia de culto que uno puede elegir, y con cual se siente identificada, esto ya sea que se siga un patrón por parte de la familia o que al tener libre albedrío decida el tipo de religión a la que decida pertenecer, eso es por gusto y no por obligación

“En la escala individual, la identidad puede ser definida como un proceso subjetivo y frecuentemente auto-reflexivo por el que los sujetos individuales definen sus diferencias con respecto a otros sujetos mediante la auto-asignación de un repertorio de atributos culturales generalmente valorizados y relativamente estables en el tiempo”. (Giménez, 2010)

Es decir, si aceptamos que la identidad de un sujeto se caracteriza ante todo por la voluntad de distinción, demarcación y autonomía con respecto a otros sujetos, se plantea naturalmente la cuestión de cuáles son los atributos diacríticos a los que dicho sujeto apela para fundamentar esa voluntad. Se trata de una doble serie de atributos distintivos, todos ellos de naturaleza cultural:

- Atributos de pertenencia social que implican la identificación del individuo con diferentes categorías, grupos y colectivos sociales.
- Atributos particulares que determinan la unicidad idiosincrásica del sujeto en cuestión

Por lo tanto, la identidad de una persona contiene elementos de lo “socialmente compartido”, resultante de la pertenencia a grupos y otros colectivos, y de lo “individualmente único”. Los elementos colectivos destacan las semejanzas, mientras que los individuales enfatizan las diferencias, pero ambos se conjuntan para constituir la identidad única, aunque multidimensional, del sujeto individual.

La cultura como identidad.

Gilberto Giménez señala que los conceptos de identidad y de cultura son inseparables, por la sencilla razón de que el primero se construye a partir de materiales culturales.

“La cultura no debe entenderse nunca como un repertorio homogéneo, estático e inmodificable de significados. Por el contrario, puede tener a la vez zonas de estabilidad y persistencia y zonas de movilidad y cambio. Algunos de sus sectores pueden estar sometidos a fuerzas centrípetas que le confieran mayor solidez, vigor y vitalidad, mientras que otros sectores pueden obedecer a tendencias centrífugas que los tornan, por ejemplo, más cambiantes y poco estables en las personas, inmotivados, contextualmente limitados y muy poco compartidos por la gente dentro de una sociedad”. (Giménez, 2016)

Pero lo importante aquí, como ya señalamos, es tener en cuenta que no todos los repertorios de significados son culturales, sino sólo aquellos que son compartidos y relativamente duraderos. Las consideraciones precedentes pueden parecer un tanto abstractas, pero basta un breve ejercicio de reflexión y autoanálisis para percatarnos de su carácter concreto y

vivencial. En efecto, si miramos con un poco de detenimiento a nuestro alrededor, nos damos cuenta de que estamos sumergidos en un mar de significados, imágenes y símbolos. Todo tiene un significado, a veces ampliamente compartido, en torno nuestro: nuestro país, familia, casa, automóvil, lugar de estudio o de trabajo, música preferida, amigos y nuestros entretenimientos; los espacios públicos de nuestra ciudad, nuestra iglesia, nuestras creencias religiosas, nuestro partido y nuestras ideologías políticas. Y cuando salimos de vacaciones, cuando caminamos por las calles de la ciudad o cuando viajamos en el metro, es como si estuviéramos nadando en un río de significados, imágenes y símbolos. Todo esto, y no otra cosa, son la cultura o, más precisamente, nuestro “entorno cultural”. (Giménez, 2016)

Por ejemplo en este caso la mujeres que son diagnosticadas con cáncer, le asignan un significado, es decir depende de cada mujer, ya que cada una construye su propia identidad recurriendo a sus orígenes.

Pero necesitamos dar un paso más para destacar lo siguiente, por una parte, los significados culturales se objetivan en forma de artefactos o comportamientos observables, 4 llamados también “formas culturales” por John B. Thompson (1998: pág. 202), por ejemplo, obras de arte, ritos, danzas y por otra se interiorizan en forma de “habitus”, de esquemas cognitivos o de representaciones sociales. En el primer caso tenemos lo que Bourdieu llamaba “simbolismo objetivado” y otros “cultura pública”, mientras que en el último caso tenemos las “formas interiorizadas” o “incorporadas” de la cultura.

La identidad no es más que la cultura interiorizada por los sujetos, considerada bajo el ángulo de su función diferenciadora en relación con otros sujetos. En efecto, ya Immanuel Wallerstein señalaba que una de las funciones casi universalmente atribuida a la cultura es la de diferenciar a un grupo de otros grupos. En este sentido representa el conjunto de los rasgos

compartidos dentro de un grupo y presumiblemente no compartidos (o no enteramente compartidos) fuera del mismo. De aquí su papel de operadora de diferenciación.

Imaginario social

Lo imaginario, o más precisamente, un imaginario, es un conjunto real y complejo de imágenes mentales, independientes de los criterios científicos de verdad y producidas en una sociedad a partir de herencias, creaciones y transferencias relativamente conscientes; conjuntas que funciona de diversas maneras en una época determinada y que se transforma en una multiplicidad de ritmos. Conjunto de imágenes mentales que sirve de producciones estéticas, literarias y morales, pero también políticas, científicas y otras, como de diferentes formas de memoria colectiva y de prácticas sociales para sobrevivir y ser transmitido.

Los imaginarios implican desde esta perspectiva la configuración de contextos simbólicos de interpretación que enlazan representaciones colectivas producidas socialmente. De esta forma, se hace necesario aclarar la idea de la existencia de contextos simbólicos y lo que podría entenderse por representaciones colectivas.

Los imaginarios sociales son esquemas socialmente contruidos que nos permiten percibir, explicar e intervenir las realidades inmediatas que vivimos cotidianamente. El término lo acuñó Castoriadis en *La institución imaginaria de la sociedad* (1965), obra en la que definió a los imaginarios como fenómenos duales, pues son simultáneamente singulares y colectivos. El autor denominó a estos dos tipos de imaginarios como radicales y sociales, respectivamente.

En este caso, las mujeres con cáncer, comparten un imaginario social, en torno al su cuerpo con cáncer, con el dolor, la tristeza, la enfermedad, el cuestionamiento del porqué de la enfermedad.

Sobre la comunicación, igual que sobre cualquier otro fenómeno social y cultural, existen entonces imaginarios que apuntan hacia concepciones muy diversas, en algunos casos incluso contradictorias. La comunicación es simultáneamente fenómeno, campo de conocimiento científico y educativo y campo profesional, no nos ha de extrañar que sobre ella existan representaciones e imaginarios muy distintos según sea el ángulo desde la que la miremos y los sujetos a los que tomemos como constructores de los referentes de sentido. (Rizo, 2012)

Como señala Hélén Védrine (2008) lo imaginario es un dominio fundamental de la vida social que remite al orden del mito como ordenador de la realidad. Su génesis descansa en la imaginación, facultad humana que lejos de ocupar un lugar occidental en la en la dinámica consistente del ser humano, se encuentra presente en el interior de todos los ámbitos del saber.

A lo largo del desarrollo del pensamiento occidental, el imaginario ha sido tratado de formas diversas por autores diferentes. En algún contexto, el tratamiento de lo imaginario es peyorativo, al ser concebido desde una actitud racionalista o intelectual como un orden que escapa al dominio de lo racional. En otras localizaciones, sin embargo, se contempla lo imaginario como una fuente de riqueza vital a través del ensueño que impregna la vida de los individuos y las sociedades.

“Los imaginarios son esquemas socialmente contruidos, y ello significa que su entidad posee un elevado grado de abstracción semejante a las referencias temporales que implican una determinada constancia en la secuencia, priorización y jerarquización de nuestras percepciones a través del código relevancia/opacidad socialmente diferenciado” (Pintos, 2005).

Estos imaginarios nos permiten percibir, explicar e intervenir; ello se explica porque los sujetos tenemos a nuestro alcance, como diría Schütz, un “repertorio de conocimiento disponible” o un “acervo de conocimiento” (Schütz, 1974), que posibilita “unas referencias semejantes de percepción (espaciales, temporales, geográficas, históricas, culturales, religiosas, etc.

Ahora bien, la caracterización del concepto de imaginario social parte de la siguiente definición:

“Lo imaginario, o más precisamente, un imaginario, son un conjunto real y complejo de imágenes mentales, independientes de los criterios científicos de verdad y producidas en una sociedad a partir de herencias, creaciones y transferencia relativamente consciente; conjunta que funciona de diversas maneras en una época determinada y que se transforma en una multiplicidad de ritmos. Conjunto de imágenes mentales que sirve de producciones estéticas, literarias y morales, pero también políticas, científicas y otras, como de diferentes formas de memoria colectiva y de prácticas sociales para sobrevivir y ser transmitido”. (Martínez, 2008).

Los imaginarios implican desde esta perspectiva la configuración de contextos simbólicos de interpretación que enlazan representaciones colectivas producidas socialmente. De esta forma, se hace necesario aclarar la idea de la existencia de contextos simbólicos y lo que podría entenderse por representaciones colectivas. Los contextos simbólicos, o constelaciones de significaciones sociales, pueden entenderse como:

Conjuntos de respuestas sobre la tragedia, el amor, la moral, la muerte, etc., preguntas estas planteadas a toda la sociedad y que cada una responde espacio-temporalmente de forma variada, pero en todos los casos dispone de una cosmología, de una imagen del mundo con la que el individuo se identifica (o diferencia si pertenece a otra sociedad con simbolismo diferente). Según Durkheim, este mundo de significaciones sociales se estructura en torno a

dos esferas arquetípicas: lo sagrado y lo profano, que delimitan y configuran el mundo para el hombre (Beraiain, 1990).

Así, dichos contextos simbólicos permiten expresar el saber social que se encuentra en la base fundacional de lo social y, por ende, devienen como sugerencias o ilusiones que encantan a los individuos dándoles las seguridades simbólicas necesarias para enfrentar su devenir histórico o las contingencias de la existencia. Los imaginarios sociales, en tantos contextos simbólicos, economizan angustias y configuran corazas protectoras frente al destino. Este encantamiento simbólico sólo puede llegar a ser accesible a la percepción y conciencia de los individuos gracias a las formas lingüísticas e iconográficas en que se expresan.

En este sentido, los imaginarios asumen cierta certeza que, al ser reconocidos en tantas construcciones socioculturales, no pueden resistir las reconstrucciones del devenir histórico. Así, para Durkheim, en un momento de estructuración de la sociedad moderna denominado por Beraiain (1995) como fundacional, el mundo instituido de significado se presenta como una gran unificación simbólica entendida como conciencia colectiva, en la cual los individuos pertenecientes a formaciones sociales pre modernas se integraban acríticamente y de forma simplemente reproductiva a las herencias y acervos culturales entendidos como instituyentes de lo social. Esta conciencia colectiva u homogeneización simbólica portaba acciones sociales de adscripción funcional a demandas colectivas.

Durkheim expresa que, en las sociedades modernas, basadas en universos simbólicos heterogéneos, debidas, según Weber, al proceso de desencantamiento del mundo, se presenta la sedimentación de las conciencias colectivas dando lugar a las representaciones

colectivas más descentradas y por ende portadoras de acciones sociales enfocadas a actuaciones más puntuales y disgregadas (Durkheim, 1985).

Los imaginarios sociales como conjuntos de imágenes mentales que sirven de producciones estéticas, literarias y morales, pero también políticas, científicas y otras, como de diferentes formas de memoria colectiva y de prácticas sociales para sobrevivir y ser transmitidos. (Posada, 2008)

Los imaginarios sociales se despliegan como portadores de imágenes y formas de comprender la realidad, así como detonantes de la acción social. Por ello, lo imaginario sería el conjunto de imágenes que cada uno compone a partir de la aprehensión que tiene de su cuerpo y de su deseo, de su entorno inmediato y de su relación con los otros, a partir del capital cultural recibido y adquirido, así como de las elecciones que provocan una proyección en el porvenir próximo.

La socialización de los imaginarios individuales, es decir, su configuración, se gesta en la relación continua y dialógica existente entre subjetividad y cultura. La subjetividad sería la manera como se encarna la cultura en cada sujeto. La cultura sería el acervo de conocimientos socialmente construidos que se encuentran a disposición de los sujetos. El imaginario sería de esta forma, reserva y potencia; reserva en tanto actualización de la cultura y potencia en cuanto a creatividad o dinamización de la subjetividad. Desde esta mirada, lo imaginario sólo tiene sentido en el contexto de los mundos de la vida que cada sujeto configura experiencia en relación con lo otro el mundo y los otros sujetos (Posada, 2008)

En lo imaginario coexisten tres grandes categorías:

1. Las imágenes entendidas como realidades físicas y mentales que se encuentran en todos los escenarios vitales y permiten ver la realidad. Es de anotar que las imágenes son representaciones que pueden llegar a ser colectivas en cuanto sintetizan acervos de conocimientos socialmente producido. Por ejemplo las imágenes de la virgen de Guadalupe y de Dios
2. Los imaginarios son los marcos de referencia desde los cuales los sujetos decodifican las imágenes que le vienen del contexto y configuran las suyas propias.
3. La fantasía es el escenario de la imaginación creativa, de las cosas no pensadas ni dichas, donde las imágenes y los imaginarios pueden realizar su función poética.

Dado lo anterior, los imaginarios sociales rigen los procesos de identificación y de integración social y hacen visible la invisibilidad social; de allí la importancia de su estudio y su posible relación con el momento iconológico para el estudio de las imágenes.

En este caso los imaginarios sociales en resumen son conjuntos reales y complejos de imágenes mentales, independientes de los criterios científicos de verdad y producidas en una sociedad a partir de herencias, creaciones y transferencias relativamente conscientes.

Las mujeres se crean su propio imaginario social de lo que es el cáncer, a partir de lo que han visto, y de la información que tienen sobre el tema, y se crean un imaginario (escenario) por llamarlo así en el cual se están visualizando con la enfermedad aun sin empezar un tratamiento, es en el momento de la noticia cuando surge este imaginario, y es ahí donde empiezan a tener la necesidad de orar a cualquier imagen de un santo para les ayude con la enfermedad,

Creencias y las formas del conocimiento.

Durkheim (1928) analiza el fenómeno religioso de dos categorías la verdad o falsedad propias del racionalismo. Para Durkheim, no existe religión falsa, ya que toda religión tiene siempre un origen social y es una expresión vivencial con una lógica que responde a unas determinadas necesidades de existencia de la sociedad.

En las formas elementales de la vida religiosa insiste reiteradamente en que el reconocimiento del origen social afecta al propio pensamiento conceptual, el cual traducirá una manera particular. Cada cultura construye y estructura el mundo de forma distinta a través de unas herramientas conceptuales y gnoseológicas diferentes; la conclusión de lo anterior es obvia: la imposibilidad de concebir un marco lógico-conceptual, universal e histórico para organizar la realidad, pero que esté desvinculado de unos fundamentos sociales. (Palacios, 2015)

En este sentido y en relación con el tema, las mujeres que son diagnosticadas con cáncer, tienen en mente una idea directa de la enfermedad y le dan una interpretación, que complacen sus necesidades a través de algún tipo de explicación.

Lo importante parece ser apropiarse de un discurso en el que un ser superior, una divinidad, esté presente; porque el pensamiento y la palabra tienen valor. Si se cree y se habla de Dios, se puede esperar que haya un milagro y que uno mismo sea el objeto sobre el cual obre la mano y el poder de Dios. Creer puede contribuir al proceso de aprender, de aproximarse al entendimiento de la aparición de la enfermedad; puede ayudar a que se desarrolle la convicción de que se tiene una misión y de que todo lo que se está viviendo tiene una explicación.

En este caso los imaginarios que se encuentran presentes en esta investigación son la muerte, el dolor, la tristeza, la enfermedad, el tratamiento y la fe.

El uso del enfrentamiento religioso/espiritual.

“Estudios epidemiológicos desarrollados en las últimas décadas indican una relación positiva entre espiritualidad y religiosidad y mejores indicadores de salud. Espiritualidad se puede comprender como la esencia de una persona, una búsqueda de significado y propósito en la vida. Ya la religión puede ser definida como una expresión parcial de la espiritualidad, practicada mediante tradiciones sagradas, transmitida a través del patrimonio cultural, acompañada de dogmas y doctrinas”. (Mesquita, 2013)

“Personas religiosas frecuentemente demuestran mayor capacidad de lidiar con circunstancias adversas de la vida con la utilización del psique religioso/espiritual. Psique o enfrentamiento se refiere a un conjunto de estrategias, cognitivas y de comportamiento, utilizadas con objeto de enfrentar situaciones de estrés”. (Mesquita, 2013)

La psique es el conjunto de las capacidades humanas de un individuo que abarca los procesos conscientes e inconscientes. La palabra psique es de origen griego ψυχή (psyché) que significa alma humana.

Antiguamente, el término psique estaba relacionado con un tipo de energía o fuerza vital de un individuo que estaba unida al cuerpo en vida y se separaba de este tras su muerte.

Años después, el concepto se alejó de la filosofía y se acercó al área de la psicología, tal como fue descrito anteriormente.

En el área de las religiones, hay muchos teólogos que se han dedicado a este concepto como el caso de Santo Tomás de Aquino, quien sostiene que el alma es la parte esencial del ser humano y, por ende, es lo que hace que un ser humano se distinga del otro.

La psique humana es el orden mental establecido por el funcionamiento del intelecto, la emoción y la voluntad.

Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, estableció que el psiquismo humano transcurre en dos modalidades:

- **el consciente**, que contiene los datos inmediatos, funciona de forma lógica y es presidido por el principio de la realidad y
- **el inconsciente**, por su parte, según el cual los individuos no poseen los conocimientos ciertos del contenido y deben inferirlo a través de actos o verbalizaciones, está dominado por el principio del placer.

En referencia a lo anterior, Freud desarrolla el Yo, el Ello y el Superyó. El primero representa el consciente, el segundo simboliza el inconsciente y, el tercero posee contenidos conscientes e inconscientes.

A su vez, Carl Jung indicó que la psique humana es el “sí misma” dividió el contenido de la psique en tres partes:

- **El yo**: formado por todos los pensamientos conscientes y presentes.
- **El inconsciente personal**: es el inconsciente propuesto por Freud.

- **El inconsciente colectivo:** formado por las experiencias de todos los seres humanos, es decir, son experiencias compartidas como religiosas, culturales, musicales, propuestas por Jung.

En este caso, las mujeres pasan por este proceso del Freud, el cual consiste en diferenciar lo psíquico entre consciente e inconsciente, ya que esa diferenciación o discriminación es la única que le da la posibilidad de comprender los procesos patológicos de la vida anímica, en este caso cuando se les da el diagnóstico del cáncer.

Una descripción que el propio Freud se ve obligado a cuestionar al tomar en consideración lo que sucede en la situación psicoanalítica, en la cual, el enfermo plantea dificultades cuando le planteamos ciertas tareas; sus asociaciones fallan cuando deberían aproximarse a lo reprimido, y puesto que esa resistencia seguramente parte de su yo y es resorte de éste, enfrentamos una situación imprevista, es decir, en la situación psicoanalítica, “en el análisis” el yo aparece no sólo siendo una “organización coherente” o “ejerciendo un control” o “aplicando la censura”, sino como *una masa libidinal de enunciados identificatorios* que se resiste por razones libidinales a levantar la acción que él mismo ha ejecutado. (Gutiérrez, 2010)

Imaginario social del cuerpo con cáncer.

“El cuerpo se asocia a la naturaleza, pero se ha representado en la cultura, al ser construido, reconstruido, reconocido u ocultado, dependiendo del momento histórico (Bustos-Romero, 2011). A partir del orden económico de liberalismo y modernismo de fines del siglo XIX, la mirada del cuerpo es a través de una relación de mercado, donde debe responder a los imperativos eficientes de nuestra sociedad al ser considerado parte de la fuerza productiva”. (Figuroa et al., 2014)

Es pensado, registrado, ideado como imagen, con la que se puede soñar, construir, destruir, hacer, es por ello por lo que se incorpora el concepto de imagen corporal para referirse a la percepción que tenemos de nuestro cuerpo, “por imagen del cuerpo humano entendemos aquella representación que nos formamos del propio cuerpo.

“El cuerpo desde el punto de vista de la salud y enfermedad es algo que ha sido y es importante porque está íntimamente relacionado con el ser y hacer del ser humano contemporáneo, en donde la persona con cáncer que tiene tratamiento y que es cuidado por los profesionales de Enfermería requieren cuidado y comodidad al paciente para promover la curación, el bienestar y proveer un ambiente saludable que redujera el sufrimiento y el deterioro de la salud, es decir, no sólo es preocuparse por la comodidad del paciente, sino de acercarse más a entender qué siente desde el pensamiento que el cuerpo tiene cambios psicofisiológicos cuando se logra la relación humana”. (Sosa, 2014)

De acuerdo con el modelo biomédico que busca la eficiencia del cuerpo, se concibe a éste como un instrumento que se puede deteriorar o no funcionar, por lo que se tiene que someter a la instrumentación médica para su reparación, así como para evitar el sufrimiento, el envejecimiento y la muerte. Se olvida que el cuerpo no es sólo un objeto o soporte biológico, con sus estructuras funciones y procesos, sino que conlleva una significación social imaginaria y, en el caso de un cuerpo enfermo de cáncer, de una significativa vigilancia social por la asociación de éste con la muerte (Barrera Tello & Manero Brito, 2009).

“En México hay barreras ya identificadas socialmente que incrementan el riesgo de una detección no temprana del cáncer, como son el miedo y la vergüenza por la exploración médica lo cual puede ser un factor para que en México aún se tenga un alto índice de cáncer no diagnosticado en forma temprana, ya que sólo del 1 al 5% de las personas que desarrollan

cáncer se detecta a tiempo, por lo tanto, se considera un problema de salud pública. Aunado a ello se encuentran los mitos e imaginarios de la población en general que se desarrollan socialmente por el desconocimiento de las causas del cáncer, algunos de ellos relacionados con la creencia de que la misma persona produce esta patología por sus hábitos y actitudes, o incluso por problemas no resueltos de su niñez”. (Holland & Lewisg, 2004).

“Por imaginario social se entiende la postura epistemológica que postula la construcción social de esquemas, mecanismos o dispositivos que permiten percibir algo como real, explicitándolo e interviniendo operativamente a través del poder que detentan las instituciones que las regulan”. (Cegarra, 2012).

“El imaginario social, se deriva en representaciones de la realidad, en forma consciente y a nivel cognitivo, con las cuales se clasifica y determinan los códigos con los cuales se ha descrito esta realidad. Se forman así, representaciones subjetivas que abstraen un significado al cual referirse y dotan de sentido a la existencia pues se derivan de concepciones y discursos que se registran en las convenciones que conforman la diferenciación de los campos sociales en tanto que se hacen representaciones cognoscitivas de nosotros mismos y nuestras creencias, sobre actos, objetos, hechos, cualidades o relaciones. Así también se suman a la estructura de poder con la que se representan los sistemas simbólicos”. (Cegarra, 2012).

“De esta forma aparecen estas representaciones colectivas en el lenguaje, categorías, símbolos, rituales e instituciones, formando un sistema cognitivo al que se otorga un valor dependiendo del Contexto sociocultural. Las representaciones del mundo social tienen un campo específico, pues contienen la información de las personas que las sustentan, de esta forma proceden y conforman el fondo cultural de las creencias compartidas, opiniones, valores

básicos y normas de sus referentes históricos y culturales, así como su actitud positiva o negativa hacia el objeto social representado, por ello se alude al sentido común que tienen las personas de un colectivo social sobre un objeto dado". (Piña, 2004).

Cabe señalar que esta división entre mente-cuerpo es parte de la problemática que enfrenta un trabajo tan complejo como el que se plantea frente a un ser humano que es diagnosticado con cáncer de mama. Por lo tanto, es importante considerar el cuerpo como aquel que pertenece a una persona, la cual, además de contener la mente y la enfermedad, debe vérselo en el entorno personal y social. La relación con él, los contactos personales y los papeles sociales obligan a la persona, su cuerpo, a moverse y a estar de una manera determinada. (Muñoz, 1999). El cuerpo y la mente forman un todo que es el ser humano. De este modo, estas mujeres, no sólo se tienen que enfrentar a la enfermedad y los efectos secundarios de sus tratamientos, también deben afrontar los estándares de belleza que enfatiza la sociedad, en donde la cultura predominante establece que la mujer debe ser bonita, delgada y voluptuosa.

No obstante, las mujeres que reciben el diagnóstico de cáncer cervicouterino, por lo general son sometidas a una cirugía, y a procesos químicos con efectos secundarios que marcan el cuerpo, produciendo pérdida de cabellos, pérdida, de peso, de movilidad en los brazos, menopausia prematura, entumecimiento o hormigueo en los dedos y pies, pérdida de la oportunidad de tener hijos propios (biológicos) entre otras consecuencias corporales (Stanton & Reed, 2003). Estos cambios en el cuerpo pueden no sólo impactar la salud física de una mujer sino, también, su salud mental. De este modo, una mujer con un diagnóstico de cáncer no sólo enfrenta cambios que se pueden registrar a un nivel físico, sino también deben

afrontar el impacto de dicha enfermedad en su psiquis; impacto que puede ser más arduo de enfrentar y con mayor secuela a lo largo del tiempo en la vida de una mujer.

Sin embargo, un factor muy importante hoy en día son los estereotipos de belleza, los medios de comunicación y publicidad juegan este papel importante en los estereotipos de belleza actuales, baja autoestima en las mujeres, pero lejos de generar autoestima, lo que hacen es crear una visión negativa ante la misma, pues nos crean esta idea que son prejuicios etiquetas que causan un impacto negativo ante la sociedad.

Feminidad de la mujer con cáncer.

Es importante mencionar el papel que juega la feminidad en las mujeres con cáncer cervicouterino, ya que, en el momento del diagnóstico de un cáncer, es, probablemente, el golpe más duro. Debido a la quimioterapia, muchas mujeres pierden el pelo. Ello hace que se vean sin cabello, cejas ni pestañas. “El papel de la psicología es muy importante. Se ha comprobado que ante dos pacientes en condiciones parecidas la que tiene un entorno más favorable presenta una mejor recuperación. Pretendemos evitar que al diagnóstico de cáncer se añada un segundo diagnóstico, el psiquiátrico. Por ello, tanto si el propio paciente expresa la voluntad de ser atendido por un psicólogo como si es el especialista quien detecta la necesidad, estamos presentes en todo el proceso, acompañando al enfermo”. (Calderón, 2015)

No obstante, el mismo curso de la enfermedad trae consigo diversas complicaciones que se representan de manera novedosa en la vida, y la mayoría de las veces dicho cambio trae consigo diversos conflictos de vida y posición frente a la enfermedad.

En el caso de las mujeres con cáncer tienen a ver su imagen corporal de otra forma, se refiere a cómo una persona se siente y piensa sobre su propio cuerpo, la manera en que una persona se siente sobre su cuerpo puede influenciar el modo en que se siente sobre sí misma; la imagen corporal y el valor propio a menudo juegan roles importantes en la psiquis del ser humano que se influyen entre sí.

Sobre todo, si los procedimientos oncológicos, como la cirugía conllevan secuelas que limitan y potencializan el desgaste cognitivo, emocional y conductual de las pacientes.

La mujer que padece cáncer de cualquier tipo ya sea de mama, cervicouterino, de esófago o de colon, lo asocian con su cuerpo, pues el cuerpo humano es, irremediamente, un producto de la historia, lo que marca la diferencia entre una época histórica; otra son las formas en que este ha sido signado y por tanto vivido, lo cual se ha manifestado en los distintos estilos de vivir, de nacer, morir, concebirse y por tanto, de actuar.

“En el siglo XIX se afianzó esta idea de la feminidad ligada a la belleza, la fragilidad y delicadeza del cuerpo de las mujeres. Con esa mirada decimonónica, los historiadores y demás estudiosos, recuperaron el “pasado de la humanidad” de manera eurocentrista y androcéntrica buscando en ese pasado, los valores estéticos predominantes en sus sociedades”. (Muñiz,2014)

En las sociedades contemporáneas caracterizadas por una exigencia cada vez mayor de cuerpos perfectos, bellos y saludables, se han adoptado y producido una gama de modelos de belleza tanto para hombres como para mujeres, en los que se desconoce y se excluye cualquier tipo de diferencia. Tales patrones promueven la discriminación racial, la de los discapacitados y por supuesto de quienes no cumplen con las características de belleza que

se le atribuyen a la piel blanca, al cabello rubio, a los ojos claros, la nariz "respingada", la estatura y la delgadez extrema. Es el caso de la imposición de estándares corporales a una sociedad heterogénea como la mexicana y, podríamos afirmar, de la latinoamericana donde al mismo tiempo que se difunde un reconocimiento a la diferencia, los elementos discriminatorios y excluyentes se han vuelto cotidianos.

Alcanzar dichos estándares de belleza y transformar los cuerpos en "cuerpos perfectos" es en uno de los objetivos fundamentales de la existencia de ciertos sujetos. Los márgenes de normalidad son tan estrechos que frente a la imagen corporal creada, aceptada y promovida desde los diversos discursos, los cuerpos anómalos aumentan. Ahora debemos luchar contra la obesidad y la gordura, mantener la piel firme, el rostro terso y sin arrugas, el cabello sin canas, las formas bien definidas, en fin, hay que corregir lo que no se encuentre acorde con el modelo.

“En los años ochenta se inauguró la noción del cuerpo como una confección de sí mismo convirtiéndose en uno de los objetivos personales más relevantes en las sociedades postindustriales. En un contexto de crisis e incertidumbres, el cuerpo de los sujetos representaba algo más que sus capacidades físicas, adquirió una importante significación para su propia existencia al tener la posibilidad de construirse de la manera en la que le gustaría ser”. (Muñiz, 2014)

En la concepción actual del sujeto, el cuerpo es una creación más de la empresa personal. La sociedad prepara y alienta a los individuos para procurarse un cuerpo que ostente juventud, delgadez y sensualidad; en tanto que debemos rechazar el cuerpo decadente, envejecido o discapacitado.

Siguiendo a Georges Vigarello (2005), podemos decir que la belleza es histórica, plantea diferencias en sus códigos tanto como en las maneras de enunciarla y de mirarla. "La belleza es social y sus criterios estéticos directamente experimentados en la atracción y el gusto, se enuncia en los gestos y en las palabras cotidianas". (Muñiz, 2014).

"Implica también la belleza expresada por los actores, observada por ellos; sus normas, sus perfiles y también al de los medios de embellecimiento o conservación de la belleza, los que dan sentido al cuidado, a los ungüentos, a los afeites, a los secretos. Alude a lo que gusta o disgusta del cuerpo en cada cultura y en determinado tiempo, a las apariencias que se valorizan, a los contornos que se enfatizan o se desprecian. A su alrededor se constituyen imaginarios que emergen a la superficie de los cuerpos; comprende el aspecto y los modales, involucra el "sobrecogimiento de los sentidos, la inopinada sensación de no poder describir la perfección" (Muñiz, 2014).

En un análisis de la belleza no puede dejar de considerarse los modelos de género y las identidades. Los esquemas de dominación ejercida sobre las mujeres, señala Vigarello (2005) tienen su correspondencia con el universo estético, por ejemplo, la exigencia tradicional de una belleza siempre "púdica", virginal, vigilada, se impuso durante mucho tiempo, antes de que se consolidaran las "liberalizaciones" decisivas con repercusiones en las formas y en los perfiles, con movimientos mejor aceptados, con sonrisas más sueltas y con cuerpos más descubiertos.

La belleza considerada como un atributo de la feminidad participa de los esquemas reguladores que hacen inteligibles los cuerpos de las mujeres únicamente si se ajustan a los requerimientos de ciertos modelos de belleza aceptados y promovidos. Entonces, las prácticas y los discursos de la belleza forman parte del proceso de materialización de los

sujetos femeninos, entre ellos la cirugía cosmética, al participar de dicha materialización de los cuerpos sexuados, gobernada por normas reguladoras que determinan que un cuerpo sea viable. Contribuye también, a la creación y a la recreación de las representaciones de la feminidad produciendo las diferencias de género.

Butler (2002) señala la imposibilidad de teorizar sobre la performatividad del género al margen de la práctica forzada y reiterativa de los regímenes sexuales reguladores que parten de un cuerpo de mujer y un cuerpo de hombre; en estos regímenes de discurso - poder no concurre la posibilidad de armonizar con el voluntarismo o el individualismo ni la existencia de un sujeto que elige.

En este sentido, las mujeres con cáncer, se ve afectada su imagen corporal, por el tratamiento, ya que este es muy riguroso y provoca pérdida de peso, de cabello y eso les hace sentirse mal con su imagen.

Imagen corporal

El término imagen corporal se refiere a cómo una persona se siente y piensa sobre su propio cuerpo, la imagen que tiene de sí su mente y en su corazón (Stanton & Reed, 2003). La manera en que una persona se siente sobre su cuerpo puede influenciar el modo en que se siente sobre sí misma; la imagen corporal y el valor propio a menudo juegan roles importantes en la psiquis del ser humano que se influyen entre sí. Los medios de comunicación masiva promocionan mensajes que promueven personas jóvenes, delgadas y sensuales, planteando que la imagen corporal sea un aspecto difícil de manejar para las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Es de esperarse que posiblemente surjan juicios negativos sobre su propio cuerpo. Se ha encontrado que las mujeres con cáncer cualquiera que sea, tienen una pobre

imagen de sí mismas, baja auto-estima y cierta tendencia a percibirse como impotentes, desesperanzadas y muy ansiosas (Holly, Kennedy, Taylor, & Beedie, 2003). No obstante, en la actualidad existen varias técnicas quirúrgicas que proponen "ponerle fin" a las inseguridades y percepciones negativas que surgen con respecto al cuerpo en las pacientes de cáncer de cualquier tipo.

El tratamiento de la mujer con cáncer cervicouterino

Las técnicas mutilantes quirúrgicas son un problema psicológico a partir del tratamiento que reciben, en las mujeres que padecen cáncer cervicouterino, que son sometidas a una operación en las que en algunas ocasiones pierden su matriz, esto con el fin de salvar a la paciente de que el cáncer siga expandiéndose en alguna otra parte del cuerpo, esto en el caso de las mujeres con cáncer cervicouterino, por otro lado las mujeres con cáncer de mama también son relacionados a una gama de dificultades emocionales, que incluyen trastornos del ánimo.

Una de las áreas que puede sufrir un mayor impacto psicológico en la mujer con cáncer, es la dimensión de la autoimagen. Los efectos de la cirugía y de los tratamientos, sobre todo aquellos que poseen efectos visibles como la extirpación de la mama en el caso de las mujeres con cáncer de mama, y en las mujeres con cáncer cervicouterino la pérdida de la matriz y la caída del cabello, entre otros, pueden aminorar la imagen que cada mujer posee de sí misma, y por ende, generar secuelas negativas sobre su autoestima. Este detrimento no sólo afecta la relación de la mujer consigo misma, sino también con los demás, pueden surgir sentimientos de minusvalía, soledad, vergüenza, conductas de aislamiento, de rechazo hacia el contacto social y sexual, entre otros.

En el cáncer cervicouterino, a diferencia de otros tipos de cáncer, cobra especial relevancia el tema de la autoimagen debido a las connotaciones psicosociales que esta enfermedad conlleva para la mujer, ya que la matriz puede llegar a tener una importancia crucial en la identidad femenina, pues al ser sometidas a las quimioterapias y radio terapias disminuye su fertilidad en un 70 % además, la matriz se relacionan fuertemente en nuestra cultura, con el ámbito de la sexualidad siendo un elemento valorado y apreciado por su contenido sexual.

Entonces, debemos comprender que el diagnóstico, tratamiento y secuelas de este tipo de cáncer van a ser percibidos y “vividos” por la paciente de una manera singularmente delicada. Por ejemplo, la alteración de la simetría corporal puede ser vivenciada por algunas pacientes como una deformidad o bien, una pequeña cicatriz podría llegar a tener una interpretación psicológica de tal magnitud que muchas veces será incomprendida por su entorno social y afectivo, e incluso por el equipo médico que la trata. (Ovelar, s.f.)

Por otro lado, la pérdida del cabello, es otro de los efectos más temidos y que más impacto emocional genera en las mujeres en tratamiento por cáncer. Esto ocurre, porque de alguna manera, la imagen de una persona sin cabello es “el rostro del cáncer” y vuelve pública la enfermedad, aún a pesar de que muchas mujeres preferirían tenerla en reserva.

En consecuencia, ocurre que, para estas pacientes, el hecho de sentir que su cuerpo ha cambiado, que ya no es el mismo de antes o incluso que no les pertenece, puede interferir frecuentemente con la continuidad o el establecimiento de relaciones interpersonales.

El tratamiento implica molestias físicas por lo agresivo de los mismos y las implicaciones psicosociales que se pueden derivar (modificación del aspecto físico, efectos secundarios, o incluso baja laboral o pérdida del empleo, entre otros). Durante esta etapa, habitualmente la

persona enferma se siente agotada y necesita el acompañamiento continuado para seguir adelante con el tratamiento. Sin embargo, a la familia puede ocurrirle lo mismo. En ocasiones puede requerir hospitalización, como en el caso de las intervenciones quirúrgicas, o frecuentes visitas al hospital, como ocurre en algunos tratamientos quimioterapias o radioterápicos. La adaptación a un ambiente extraño como es el hospitalario, así como el malestar general y el aislamiento social, junto con las posibles modificaciones corporales y los efectos secundarios de los tratamientos, constituye una nueva fuente de preocupaciones.

¿Cómo afecta el cáncer en el vínculo familiar?

Cuando una persona tiene cáncer, la comunicación a nivel familiar se puede ver alterada. La afectación dependerá de la edad y el rol de quien tiene la enfermedad y de los otros miembros de la familia. También dependerá de cómo se haya mantenido la comunicación cotidiana antes del diagnóstico.

El diagnóstico de cáncer tiene un gran impacto en la persona que lo recibe y en las de su entorno familiar y social. Su tratamiento es multidisciplinar en el cual participan muchos profesionales, lo que significa que las visitas al hospital y a otros lugares son muy frecuentes. A menudo los horarios y las dinámicas familiares se ven alteradas, y esto puede afectar a sus miembros. La comunicación familiar también cambia, y puede ser una ayuda o un problema añadido según como se lleve a cabo.

Es importante hacer énfasis que en este tema de investigación, hago mención del rol que la mujer desempeñar, lo que me lleva a explicar que un “rol” es un conjunto de conductas que se esperan de una persona como resultado de su posición, en este caso una madre tiene un

rol de madre en casa, pero puede tener un rol profesional en su trabajo, un rol de voluntaria en una asociación local y un rol de hija, a la vez, de sus padres.

Según cuál sea el rol que ocupa la persona que tiene cáncer dentro de la familia, el impacto del diagnóstico será más o menos importante. Si es el único que trabaja fuera de casa y, por lo tanto, es la única fuente de ingreso es quién toma la mayoría de las decisiones porque la familia lo ha establecido así, la alteración tendrá más consecuencias que si es una persona con un rol menos activo lo cual no significa que sea poco importante.

La dinámica familiar hace referencia al sistema de intercambio que se da en las interacciones de la familia, es decir, en los roles, límites, reglas, niveles de poder y autonomía de sus miembros. Los cambios que se dan en la dinámica de la familia se intuyen, pero no suelen expresarse, y si se expresan suele ser cuando la familia ha claudicado

“El miedo al abandono o rechazo por parte de su pareja es un aspecto común que suele expresarse principalmente, no por el riesgo a la amenaza a la salud de esta persona, sino en el marco de la pareja, además de la dificultad de comunicación, puede haber alteraciones en la vida sexual. En este caso la comunicación pasa por poner encima de la mesa las preferencias de ambos, y plantear cómo se puede hacer para que la actividad sexual o su abstinencia sea cómoda para las dos partes”. (Oropesa, 2019)

Al igual que la persona con cáncer, sus familiares también se sienten afectados por la situación y pueden experimentar diversos estados emocionales, como rabia, cansancio y miedo frente a la incertidumbre de cómo va a ser el proceso de la enfermedad y su pronóstico. Es posible que la persona afectada por el cáncer intente sobreproteger a su familia, como que la misma familia intente sobreproteger a la persona afectada.

Muchas familias experimentan enojo, desamparo, frustración, ambigüedad, falta de control, y de readaptación. Este proceso de confrontación y ajuste familiar frente a la enfermedad es continuo, complejo, y se manifiesta a través de cambios inesperados e incontrolados (Baider, 2003). Estos cambios, según Fernández Ortega (2004), no siguen un patrón concreto, sino que están guiados por el ciclo vital de la familia, el momento evolutivo de la persona afectada por la enfermedad, el grado de cohesión familiar, el estatus social y económico, y la historia familiar, entre otros aspectos. Sin embargo, el cáncer puede vivirse como algo potencialmente perjudicial para la cohesión familiar, o bien como una oportunidad para el fortalecimiento de los vínculos entre sus miembros (Baider, 2003).

En las sociedades occidentales la imagen de la familia como marco de contención emocional y entorno facilitador del desarrollo psicofísico es algo que parece estar fuera de toda duda razonable. Por este motivo, es lícito suponer que la familia es el primer referente al que una persona tiende a recurrir a la hora de buscar alivio y consuelo. Ahora bien, para que este proceso de resiliencia se facilite en el seno de una familia hace falta que ésta participe de forma activa. Las interacciones familiares y una actitud general de optimismo son el núcleo central que las familias necesitan para proporcionar el amor y el apoyo necesario (Black & Lobo, 2008). Sin duda el cáncer es una enfermedad que impacta a toda la familia. Los familiares del paciente sufren igual que él en todas las dimensiones: física, espiritual, psicológica, social e intelectual, y van acumulando un agotamiento progresivo. Temen perder a quien quieren, experimentan angustia, depresión y en algunas ocasiones depresión.

El apoyo que la familia brinda al paciente con cáncer se considera indiscutible, ya que permite una mejor calidad de vida. Cuando la dinámica familiar antes del diagnóstico es buena, el equilibrio se suele restablecer con más facilidad a lo largo de la evolución de la enfermedad.

Sin embargo, pueden darse situaciones familiares negativas que influyen en la calidad de vida de la persona enferma. (Ovelar, s.f.)

El apoyo social influye igualmente de manera notable en las situaciones de crisis familiar, siendo determinante en la superación de la situación estresante. Entendemos por apoyo social al conjunto de recursos humanos con los que cuenta tanto la persona enferma como su familia para hacer frente a la situación de enfermedad.

El interaccionismo simbólico.

El termino interaccionismo simbólico fue propuesto por Herbert Blumer en 1938 y se desarrolla a mitad del siglo XX hasta principios de los 80.

Blumer propone tres premisas básicas del interaccionismo simbólico:

- 1 Los humanos interpretamos las cosas partiendo de las significaciones que los objetos y situaciones tienen para nosotros
- 2 Esta significación surge de la interacción social que una persona tiene con los de más individuos dentro de su entorno
- 3 La significación se modifica a partir del proceso de interpretación que cada persona realiza.

En este sentido, según los interaccionistas simbólicos el lenguaje es un gran sistema de símbolos, como las palabras, que se utilizan para significar cosas y a partir de ellos, surgen todos los demás signos, es decir las cosas, actos y palabras existen y tienen significado por que pueden ser descritas mediante el lenguaje, cada individuo asigna un significado a las cosas o actos dependiendo de sus interacciones y su contexto en el que se lleva a cabo la interacción.

En cuanto a los aportes que hace el interaccionismo simbólico a la comunicación, en síntesis, señalan que es la base de la interacción social, es decir que sin la comunicación, no sería posible la sociedad. La cultura y el aprendizaje de las personas se adquiere mediante la comunicación o interacción simbólica, por la cual, cada individuo adquiere su carácter e identidad. (Rizo,2006)

En este sentido las mujeres que padecieron esta enfermedad le asignan un significado del porque les dio dicha enfermedad, ayudando a entender y a interpretar la situación en la que se rodea.

El yo y el mi George h. Mead

A la hora de explicar el pensamiento sociológico de George Herbert Mead, es necesario tener en cuenta la prioridad que otorga al mundo social. Por tanto, se muestra contrario a los planteamientos de la psicología tradicional, que partía del individuo para explicar la experiencia social, pues considera que la sociedad es anterior al individuo.

Es por ello que para esta tesis, se incluye a Mead, ya que el parte desde la experiencia social, y esto ayuda a abordarlo desde la comunicación y va de la mano con el apartado de imaginario.

El concepto de “self”

Mead define el “self” como la capacidad del ser humano para objetivizarse, para considerarse a sí mismo como objeto además de como sujeto. Su desarrollo se lleva a cabo mediante un proceso social muy concreto: la comunicación con otros seres humanos; de ahí que los animales no puedan generar el “self”. Por el contrario, las personas, nacidas sin “self”, lo

desarrollan como consecuencia de la actividad social. Este, una vez aparece, ya no se pierde por mucho que ese ser humano pierda el contacto con los demás.

Nos encontramos, pues, ante un proceso mental, de ahí que “self” y mente humana sean inseparables. Su mecanismo es la reflexión, la capacidad de ponerse en el lugar de otros y actuar como lo harían ellos. Es decir, salir fuera de uno mismo y autoevaluarse.

Las fases del self

El yo y el mí son los nombres que George H. Mead da a las fases del “self”. El primero de ellos constituye la parte creativa e imprevisible de este, de tal manera que resulta imposible saber con antelación cuál será su reacción. De ahí que el autor sostenga que es el “yo” quien hace posible el cambio social.

Además de por su papel crucial en las transformaciones de la sociedad, Mead valora positivamente el “yo” por otras tres razones. En primer lugar, considera que en él se encuentran nuestros valores más importantes. En segundo término, establece esta fase del “self” como aquella en la que nuestra personalidad se desarrolla de manera más clara y definida. Por último, defiende que, así como las sociedades primitivas estaban dominadas por el “mí”, las modernas lo están por el “yo”.

Por su parte, el “mí” implica acomodación social: adopción del “otro generalizado”, con las actitudes y costumbres que eso conlleva. Esa responsabilidad para con el grupo lo convierte en algo previsible, hasta el punto de que se puede afirmar que la persona se encuentra dominada por la sociedad.

En definitiva, el “mi” es sinónimo de estabilidad social, mientras que el “yo”, huyendo de las posiciones acomodaticias y preestablecidas, tiende a buscar cambios en el seno de la sociedad.

Para Mead es importante diferenciar a la persona del organismo, por cuanto el organismo no necesariamente es persona, pero la persona es totalmente distinguible desde el organismo, por cuanto la persona surge en el proceso de la experiencia y actividades sociales, mediante el lenguaje. Por ello, la importancia del "otro generalizado", ya que es por medio de la adaptación de actitudes que se constituye el "mi", que reacciona como un "yo". El "Mí" es la acumulación de entendimiento sobre " el otro generalizado", ejemplo: las normas, opiniones inconscientes, patrones de la respuesta social, etc. El "Yo" se trata de opiniones personales, del observador o reflector, del conflicto social - esto es lo que crea la individualidad del individuo.

Escuela de Palo Alto.

Los principales exponentes de la Escuela de Palo Alto son Gregory Bateson, Paul Watzlawick y Don Jackson entre otros. Ellos sostienen que la comunicación tiene que ser vista de manera interdisciplinaria, lo cual los lleva a la búsqueda de generar una teoría general de la comunicación humana que sea capaz de poder ser aplicada a las diferentes áreas de conocimiento como la psicoterapia, la lingüística y el sistema familiar entre otros más.

Sus orígenes datan de los años 40 en donde un grupo de investigadores de los Estados Unidos procedentes de diversas áreas de conocimiento rechazan la teoría matemática de la comunicación (1948) de Claude E. Shannon y Warren Weaver que predominaba como referencia para el estudio de la comunicación.

Estos autores estudian a la comunicación como un proceso permanente y multidimensional, como un todo integrado, que es difícil de comprender sin el contexto en el que se realiza.

Así mismo, una de las principales aportaciones de estos pensadores es que “el concepto de comunicación incluye todos los procesos a través de los cuales la gente se influye mutuamente” (Bateson y Ruesch, 1984.) afirmando que la comunicación es la matriz en la que encajan todas las actividades.

Mencionaremos los aportes a la comunicación de este pensamiento teórico, el cual entiende a la comunicación de forma sistémica, es decir la comunicación es un conjunto de elementos en interacción en donde la modificación de uno de ellos afecta las relaciones entre los otros, la comunicación es un sistema abierto de información e interacciones. (Rizo, 2006)

Es importante mencionar los principales aportes de esta corriente de pensamiento ya que se basa en la reflexión e investigación de la comunicación rompiendo con el modelo lineal de comunicación y proponiendo un modelo de comunicación desde el enfoque sistémico.

De acuerdo a lo anterior la Escuela de Palo Alto propone cinco axiomas de la comunicación:

- **Axioma 1:** “Es imposible no comunicar”, desde la visión del enfoque sistémico, todo comportamiento de un miembro aporta un mensaje para los otros.
- **Axioma 2:** “En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido o semánticos y aspectos relacionales entre emisores y receptores”, la primera parte del enunciado se refiere al qué de la comunicación mientras que la segunda hace alusión a el tipo de relación que se establece entre los interactuantes de ese sistema.

- **Axioma 3:** “La definición de una interacción está siempre condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes”, esto quiere decir que la interacción tiene un orden establecido dentro de un sistema que los participantes establecen, por ejemplo, el establecimiento de turno para hablar
- **Axioma 4:** “Toda relación de comunicación es simétrica o complementaria”, la interacción es simétrica cuando hay igualdad de interactuantes y es complementaria cuando entre los participantes se establecen diferencias.
- **Axioma 5:** “Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente”, en esta parte lo digital se entiende como una comunicación verbal por medio de lenguaje, mientras que lo analógico se refiere a la comunicación no verbal. (Rizo, 2006)

En este sentido, la comunicación entendida como sistema es la puesta en común, un intercambio entre los interactuantes; las acciones aisladas carecen de sentido si no se analizan de acuerdo a un contexto en específico y su sistema de procedencia.

Retomando los axiomas de la escuela de Palo Alto en cualquier caso el cáncer, por si solo, no altera la comunicación familiar: más allá de hacerla más difícil para las cuestiones relacionadas con la enfermedad, sí que puede hacer aflorar problemas previos, de los que la familia posiblemente no fuera consciente.

Gregori Bateson (2005) definen una corriente nueva e importantísima de las ciencias humanas.

"Nueva Comunicación" porque la comunicación no es ya una simple relación entre dos personas, en la que una envía la pelota a otra, como en una partida de ping-pong, sino que se concibe como un sistema cultural en el que se inserta el individuo, sistema regido por una

causalidad que ya no es lineal sino circular, donde el efecto retro actúa sobre la causa, como en una orquesta de la que forma parte cada miembro y en la que todo el mundo sigue una partitura invisible

Bateson se centrará en el dominio de los procesos interpersonales, lo anterior implica que en el intercambio comunicativo se prestará atención a los detalles, palabras, gestos, movimientos, como elementos determinantes del flujo comunicacional producto de la interacción entre personas. Además, se considerará que la producción de los mensajes tanto verbales como no verbales se efectuará por medio de procesos primarios y que gran parte de estos mensajes poseen materias inconscientes.

La familia, desde la teoría de la comunicación de Palo Alto

“La interacción social y con uno mismo permite relacionarse y comunicar nuestra realidad, esto como construcción social, los conocimientos adquiridos por medio de dicha construcción nos definen en nuestro entorno por lo cual experimentamos cambios constantemente. Actuamos dependiendo nuestro contexto, dependiendo las situaciones o circunstancias presentes, de acuerdo con nuestra perspectiva, aquí podemos entender uno de los axiomas que se exponen en la teoría de la comunicación humana de Paul Watzalalwick”. (Roiz., s.f)

La interacción se considera simétrica cuando en la conducta hay igualdad, es decir, es recíproca, basándose en su contexto, por ejemplo, hoy en día todos estamos en un estado “Zombie” con los teléfonos celulares, podemos observar como un sistema operativo, ésta cercanía que se da a partir de su rompimiento con la vida real y la imaginaria nos lleva la necesidad de interactuar con dicho sistema, en dicha interacción observamos que el sistema operativo fue creado para satisfacer casi todas las necesidades de los seres humanos, ya que

la tecnología ha avanzado desmesuradamente que puede tomar el lugar de un ser humano ,los seres humanos necesitan interactuar cara a cara con el otro, sin embargo, evidentemente, esta idea no está tan alejada de la realidad, pues actualmente las relaciones entre los seres humanos, en general, se dan con mayor facilidad por medio de las redes sociales, si bien es cierto que hay inmediatez gracias a estas, también han cambiado la necesidad de interactuar cara a cara, podemos decir que la tecnología, hasta cierto punto, es capaz de controlar la conducta y las relaciones de los individuos, ya que hace más cómoda y fácil las relaciones de éstos.

En relación con el tema, un factor fundamental es la familia, ya que esa es en este caso el soporte, pues juega un papel muy importante, el cual es buscar información, ser asesorado por un doctor, para llevar acabo los cuidados necesarios para quien padece dicho diagnóstico.

Otro factor importante es la comunicación, esta es fundamental para llevar a cabo un buen cuidado.

La idea de interacción se refiere al papel de los procesos de codificación humana en relación con los sucesos del mundo exterior, procesos que son tanto intra como interpersonales, por la exigencia sistémica de concebir una relación de regulación entre procesos internos y procesos externos de la conducta. Como los instrumentos mediadores del individuo con los otros y con el mundo externo son los órganos sensoriales, todo intercambio de información aparece vinculado a procesos específicos de codificación humana.

“La interacción, que se refiere al contacto comunicativo entre personas miembros de un grupo, o bien entre personas de distintos grupos entre sí, se estudia como un sistema global que, a su vez, articula sistemas de codificación con sistemas de valores. Todo mensaje

comprendería tres elementos principales: a) el contexto; b) la codificación; y c) el valor". (Roiz, s.f.)

"Este modelo de familia, complejo, pero claramente relacional, permitió el surgimiento de una terapéutica que recuperó algunas categorías del psicoanálisis (como transferencia e inconsciente), pero que se enriqueció con una visión global del campo comunicacional desde una perspectiva sistémica. Si bien los teóricos de Palo Alto consideran a una familia como una totalidad, tienen también muy presente su movimiento y vinculaciones con otras unidades y, sobre todo, con el entorno (Umwelt, en algunas concepciones; contexto y situación, en otras desde la perspectiva sistémica, la familia se concibe como un sistema abierto a los otros sistemas (del mismo nivel o de niveles tanto superiores como inferiores). Tal como define L. von Bertalanffy" (Roiz, s.f.)

Comunicación no verbal.

La comunicación no verbal es la comunicación percibida a través de los sentidos de la vista, tacto y olfato. Incluye todo tipo de conducta humana, consciente e inconsciente, que puede interpretarse como portadora de información.

En palabras más específicas la comunicación no verbal son los mensajes no verbales que expresan sentimientos conscientes o inconscientes, emociones, relaciones interpersonales e incluso valores personales y de la cultura.

La importancia de esta es tan importante que se dice que, en una comunicación cara a cara, el componente verbal es del 35 % aproximadamente frente al 65 % que se corresponde con la comunicación no verbal lo que viene siendo gestos, movimientos, señales etc. Por lo tanto, es la que transmite más información.

La comunicación no verbal se divide en 3 partes que son fundamentales

- La que se forma a partir de los gestos, las manos, posturas, miradas, etc.
- El tono de voz.
- Distancia personal que necesitamos para sentirnos seguros. Esta depende de los interlocutores y las distancias en las que nos movamos.

La conducta no verbal se expresa principalmente a través de siete canales que, junto al discurso verbal, conforman la comunicación:

Expresiones faciales: Las cuales son el indicador emocional más potente, y en lo primero que centramos nuestra atención al interactuar. En fracciones de segundo nuestro cerebro emocional decide por su cuenta y riesgo si una cara nos gusta o no, un proceso en el que inicialmente no interviene la razón, y en el que no hay tiempo para pronunciar ni media palabra.

Gestos: Los gestos ilustradores acompañan el discurso verbal y preceden en milésimas de segundo a las palabras, tienen una estrecha vinculación con la credibilidad. Otros tipos de gesto son: emblemáticos, pues tienen su propio significado sin necesidad de palabras, adaptadores manipulaciones de nuestro propio cuerpo u objetos para canalizar las emociones, reguladores con los que dirigimos la interacción y manifestadores de afecto con los que transmitimos nuestros sentimientos.

Posturas: La postura corporal expresa básicamente el grado de interés y apertura hacia los demás, reflejados en la exposición y orientación del torso. También es un potente indicador del estado emocional y predisposición a la acción: posturas expansivas indican satisfacción y actividad; mientras las posturas de contracción se vinculan a la negatividad y la pasividad.

Visualmente, la postura tiene también una gran incidencia en nuestra imagen personal, sobre todo para transmitir confianza, estabilidad y seguridad.

Apariencia: La apariencia continúa siendo uno de los canales más influyentes de la comunicación, a pesar de los avances sociales y del esfuerzo normativo en la lucha por la igualdad. El aspecto de una persona nos habla de su edad, sexo, origen, cultura, profesión, o condición social y económica, entre otros muchos datos. Por más que intentemos sustraernos de los estereotipos, la apariencia sigue siendo la principal fuente de información a la hora de formarnos una primera impresión de alguien.

Háptica: La háptica define el estudio científico del tacto y su influencia en la forma de relacionarnos. El tacto resulta imprescindible a la hora de establecer intimidad, denota compromiso, y revela información muy sensible, como la posición de dominio en la interacción.

Proxémica: Es el canal más directo del lenguaje corporal a la hora de mostrarnos cercanos o distantes. La proxémica tiene su origen en la antropología, y nos informa del uso del espacio en la interacción. Lo cierto es que cada persona tiene su propio espacio, y además puede variar según su estado de ánimo o las circunstancias ambientales. Lo importante son dos cosas:

1 La forma más sencilla de mostrarnos cercanos es acercarnos físicamente a nuestro interlocutor.

2 Hay que prestar mucha atención a cualquier señal de incomodidad que genere nuestra aproximación.

Paralenguaje: La voz puede decir mucho más que las palabras: el paralenguaje es el indicador emocional más fiable, junto con las expresiones faciales. El volumen, tono o velocidad de nuestra voz revela importante información, especialmente cuando intentamos ocultar nuestras emociones. Nos ocurre a menudo, por ejemplo, al hablar por teléfono con personas muy cercanas: basta escuchar su tono al contestar para saber que algo no va bien. La voz tiene también una enorme influencia en la credibilidad y la persuasión: voces nasales, tonos agudos y volúmenes altos tienen menos crédito en el público. Y recuerda: el silencio también comunica.

El significado de un mensaje no verbal depende del contexto en que se encuentra y puesto que es muy difícil que un observador, e incluso el mismo receptor comprenda todos los elementos que pueden ser significantes e determinado contexto, fácilmente se puede malinterpretar una señal o mensaje no verbal.

Siguiendo con estos 7 canales que conforman la comunicación, la mujer con cáncer cervico uterino los emplea en sus sentimientos que, conscientemente o no, disimulan, y que en ocasiones no pueden expresar, de todo aquello que es ininteligible para quien sólo es sensible a las comunicaciones verbales, de toda una combinación de gestos

Con esto puedo decir que no podemos saber lo que piensa una persona a través de su conducta no verbal, pero el lenguaje corporal nos permite inferir cómo se siente, qué rasgos dominan su personalidad o cuáles son sus intenciones, una información que en ocasiones resulta mucho más valiosa que las palabras.

Tal como ocurre con la comunicación verbal, se debe ser muy preciso en la expresión de nuestro propio lenguaje corporal, y flexibles en la interpretación del ajeno, condicionado

siempre por una diversidad de factores intrínsecos y ambientales que a veces escapan a nuestra capacidad de percepción.

Es importante desplegar una comunicación fluida y constante entre la paciente, el médico y la familia. También es importante que la paciente elabore una lista de lo que desea conocer sobre la enfermedad, de forma que el especialista, en cada cita médica, pueda resolver sus dudas de forma clara y sincera.

La familia es un apoyo de gran peso en la paciente ya que debe escuchar siempre al paciente hasta que este termine de expresar cómo se siente, aunque lo que diga pueda generarles ansiedad e impotencia, el objetivo es que el paciente sepa que lo escuchan y que es importante su opinión dentro del núcleo familiar.

CAPITULO V. Estrategia Metodológica

Para realizar esta investigación se utilizó la Metodología Cualitativa, ya que lo que se buscó en la presente investigación iba más allá de lo cuantificable, puesto lo que era gran interés era saber de qué manera las mujeres que enfrentaron cáncer cervicouterino construyen su imaginario a partir del diagnóstico.

La metodología cualitativa se refiere en general a la investigación que produce datos descriptivos (no traduce a números las respuestas de los participantes); presentando un conjunto de técnicas para recoger las propias palabras de las personas y la conducta observable.

“Las características de la metodología cualitativa comprenden: inducción, perspectiva holística, sensibilidad al efecto de los investigadores en los sujetos, consideración del marco de referencia de los investigados que aportan sus propias perspectivas y consideran las otras valiosas, y dan énfasis a la credibilidad de sus hallazgos” (Taylor & Bogdan, 1992); principios que orientan la presente investigación y apoyan su propósito principal.

Rasgos básicos de la investigación cualitativa según (Taylor & Bogdan, s.f.)

- Es inductiva. Los investigadores desarrollan conceptos, partiendo de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas. Diseño de investigación flexible.
- El investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva holística, es decir estudian a las personas en sus contextos.

- Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio. Interactúan con los informantes de un modo natural y no intrusivo
- Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. Experimentar la realidad tal y como los otros la experimentan.
- El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. Nada se da por sobreentendido.
- Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas. No se busca la verdad, sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas.

Nos interesa observar y entrevistar a nuestros informantes para comprender como entienden y perciben las cosas puesto que eso es lo que busca el fenomenólogo desde la perspectiva cualitativa, lo que nos importa, es lo que nuestros informantes consideran importante, en este sentido se estarán generando datos descriptivos los cuales nos brindan información más completa en tanto a nuestro tema de investigación.

Técnicas e Instrumentos de recolección de Información

Taylor y Bogdan (1992) definen la entrevista en profundidad como reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal y como las expresan con sus propias palabras. En este tipo de entrevistas el investigador es el instrumento de la investigación y no el protocolo o formulario de la entrevista. Su rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas.

Requiere de muchos encuentros con los informantes, el avance es muy lento, trata de aprender lo que es importante para los informantes antes de enfocar los intereses de la investigación. La historia de vida o la autobiografía sociológica utilizan este tipo de entrevista. Y en todos los casos los investigadores establecen rapport (relación de intimidad, sintonía o comprensión) con los informantes gracias a los repetidos encuentros que tienen (Taylor & Bogdan 1984).

Selección de los informantes

Para realizar esta investigación es fundamental elegir a informantes que tengan características que nos faciliten la obtención de los datos descriptivos que estamos buscando, en este sentido el perfil de las informantes será el siguiente:

Mujeres sobrevivientes de cáncer cervicouterino, para así pasar a la entrevista la cual consta construida con el interés de conocer a la mujer, para recabar información personal, como: edad, estado civil, ocupación/profesión, entre otra información, con el objetivo de describir a la muestra en términos sociodemográficos. Finalmente, se pretende llevar a cabo una entrevista a profundidad con cada una de las mujeres seleccionadas para participar. Esta entrevista incluirá preguntas que cubran las siguientes áreas.

Guía de entrevista

Hola mi nombre es Viridiana Vázquez soy estudiante de la carrera de comunicación y cultura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, el motivo de esta entrevista es obtener información para mi trabajo de investigación de tesis que lleva por nombre "*El imaginario de la mujer diagnosticada con cáncer cervicouterino*" Los datos que proporcione son confidenciales y solo serán utilizados para fines académicos.

Por otra parte, el diseño de la guía de entrevista está compuesto por diferentes apartados en los que se abordan temas específicos para la recolección de datos cualitativos.

En el primer apartado nos interesa saber si las mujeres que padecieron cáncer cervicouterino lo atribuyen a un castigo de Dios. El segundo apartado está encaminado en conocer cómo perciben las mujeres su cuerpo después de haber sido operadas por el tumor cancerígeno ubicado en la matriz, el tercer apartado se refiere a la interacción interpersonal que ha tenido el paciente con su familia y doctores y su tratamiento, en el cuarto apartado nos interesa indagar en las concepciones de espacio y tiempo para identificar la forma en las que han reconfigurado estas nociones, y finalmente en el quinto apartado lo que se busca es conocer el significado que le dan las mujeres al cáncer cervicouterino.

1 CREENCIAS

¿Qué religión practica usted?

¿Cree que Dios es real, por qué?

¿Han cambiado en algo esas creencias que ahora que sabe que está enferma de cáncer?

2 CONCEPCIÓN DEL CUERPO

¿Después de haber sido operada, como percibe su cuerpo como mujer?

¿Cómo ha sido recibir la quimioterapia? Cuénteme desde la primera vez que se la administraron.

¿Usted cómo se imaginaba que era una quimioterapia antes de que se la hicieran?

¿Con respecto a su cuerpo ha cambiado su forma de verse?

3. INTERACCIÓN

¿Cómo ha sido su experiencia con el equipo médico?

¿Se ha visto afectada su relación con su familia?

¿Cómo es la relación que lleva con sus amigos, personas externas a usted?

4 TIEMPO Y ESPACIO

¿Cómo era su vida hace 5 años?

Hábleme acerca de cuando supo que estaba enferma de cáncer

¿Qué hizo usted cuando se enteró de que tenía cáncer?

¿Recuerda qué le dijo el médico?

¿Qué pensó en ese momento?

¿Cómo ha afectado su vida esta experiencia?

¿Siente algún temor actualmente relacionado con su enfermedad? ¿Cuál?

¿Han cambiado sus actitudes frente al cáncer ahora que lo tiene? ¿En qué sentido?

¿Han cambiado sus proyectos de vida ahora que tiene cáncer, en qué sentido?

¿Qué es importante en su vida ahora?

¿Esto que ahora es importante es diferente a aquello que era importante para usted antes de tener el cáncer?

5 SIGNIFICADO DEL CANCER CERVICO UTERINO

¿Qué significado le das al cáncer?

¿Qué creía usted del cáncer antes de tenerlo?

Las mujeres entrevistadas, fueron entre un rango de edad de 45 y 60 años de edad, sobrevivientes de cáncer.

CAPÍTULO VI. Aplicación de los instrumentos de investigación y presentación de resultados.

En el siguiente apartado se muestran las guías de observación empleadas en la recolección de los datos de las mujeres sobrevivientes de cáncer cervicouterino.

En cada guía de observación se muestran los hallazgos de las conversaciones analizadas, posteriormente se brinda un análisis de cada una de estas conversaciones.

Esta transcripción no tuvo ninguna modificación, todo lo que está redactado lo cito tal cual, con las mismas palabras de las informantes.

Se inició haciendo un recuento de las respuestas otorgadas por nuestra primer informante Julia. El encuentro con ella se propició en un ambiente de confianza, que desde hace tiempo se generó a través de la convivencia, por lo que le permitió hablar abiertamente.

Mi primer informante fue la señora Julia, de 54 años, originaria de Tlaxcala, casada, madre de 4 hijos mayores de edad, se dedica al hogar, sobreviviente de cáncer cervicouterino.

Mi segunda informante fue la señora María. El encuentro con ella se propició en un ambiente de confianza.

María tiene 59 años, soltera, originaria de la Ciudad de México. Es comerciante, tiene gusto por el dibujo y se dedica a hacer manualidades en sus ratos libres.

La primera entrevista empieza con mi primer informante, que es la Señora Julia

1-Cuando se le pregunta a la entrevistada Julia ¿Cómo era su vida hace 10 años? Contesto:

“Pues bien, todo era normal, mis actividades normales, como cualquier otra persona”

Julia tiene una identidad normal, sin embargo, cuando se le da el diagnóstico del cáncer cervicouterino, irrumpió su normalidad, pues la “normalidad” para ella es connotación de estar bien, como la vida antes del cáncer, lo que deja que durante y después como anormales.

Gilberto Giménez (2016) menciona que el concepto de identidad es uno de esos conceptos de encrucijada hacia donde converge una gran parte de las categorías centrales de la sociología como cultura, normas, valores, status, socialización, educación, roles, clase social, género, medios, etc. Y de hecho algunos textos recientes, e incluso en programas de estudio de universidades europeas, el eje cultural / identidad se presenta hoy como una de las puertas de entrada a la disciplina sociológica en su conjunto.

Por lo tanto, la identidad individual tiene que ver con la idea que tenemos acerca de quiénes somos y quiénes son los otros, es decir, con la representación que tenemos de nosotros mismos en relación con los demás. El cual implica, hacer comparaciones entre las gentes para encontrar semejanzas y diferencias entre las mismas. Cuando creemos encontrar semejanzas entre las personas, inferimos que comparten una misma identidad distinguible de la de otras personas que no nos parecen.

A lo que la informante se consideraba una persona normal, como cualquier otra, hasta que el cáncer tocó a su puerta, fue como ella dejó de considerarse una persona normal para así considerarse como anormal ante la sociedad por el hecho de tener una enfermedad en este

2-Cuando Julia se entera que tiene cáncer ¿Cómo reaccionas ante esta noticia?

“Cuando me enteré, la verdad fue algo muy duro para mí, en ese momento creo quería morirme, porque nunca me imaginé que esta enfermedad algún día la iba a tener, nunca paso por mi cabeza”.

Dicho lo anterior, Julia es una mujer activa, pues lo único que quería era acelerar su muerte para no sufrir con el proceso de recuperación.

Cabe mencionar que antes de enterarse que tenía cáncer cervicouterino, ella ya tenía una creencia hacia esta enfermedad.

“Le tenía mucho miedo, pavor, pánico, le temía a esa enfermedad, incluso cuando escuchaba la palabra “cáncer” me daba miedo y se me venía a la mente la muerte y decía entre mí, que nunca me de esa maldita enfermedad”

Siguiendo con Gilberto Giménez (2016) en su texto llamado cultura e identidades señala que los conceptos de identidad y de cultura son inseparables, por la sencilla razón de que el primero se construye a partir de materiales culturales.

Lo cual quiere decir que la cultura no debe entenderse nunca como un repertorio homogéneo, estático e inmodificable de significados.

Pues, si miramos con un poco de detenimiento a nuestro alrededor, nos damos cuenta de que estamos sumergidos en un mar de significados, imágenes y símbolos.

En este sentido Juana ya le estaba dando un significado a esa palabra de “cáncer” el de la muerte, es ahí donde Juana empieza a construir conocimientos que le han permitido darle significado al cáncer.

3- ¿Usted qué pensó en ese momento cuando el Dr. le dio la noticia?

(Suspiro) “lo peor...pensé lo peor, la verdad pensé que me iba a morir, pensé que de esta no me salvaba, la verdad si me imagine que moriría!

¿Qué pasaría con mi familia? Si estarían conmigo o no, no se muchas cosas invadieron mi mente.

La lucha emerge como la estrategia de afrontamiento más representativa entre los pacientes oncológicos; como todos los recursos de los que disponen, luchar es una acción que ha sido aprendida y consolidada en la historia de su vida y ahora reconocida y esperada por su grupo social. (Palacios, 2015)

La informante ante el diagnóstico de cáncer, hace presencia de los que estarán con ella, que harán parte significativa de ese nuevo contexto que emerge ante los ojos de ella misma. Ahora, que se es paciente, que se está enferma, recibirá atención y cuidados.

Que el hospital se convertirá en el escenario de su cotidianidad, desplazando el de la casa. Su familia estará constituida por sus a quienes no conoce pero que, sin preguntar, irrumpirán en su vida.

En este sentido la dinámica familiar hace referencia al sistema de intercambio que se da en las interacciones de la familia, es decir, en los roles, límites, reglas, niveles de poder y autonomía de sus miembros.

Por otro lado, también se presenta un impacto en el familiar puesto que al igual que el paciente, genera cierto temor al cáncer y al tratamiento que este conlleva, ya que serán evidentes los cambios corporales y físicos, los cuales mencioné anteriormente como pérdida de peso etc.

El familiar experimenta también, simbólicamente como si fuese sobre su propio cuerpo, el impacto de los cambios corporales, la evidencia de su deterioro.

En este caso se hace presente los cinco axiomas de la comunicación, Bateson (2014) se centrará en el dominio de los procesos interpersonales, lo anterior implica que en el intercambio comunicativo se prestará atención a los detalles, palabras, gestos, movimientos, como elementos determinantes del flujo comunicacional producto de la interacción entre personas. Además, se considerará que la producción de los mensajes tanto verbales como no verbales se efectuará por medio de procesos primarios y que gran parte de estos mensajes poseen materias inconscientes.

4- Julia desde siempre ha tenido un papel importante en su vida, el de la feminidad, sin embargo, cuando se le pregunta si ha sido una mujer vanidosa, ella contesta que:

Antes si, ahora pues que puedo decir, si mi vanidad quedó por los suelos, me siento incompleta, ya no es lo mismo, mi forma de vida ha cambiado por completo, pues a raíz de la cirugía que tuve, quedé peor, porque con los efectos de las quimioterapias con el paso del tiempo, tuve otra cirugía, la del colón, ahora cargo con una maldita colostomía, y para mí no ha sido nada fácil, la vanidad hasta ahí quedo... por la forma de vestir” ya nada me queda, me siento una mujer son chiste, ya no puedo usar cierta ropa por lo mismo de la colostomía, parezco un costal mal relleno... no sé qué fue más fuerte para mí, si el hecho de haber perdido mi intestino o la matriz, de verdad que ya no sé qué fue peor.

La informante pasa por un momento de rechazo hacia ella misma, por el simple hecho de traer una colostomía, se siente incompleta como mujer. Esto es representativo del imaginario de la identidad como mujer

De acuerdo con el modelo biomédico que busca la eficiencia del cuerpo, se concibe a éste como un instrumento que se puede deteriorar o no funcionar, por lo que se tiene que someter a la instrumentación médica para su reparación, así como para evitar el sufrimiento, el envejecimiento y la muerte. Se olvida que el cuerpo no es sólo un objeto o soporte biológico, con sus estructuras funciones y procesos, sino que conlleva una significación social imaginaria y, en el caso de un cuerpo enfermo de cáncer, de una significativa vigilancia social por la asociación de éste con la muerte (Barrera Tello & Manero Brito, 2009).

Respecto a lo anterior, nos lleva al término de imagen corporal, el cual se refiere a cómo una persona se siente y piensa sobre su propio cuerpo, la imagen que tiene de sí en su mente y en su corazón (Stanton & Reed, 2003).

La manera en que una persona se siente sobre su cuerpo puede influenciar el modo en que se siente sobre sí misma; la imagen corporal y el valor propio a menudo juegan roles importantes en la psiquis del ser humano que se influyen entre sí.

5-Cuando se le pregunta a la informante si ella es religiosa, contesto lo siguiente:

Sí, creo que nunca había creído en Dios como hasta ahora, nunca lo había buscado como hasta ahora lo busque, lo busque desesperadamente, cuando estaba sana ni siquiera lo buscaba ni me acordaba de que dios existía, acepto que en él momento más difícil lo busque a Dios desesperadamente. Entonces... no pienso en eso sino me resigno a lo que Dios me tenga deparado.

Lo importante parece ser apropiarse de un discurso en el que un ser superior, una divinidad, esté presente; si se cree y se habla de Dios, se puede esperar que haya un milagro y que uno mismo sea el objeto sobre el cual obre la mano y el poder de Dios. La informante al momento

de creer está contribuyendo al proceso de aprender, de aproximarse al entendimiento de la aparición de la enfermedad; puede ayudar a que se desarrolle la convicción de que se tiene una misión y de que todo lo que se esta fue viviendo tiene una explicación.

Herbert Blumer propone el interaccionismo simbólico en siglo XX, y uno de sus tres premisas básicas de este, son:

1 Los humanos interpretamos las cosas partiendo de las significaciones que los objetos y situaciones tienen para nosotros.

2 Esta significación surge de la interacción social que una persona tiene con los de más individuos dentro de su entorno.

3 La significación se modifica a partir del proceso de interpretación que cada persona realiza.

6 ¿Que hizo para superar esta enfermedad?

Al principio fue desesperante, ahí busque a Dios, después me dio depresión, también busque a Dios para superar esa depresión, porque no necesite de ir a un psicólogo, y un poquito de fuerza de voluntad, así fue como lo supere.

Julia al sentirse desesperada acude a su fe religiosa, la cual le ofrece esperanza, equilibrio y fortalecimiento, proporcionando una lucha por la vida y serenidad para aceptar la enfermedad y sus efectos de esta

7-¿Qué significado le da al cáncer?

“Pues con tan solo escuchar la palabra Cáncer, inmediatamente se me viene a la mente una enfermedad fea, algo que es de peligro, no sé cómo un monstruo que se quiere adueñar de nuestra vida, le doy el significado de la muerte”.

Le doy el significado de muerte.

“El cáncer para mí es ahora una oportunidad de vida nueva y le he buscado el significado, pero no se lo he encontrado. Ahora que pensaba en las cosas religiosas, pienso en cuál es el mensaje, que debo cambiar algo de mi vida Y me pregunto ¿Qué es lo que me quiere decir Dios?”

Blumer (1999) propone tres premisas básicas del interaccionismo simbólico en el cual nos dice que los humanos interpretamos las cosas partiendo de las significaciones que los objetos y situaciones tienen para uno mismo. Juana a partir de su creencia en Dios le está dando un significado el cual surgió en su entorno social.

La espiritualidad implica cambios cuyo impacto se traduce en el valor de la vida, en el sentido de esta y de la muerte.

En este caso la fe ejerce una influencia positiva en Julia, es posiblemente el resultado de esa nueva realidad que se construye alrededor del cáncer.

Para Durkheim (1884) no existe religión falsa, ya que toda religión tiene siempre un origen social y es una expresión vivencial con una lógica que responde a unas determinadas necesidades de existencia de la sociedad.

En este sentido Julia tiene un discurso en el que un ser superior, una divinidad, esté presente ante esta situación, ella cree y habla de Dios, en el cual espera que haya un milagro.

Por imaginario social se entiende la postura epistemológica que postula la construcción social de esquemas, mecanismos o dispositivos que permiten percibir algo como real,

explicitándolo e interviniendo operativamente a través del poder que detentan las instituciones que las regulan (Cegarra, 2012).

Son imaginarias porque las significaciones no son reductibles a algo real o racional cualquiera. Social, porque se imponen a todos los miembros de la sociedad sin ser necesariamente conocidas como tales. Los imaginarios sociales no sólo codifican aquello que estiman como realidad, sino que busca una representación de sí misma que estructura un sentido, sensible a producciones simbólicas.

INFORMANTE B

La segunda infamante es la señora María, el encuentro con ella se propició en un ambiente de confianza.

María, tiene 59 años de edad, soltera, originaria de la Ciudad de México. Es comerciante, tiene gusto por el dibujo y se dedica a hacer manualidades en sus ratos libres.

1- Platíqueme cómo era su vida antes de recibir la noticia de que tenía cáncer

“Pues siempre ha sido igual, no ha cambiado nada, solo cuando recibí la noticia , sentí horrible, por lo que se me esperaba con la enfermedad, vivo el día a día con más alegría, aunque hay veces si me da la tristeza y me pongo sentimental, pero de ahí no pasa.

De algo nos hemos de morir, y si esa es la voluntad de Dios, pues que así sea”

La informante, se identifica como una persona normal, hasta el día que le dan el diagnóstico de cáncer.

Sin embargo, al decir que:

“De algo nos hemos de morir, y si esa es la voluntad de Dios, pues que así sea”

Es una persona que tiene una cultura construida en lo mágico-religiosas, ha dotado de una serie de elementos a partir de los cuales ha construido conocimientos que le han permitido darle significado ante la situación del diagnóstico.

Como señala Hélène Védrine (1990) lo imaginario es un dominio fundamental de la vida social que remite al orden del mito como ordenador de la realidad. Su génesis descansa en la imaginación, facultad humana que permite construir una realidad.

2-¿Cómo fue el proceso de su tratamiento, recibió terapias?

“Pues mira, recibí 7 quimioterapias, y la verdad el proceso se me hizo muy pesado, porque me sentía desgastada, ¡cansada pues! ... las quimioterapias nos dejan muy mal, es difícil de explicarlo con palabras, pero la verdad a nadie se lo deseo”

“Porque yo digo que en la vida hay que hacer todo lo que esté al alcance de uno para salir adelante; para vivir, para curarse”

Conforme afronta la enfermedad y a su vez el tratamiento, María hace lo que esté al alcance para afrontar el cáncer, pero ella no tenía idea de lo que en realidad era una quimioterapia y por ende los efectos que esta causaría en ella.

3-¿Usted sabía o tenía información de que era una quimioterapia?

“Pues no, la verdad no, hasta después de que me pusieron la primera quimioterapia, me daba mucho miedo... desde ese día supe lo que conlleva una quimioterapia, el dolor que se siente, cansancio, pérdida de apetito, muchas cosas que desearía jamás volver a pasar en lo que me resta de vida, desde ese día supe lo que las personas con cáncer

pasaban, y lo dolorosa que estas son para los que recibimos el tratamiento, pero todo sea por una segunda oportunidad”

María pese a considerarlo una opción, y la única disponible desde la medicina, predomina en ella el significado de dolor, sufrimiento, malestar, efectos secundarios y miedo

La informante cobra especial relevancia el tema de la autoimagen debido a las connotaciones psicosociales que esta enfermedad conlleva para ella, puesto que el implica molestias físicas por lo agresivo del tratamiento, sin embargo, menciona una palabra clave la cual es “segunda oportunidad”

4-¿Cómo ha afectado su vida, la experiencia del cáncer?

“Pues yo hasta cierto momento tuve depresión, por ejemplo, cuando tuve pérdida de cabello sentí horrible, pues pensé que me iba a morir, pero yo siempre he dicho mi señor estoy en tus manos y pues tú sabrás, lo que tú decidas, lo acepto

Pero pues uno como mujer en mi caso me siento incompleta, porque ya no puede uno usar la ropa que uno quiere, ahora me tengo que poner otro tipo de ropa.

Y pues yo digo que esto le cambia a uno totalmente la vida. Tener cáncer es una cosa diferente a cualquier cosa que uno haya vivido antes”

María al ser operada entra en un estado de depresión, en cuanto a su imagen, se ve afectada su feminidad como mujer.

Como lo mencioné en el marco teórico, los efectos de la cirugía y de los tratamientos, sobre todo aquellos que poseen efectos visibles como la pérdida de la matriz y la caída del cabello,

entre otros, que provoca la quimioterapia puede minimizar la imagen que cada mujer posee de sí misma, y por ende, generar secuelas negativas sobre su autoestima.

Este detrimento no sólo afecta la relación de la mujer consigo misma, sino también con los demás, pudiendo surgir sentimientos de minusvalía, soledad, vergüenza, conductas de aislamiento, de rechazo hacia el contacto social y sexual, entre otros.

Fue en el siglo XIX que se afianzo esta idea de la feminidad ligada a la belleza, la fragilidad y delicadeza del cuerpo de las mujeres. Con esa mirada decimonónica, los historiadores y demás estudiosos, recuperaron el "pasado de la humanidad" de manera eurocentrista y androcéntrica buscando en ese pasado, los valores estéticos predominantes en sus sociedades. (Muñiz, 2014)

Alcanzar dichos estándares de belleza y transformar los cuerpos en "cuerpos perfectos" es uno de los objetivos fundamentales de la existencia de los sujetos. (Muñiz, 2014)

Vivimos una época en la que la belleza del cuerpo femenino es tan importante como la del rostro y ninguna mujer puede, hoy en día, permitirse el lujo de despreocuparse de su línea. Existen, sin embargo, otras razones que justifican esta preocupación que en un principio puede parecer pueril o simplemente ser tachada de narcisista. Entre ellas y por poner un ejemplo se encuentra alcanzar el éxito en la vida. La mujer ahora está obligada a proteger y mantener su línea por múltiples razones: por ella misma, por dignidad, por su marido que presionado por el símbolo femenino impuesto por la media le obliga a establecer inevitables comparaciones y por sus hijos, que, al crecer, también se encontrarán "condicionados" por la presión del entorno. Pero es sobre todo el compromiso que la mujer ha adquirido con la vida activa lo que le obliga a vigilar su línea (Rouet, 1995 pág19-20).

Esta cita corresponde a un texto escrito en 1990 por Marcel Rouet y traducido al español cinco años después. Es uno de tantos libros de autoayuda que circulan y son consumidos en almacenes y tiendas de autoservicio y que de muchas maneras se convierten en educadores de mujeres y jóvenes de clase media. En este libro que al menos lleva dos ediciones, la autora afirma que en nuestros días "la mujer atractiva es dueña de su vida". Desde esta perspectiva, la belleza es una herramienta para las mujeres, una moneda de cambio.

La manera en que una persona se siente sobre su cuerpo puede influenciar el modo en que se siente sobre sí misma; la imagen corporal y el valor propio a menudo juegan roles importantes en la psiquis del ser humano que se influyen entre sí.

“Y pues yo digo que esto le cambia a uno totalmente la vida. Tener cáncer es una cosa diferente a cualquier cosa que uno haya vivido antes”

Sin duda hay un antes y un después del cáncer en el que cambia la forma de ver, de entender y de vivir la vida. Se enfrenta a la limitación de su existencia, de su capacidad física, se hace preguntas existenciales, valora todo aquello que antes parecía obvio como la salud, la familia y la vida, etc.

5-¿Cómo fue la relación con sus doctores, su familia y amigos?

“Pues son unos especialistas muy buenos, y me atendieron bien, creo los doctores en especial los de radioterapia son muy humanistas, nos tratan de una forma muy especial, tal vez porque ellos saben lo difícil y triste que es recibir el tratamiento, pues como le dije el tratamiento es muy doloroso en el aspecto de que nos sentimos bástate desgastadas”

“Pues la verdad soy una mujer sin amigos, solo convivo con mi familia, y con ellos me basta, a fin de cuentas, la familia es en mi caso mi motor de vida, en especial mi hermana, pues es un cariño inmenso el que nos tenemos”

El escenario, en ese nuevo mundo del cáncer, está presente el amor. Esto es, la afiliación por el ser querido, el deseo de cuidarlo, la necesidad de retenerlo vivo en este mundo.

Paul Watzlawick y Don Jackson (1992) entre otros. Ellos sostienen que la comunicación tiene que ser vista de manera interdisciplinaria, lo cual los lleva a la búsqueda de generar una teoría general de la comunicación humana que sea capaz de poder ser aplicada a las diferentes áreas de conocimiento como la psicoterapia, la lingüística y el sistema familiar entre otros más.

Así mismo, una de las principales aportaciones de estos pensadores es que “el concepto de comunicación incluye todos los procesos a través de los cuales la gente se influye mutuamente” (Bateson y Ruesch, 1984) afirmando que la comunicación es la matriz en la que encajan todas las actividades.

6-¿Para usted que es importante ahora en su vida?

“Pues mi hermana nomas, porque siempre había estado con ella y las dos somos la una para la otra, desde chiquititas crecimos juntas y ahora con lo de mi enfermedad pues nos hemos unido más.

No quisiera dejarla sola, pero desgraciadamente sé que en algún momento me iré de esta vida, no sé si por mi enfermedad o porque Dios así lo desea”

La señora María teme morir y dejar sola a su herma, pues entre ellas hay un lazo muy fuerte, está consciente de que en algún momento de su vida eso va a ocurrir, menciona que si es la palabra de Dios como la principal fuente de mando.

En este sentido, según los interaccionistas simbólicos el lenguaje como Blumer (1937) señala que es un sistema de símbolos, como las palabras, que se utilizan para significar cosas y a partir de ellos, surgen todos los demás signos, es decir las cosas, actos y palabras existen y tienen significado por que pueden ser descritas mediante el lenguaje, cada individuo asigna un significado a las cosas o actos dependiendo de sus interacciones y su contexto en el que se lleva a cabo la interacción.

7-¿Qué significado le da usted al cáncer?

“Pues... es una enfermedad muy fea, creo yo la peor que le puedan detectar a una persona, luego, luego uno piensa en muerte, para mí el cáncer es como una sombra negra que nos sigue a todos lados, una sombra que no descansará hasta llevarnos con ella.

Yo digo que todo lo que se haga con fe en mi Dios y en su palabra, todo es bueno. Él me pone estas cositas en el camino y yo las tomo y me siento en paz conmigo y con él. O sea, es como saber que uno está haciendo lo que hay que hacer”

En este sentido, según los interaccionistas simbólicos el lenguaje es un gran sistema de símbolos, como las palabras, que se utilizan para significar cosas y a partir de ellos, surgen todos los demás signos, es decir las cosas, actos y palabras existen y tienen significado por que pueden ser descritas mediante el lenguaje, cada individuo asigna un significado a las

cosas o actos dependiendo de sus interacciones y su contexto en el que se lleva a cabo la interacción.

Por otro lado, María la cual es una persona religiosa, frecuentemente demuestra mayor capacidad de lidiar con circunstancias adversas de la vida con la utilización del psique religioso/espiritual con el objetivo de enfrentar situaciones de angustia y temor.

ESQUEMA DE COMPARACIÓN

EL DIAGNÓSTICO

INFORMANTES	RESPUESTAS
Julia	<i>“Pues bien, todo era normal, mis actividades normales, como cualquier otra persona”</i>
María	<i>“Pues siempre ha sido igual, no ha cambiado nada, lo tomé de una forma natural, y pues así que cambie mi vida pues no, vivo el día a día con más alegría, aunque hay veces si me da la tristeza y me pongo sentimental, pero de ahí no pasa. De algo nos hemos de morir, y si esa es la voluntad de Dios, pues que así sea”</i>

El diagnóstico lo enfrentan de una manera distinta, hay un antes y un después, en el caso de la informante Julia, se considera una persona normal, hasta que el cáncer toca a su puerta, desde que recibe el diagnóstico ella deja de ser una persona normal para convertirse en anormal.

En cambio, la señora María al recibir el diagnóstico lo digiere de diferente forma, para ella no cambia nada. Pero le pone un valor a Dios, (una divinidad) Ella si cree y habla de Dios, se

puede esperar que haya un milagro y que uno mismo sea el objeto sobre el cual obre la mano y el poder de Dios. Esto tiene que ver mucho con la cultura e identidad de cada persona, como lo señale anteriormente en el apartado del marco teórico, siguiendo a Gilberto Giménez (2016) en nuestro alrededor, estamos sumergidos en un mar de significados, imágenes y símbolos. Todo tiene un significado, a veces ampliamente compartido, en torno nuestro: nuestro país, nuestra familia, nuestra casa nuestra iglesia, nuestras creencias religiosas, nuestro partido y nuestras ideologías política etc., por mencionar algunas.

EL TRATAMIENTO

INFORMANTES	RESPUESTAS
<p>Julia</p>	<p><i>“La experiencia en mi caso ha sido muy triste, ha sido cruel, porque nunca me imaginé que el tratamiento me iba a desgastar mucho, físicamente, mucho dolor y sufrimiento, son unas nauseas horribles a nadie se le desea”</i></p>
<p>María</p>	<p><i>“Pues mira, recibí 7 quimioterapias, y la verdad el proceso se me hizo muy doloroso porque me sentía desganada,</i></p>

	<p><i>¡cansada pues! ... las quimioterapias nos dejan muy mal, es difícil de explicarlo con palabras, pero la verdad a nadie se lo deseo”</i></p> <p><i>“Porque yo digo que en la vida hay que hacer todo lo que esté al alcance de uno para salir adelante; para vivir, para curarse”</i></p>
--	--

En el proceso del tratamiento, ambas informantes aceptaron recibir el tratamiento oncológico: cirugía, radioterapia u quimioterapia. El cual es un segundo golpe para el paciente, ya que el primero fue el del diagnóstico de cáncer cervicouterino, el tomar una decisión sobre si asume o no un tratamiento que por lo demás, está representado con un estigma tan fuerte como el de la muerte. La quimioterapia se representa entonces como la única y la mejor alternativa que el médico tiene disponible para atacar el cáncer, un tratamiento médico, centrado en los químicos que son nocivos para la salud y que produce efectos secundarios muy incómodos y temidos, las informantes mencionan palabras claves como dolor, cansancio y ambas coinciden en que a nadie le desean ese sentir.

Por otro lado, la percepción corporal en algunas de las participantes también se vio afectada por los efectos secundarios que traen consigo las terapias (radioterapia y/o quimioterapia). Como lo señalan las sobrevivientes.

LA IMAGEN DE LA MUJER HACIA SU CUERPO (FEMINIDAD)

INFORMANTES	RESPUESTAS
<p>Julia</p>	<p><i>“Mi vanidad quedó por los suelos, me siento incompleta, ya no es lo mismo, mi forma de vida ha cambiado por completo, pues a raíz de la cirugía que tuve, quede peor, porque con los efectos de las quimioterapias con el paso del tiempo, tuve otra cirugía, la del colón, ahora cargo con una maldita colostomía, y para mí no ha sido nada fácil, la vanidad hasta ahí quedo... por la forma de vestir” ya nada me queda, me siento una mujer son chiste, ya no puedo usar cierta ropa por lo mismo de la colostomía, parezco un costal mal relleno</i></p>
<p>María</p>	<p><i>“Uno como mujer en mi caso me siento incompleta, porque ya no puede uno usar la ropa que uno quiere, ahora me tengo que poner otro tipo de ropa en donde no sea muy notorio”</i></p>

Una de las áreas que puede sufrir un mayor impacto psicológico en la mujer con cáncer es la autoimagen.

Los efectos de la cirugía y de los tratamientos, sobre todo aquellos que poseen efectos visibles como el de una cirugía y la caída del cabello, entre otros, pueden minimizar la imagen que cada mujer posee de sí misma, y por ende, generar secuelas negativas sobre su autoestima.

Las informantes se muestran incompletas después de haber sido operadas, la manera en que una persona se siente sobre su cuerpo puede influenciar el modo en que se siente sobre sí misma; la imagen corporal y el valor propio a menudo juegan roles importantes en la psiquis del ser humano que influyen entre sí, ya que la alteración de la simetría corporal puede ser vivenciada por algunas pacientes como una deformidad o bien, una pequeña cicatriz podría llegar a tener una interpretación psicológica de tal magnitud que muchas veces será incomprendida por su entorno social y afectivo

En consecuencia, ocurre que, para las pacientes, el hecho de sentir que su cuerpo ha cambiado, que ya no es el mismo de antes o incluso que no les pertenece, puede interferir frecuentemente con la continuidad o el establecimiento de relaciones interpersonales.

En las citas anteriores vemos como las informantes tratan de lidiar con su condición aceptando lo que les está pasando, los efectos secundarios de la quimioterapia es una situación difícil y traumática para ellas. De la misma manera, como lo menciona el primer informante, el hecho de traer una colostomía ha sido muy duro para ella, este es otro factor que contribuye su malestar con respecto a cómo percibe su cuerpo.

El impacto de los estándares de belleza femenina de la sociedad en la percepción corporal de una paciente de cáncer es otra de las áreas que las participantes señalan como una de sus mayores preocupaciones. Nuestra cultura establece que la mujer debe ser bonita, delgada y voluptuosa. Como se ha señalado anteriormente, las mujeres que reciben un diagnóstico de cáncer por lo general son sometidas a una cirugía y a procesos químicos que tienen efectos secundarios que marcan su cuerpo. La mayoría de las veces la mujer opta por beneficiar su salud, sin embargo, es inevitable que se enfrente a cómo su imagen corporal está a tono con los estándares de belleza femenina idealizados por su cultura.

SIGNIFICADO DEL CÁNCER

INFORMANTES	RESPUESTAS
Julia	<i>“Pues con tan solo escuchar la palabra Cáncer, inmediatamente se me viene a la mente una enfermedad fea, algo que es de peligro, no sé cómo un monstruo que se quiere adueñar de nuestra vida, le doy el significado de la muerte”.</i>
María	<i>“Pues... es una enfermedad muy fea, creo yo la peor que le puedan detectar a una persona, luego, luego uno piensa en muerte, para mí el cáncer es como una</i>

	<p><i>sombra negra que nos sigue a todos lados, una sombra que no descansará hasta llevarnos con ella”.</i></p>
--	---

En la actualidad el cáncer es una de esas enfermedades que tiene “mala prensa”, que despierta en el imaginario colectivo una imagen negativa, y puede convertirse en un estigma (Gofman). Las personas afectadas por el cáncer desarrollan hipótesis acerca de las posibles causas de su enfermedad, tienen creencias sobre si ellas mismas pueden influir en el desarrollo de la enfermedad o en la probabilidad de recaída, y también ideas acerca de la influencia del médico y del tratamiento en su curación. En su opinión, estas cuestiones son importantes porque estas creencias, estos sentimientos de control, el sentimiento de vulnerabilidad, y la sensación de culpa y estigma están en relación con la adaptación y el afrontamiento a la enfermedad.

INTERACCION CON LA FAMILIA

INFORMANTES	RESPUESTAS
<p style="text-align: center;">Julia</p>	<p style="text-align: center;"><i>¡Pensé!...</i></p> <p style="text-align: center;"><i>¿Qué pasaría con mi familia? Si estarían conmigo en este momento tan difícil o no, no se muchas cosas invadieron mi mente.</i></p>
<p style="text-align: center;">María</p>	<p style="text-align: center;"><i>“Pues la verdad soy una mujer con pocos amigos, solo convivo con mi familia, y con ellos me basta, a fin de cuentas, la familia es en mi caso mi motor de vida, en especial mi hermana, pues es un cariño inmenso el que nos tenemos</i></p>

En las citas anteriormente presentadas se puede resaltar que no sólo una mujer con un diagnóstico de cáncer enfrenta el miedo al abandono o rechazo por parte de su familia, sino también puede presentar ambivalencia con respecto a cuál es su verdadero motivo si se queda a su lado. Igualmente, puede experimentar culpa y asumir la responsabilidad por lo que pueda suceder si se disuelve la relación de pareja.

Las informantes, piensan en su familia, se sienten atemorizadas de ser rechazadas o abandonadas en el caso de Julia, por otro lado, María tiene un vínculo con su hermana, ya que ella es su única familia y la que ha estado con ella en todo momento

CREENCIAS

INFORMANTES	RESPUESTAS
Julia	<p><i>“Creo que nunca había creído en Dios como hasta ahora, nunca lo había buscado como hasta ahora lo busque, lo busque desesperadamente, cuando estaba sana ni siquiera lo buscaba ni me acordaba de que Dios existía, acepto que en el momento más difícil busque a Dios desesperadamente. Entonces... no pienso en eso sino me resigno a lo que Dios me tenga deparado.”</i></p>
María	<p><i>“Soy católica porque siempre cuando tenemos algún problemita, siempre acudimos a él, y pues él siempre nos ayuda a salir adelante”</i></p>

Las informantes tienen la necesidad de creer en Dios, en este caso lo pongo como espiritualidad, se puede comprender como la esencia de una persona, una búsqueda de significado y propósito en la vida. Ya la religión puede ser definida como una expresión parcial de la espiritualidad, practicada mediante tradiciones sagradas, transmitida a través del patrimonio cultural, acompañada de dogmas y doctrinas.

Los resultados indican que las pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico son religiosas, consideran importante la espiritualidad/religión en sus vidas.

La identificación de la utilización del psique Religioso/Espiritual como estrategia de enfrentamiento de la enfermedad por la población estudiada contribuye a la planificación de intervenciones relacionadas a la religiosidad/espiritualidad. La identificación del perfil de los sujetos que utilizan la espiritualidad sirve como herramienta útil para afrontar la enfermedad y salir adelante.

De ahí surge ese imaginario, el cual se entiende la postura epistemológica que postula la construcción social de esquemas, mecanismos o dispositivos que permiten percibir algo como real, en este caso Dios.

Conclusiones

El propósito principal de esta investigación, era presentar una mirada sobre el imaginario que se crean las mujeres al ser diagnosticadas con cáncer, específicamente lo que pretendía era presentar su postura, explorando los siguientes aspectos:

- A) El impacto del diagnóstico.
- B) La percepción corporal que se tiene sobre su cuerpo
- C) La comunicación en la familia.
- D) La influencia que tiene la religión sobre su forma de pensar

En esta tesis pude dar cuenta que las mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer cervicouterino, lo asociaban con un castigo divino, es a partir del diagnóstico, en el que la mujer empieza a construir su propio imaginario del ¿Por qué a mí? Y es ahí en donde indican una relación positiva con la espiritualidad y religión.

Los resultados de esta investigación, fueron satisfactorios, ya que en ellos se muestra a lo que se pretendió llegar con el objeto de estudio.

No obstante, este fuerte auge deja de lado el hecho de que no estamos trabajando con una enfermedad sino con una persona que tiene una historia y un modo particular de asumirse frente a los avatares que la vida le plantea; en este caso en particular el cáncer.

Con respecto a la imagen corporal, el impacto es otra de las áreas que las participantes señalan como uno de sus mayores preocupaciones, como lo mencione anteriormente en el marco teórico, nuestra cultura establece que la mujer debe ser bonita, delgada y voluptuosa, ante esta situación, las mujeres que reciben un diagnóstico de cáncer por lo general son sometidas a una cirugía y a procesos químicos que tienen efectos secundarios que marcan

su cuerpo. Razón por la cual existe una doble presión para esta población: el riesgo que representa esta enfermedad para su vida versus cumplir con lo que se espera en términos físicos con respecto a la mujer. La mayoría de las veces la mujer opta por beneficiar su salud, sin embargo, es inevitable que se enfrente a cómo su imagen corporal está a tono con los estándares de belleza femenina idealizados por su cultura.

En cuanto a la espiritualidad, es en donde comprendieron mis informantes esa esencia de una persona, es decir en donde mostraron mayor capacidad de lidiar con circunstancias adversas.

Ya que la espiritualidad y religiosidad es percibida como un soporte emocional para afrontar la enfermedad, por las pacientes, debido a que fortalece su interior, además, le hace eficiente en la construcción del tejido social con las personas que conforman su entorno ya que lo impulsa hacia lo trascendente, es decir, le conduce a aquello que va más allá de lo que corresponde al contexto inmediato del ser humano.

Esta concepción se constituye en un argumento que resalta la importancia de la inmaterialidad, en las interacciones simbólicas de las personas, las cuales cobran mucho sentido frente a impactos emocionales en donde se pone en evidencia la vulnerabilidad.

Las participantes expresaron que la fortaleza emocional que obtenían de sus prácticas espirituales/religiosas, cuando observaban que el dolor era intenso, rezaban y le pedían a Dios que les ayudara a superar esa situación

La representación social es un elemento importante, dado que las mujeres que padecieron esta enfermedad tienen una idea de lo que significa la enfermedad a partir de lo que socialmente se comparte acerca de la misma. Esta idea presente en el imaginario colectivo y a su vez es compartida por las propias personas afectadas.

Mis objetivos al inicio de esta investigación fueron claros, pues uno de ellos era conocer la relación que le da la mujer diagnosticada con cáncer a la espiritualidad y los supuestos eran que la mujer al ser diagnosticada con esta enfermedad del cáncer, lo asociaba a un castigo divino, y me di cuenta de que sí, pues mis informantes lo relacionaron como una prueba de Dios y fue ahí en donde vi esta relación de espiritualidad.

El estudio permite concluir que las mujeres que padecieron esta enfermedad, se crearon su propio imaginario social, basado en la realidad que vivieron, el factor que las sostuvo de pie, y en quien se apoyaron para sobre salir fue la fe que depositaron en un ser divino llamado Dios.

El segundo aspecto para resaltar es como las prácticas espirituales/religiosas han venido emergiendo como un recurso a nivel individual y social que potencializa el soporte emocional de las personas que la practican, generando paz interior, esperanza, seguridad y fortaleza para enfrentar los embates de la vida.

Por otra parte, creo que, en el enfoque sistémico, interaccionismo simbólico y comunicación intrapersonal y la comunicación verbal y no verbal, fueron básicos para esta investigación, puesto que mis informantes lo expresaron de tal manera que me fue más practico poder analizar los puntos claves de su sentir.

Para finalizar quiero hacer énfasis sobre la importancia que tiene la comunicación en este trabajo de investigación. La Comunicación Humana ha sido un fenómeno muy estudiado por sus repercusiones y consecuencias en el bienestar de las personas, así como en la construcción de su realidad e identidad personal.

Fue a partir de los años cincuenta cuando investigadores como Gregory Bateson y Paul Watzlawick abordan las complejidades de la comunicación humana desde un enfoque

sistémico, observando, sobre todo, los efectos que los diferentes patrones comunicacionales tenían en el comportamiento de las personas, incluso su relación con ciertas patologías.

En este trabajo de investigación es claro que las creencias ofrecen explicaciones que las enfermas toman como verdad, ellas recibieron el cáncer y todas estas creencias se transmitieron y forman parte de su identidad, la cual se ve ante el terremoto que representa el ver cerca el final de la vida, su muerte encapsulada en uno de sus principales símbolos corporales de femineidad, familia, etc. Todo se cuestiona: La femineidad, la vida y sus deseos, y todo esto está relacionado con la Cultura y la comunicación.

Referencias

Calderón, M. (junio de 2015). *De la ideología a la identidad en mujeres con cáncer cervicouterino*. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362015000100274

Cegarra, J. (marzo 2012). *Fundamentos teóricos epistemológicos de los imaginarios sociales*.

Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2012000100001

Corporación Yo Mujer (mayo 16 de 2019). *El impacto del cáncer sobre la autoimagen y autoestima*. Recuperado de [http://corporacionyomujer.cl/el-impacto-del-cancer-de-mama-sobre-la-autoimagen-y-autoestima/?fbclid=IwAR0i-](http://corporacionyomujer.cl/el-impacto-del-cancer-de-mama-sobre-la-autoimagen-y-autoestima/?fbclid=IwAR0i-5uJhpnRkMpINT4qh2X_b7iBSSqb0bbZPDzn5aoUe6qEZ0mnaY3KIOA)

[5uJhpnRkMpINT4qh2X_b7iBSSqb0bbZPDzn5aoUe6qEZ0mnaY3KIOA](http://corporacionyomujer.cl/el-impacto-del-cancer-de-mama-sobre-la-autoimagen-y-autoestima/?fbclid=IwAR0i-5uJhpnRkMpINT4qh2X_b7iBSSqb0bbZPDzn5aoUe6qEZ0mnaY3KIOA)

De la Garza, J. & Juárez, P. (2014). *El Cáncer*. Recuperado de

http://eprints.uanl.mx/3465/1/El_Cancer.pdf

Durkheim, E. (1885). *La sociología política de Émile Durkheim: La centralidad del problema del Estado en sus reflexiones del período 1883–1885*. (Trad. Inda, G.) Andamios vol. 4 no.8

México jun. 2008. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632008000100006

Figuroa, Valadez, Rivera & Hernández. (Septiembre de 2014). *El imaginario social del cuerpo con cáncer de mama*. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/271505443_El_imaginario_social_del_cuerpo_con_cancer_de_mama_contrastacion_entre_personal_de_salud_y_mujeres_con_cancer_de_mama

Giménez, G. (enero de 2010) *Cultura, identidad y procesos de individualización*. Recuperado de http://conceptos.sociales.unam.mx/conceptos_final/625trabajo.pdf

Giménez, G. (septiembre de 2016) *Cultura e identidades*. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/crs/v6n11/v6n11a5.pdf>

Gutiérrez, J. (marzo 11 de 2010). *El yo y el ello*. Recuperado de <https://revistaalter.com/seminarios/el-yo-y-el-ello/1023/>

Martínez, J. y Muñoz, D. (25 de octubre de 2008). *Aproximación teórico-metodológica al imaginario social y las representaciones colectivas*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n67/n67a10.pdf>

Mesquita, A. (7 de abril de 2013). *La utilización del enfrentamiento religioso/espiritual por pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico*. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/es_0104-1169-rlae-21-02-0539.pdf

Muñiz, E. (mayo de 2014). *Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y feminidad. Una mirada feminista*. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200006

Oropesa, Y. (22 enero de 2019) *Afectación a la salud familiar por diagnóstico de cáncer*. Recuperado de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/616/1781>

Ovelar, I. (s.f.) *El impacto del cáncer en la familia*. Recuperado de <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/11/Ovelar-Irene-Trab.-3%C2%BA-online-14.pdf>

Palacios, X. (10 de julio de 2015) *Las representaciones sociales del cáncer y quimioterapia en la familia del paciente*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v10n2/v10n2a03.pdf>

Pintos, J. (octubre 2005). *Comunicación, construcción de la realidad de imaginarios sociales*. Recuperado de <file:///C:/Users/Admin/Downloads/imaginarios-sociales-y-critica-ideologica--0.pdf>

Piña, J. (enero de 2004). *La teoría de las representaciones sociales su uso en la investigación educativa en México*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982004000100005

Rizo, M. (2012) *Imaginarios sobre la comunicación. Algunas certezas y muchas incertidumbres en torno a los estudios de comunicación, hoy*. Recuperado de http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_158/recursos/e-books/11062015/imaginarios_comunicacion.pdf

Rizo, M. (2006) *La comunicación interpersonal Introducción a sus aspectos teóricos , metodológicos y empíricos. Cuadernos de comunicación y cultura, (2), 7-8*. Recuperado de <http://desarrollo.uacm.edu.mx/sitios/bestudiante/imagenes/com%20interpersonal.pdf>

Roiz, M. (s.f.) *La familia, desde la teoría de la comunicación de Palo Alto*. Recuperado de [file:///C:/Users/pc0/Downloads/Dialnet-LaFamiliaDesdeLaTeoriaDeLaComunicacionDePaloAlto-249259%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pc0/Downloads/Dialnet-LaFamiliaDesdeLaTeoriaDeLaComunicacionDePaloAlto-249259%20(1).pdf)

Sandoval, L. (2014) *Bateson y el modelo comunicativo de Palo Alto*. Recuperado de <http://www.delgatogris.com.ar/wp-content/uploads/2016/12/Sandoval-Bateson-y-el-modelo-comunicativo-de-Palo-Alto.pdf>

Salazar, J. (2014). *El cáncer*. Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de http://eprints.uanl.mx/3465/1/EI_Cancer.pdf

Sosa, M. (31 de marzo de 2014). *El cuidado de enfermería en el cuerpo de la persona con cáncer*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000200006

Thompson, J. (2002) *Ideología y cultura moderna*. Recuperado de https://reflexionesdecoloniales.files.wordpress.com/2014/05/thompson_john_b_ideologia_y_cultura_moderna_teor%C3%ADa_critica_s.pdf

ANEXOS

INFORMANTE (A) ENTREVISTA COMPLETA

¿Cuántos años tiene? 52

¿A qué se dedica? Al hogar

¿Es casada? Sí

¿Cuántos hijos tienen? 4

Hábleme de usted ¿cómo era su vida hace unos 10 años?

Pues bien, todo era normal, mis actividades normales, como cualquier otra persona.

Hábleme a cerca de cuando se enteró que tenía cáncer

Cuando me entre, la verdad fue algo muy duro para mí, en ese momento creo quería morirme, porque nunca me imaginé que esta enfermedad algún día la iba a tener, nunca paso por mi cabeza.

Antes de enterarse que usted tenía cáncer, ¿qué pensaba del cáncer?

Le tenía mucho miedo, pavor, pánico, le temía a esa enfermedad, incluso cuando escuchaba la palabra “cáncer” me daba miedo y decía entre mi, que nunca me de esa maldita enfermedad.

¿En qué parte de su cuerpo tiene el cáncer?

Es cáncer cervico uterino en la matriz útero. Un tumor de 8 cm, ya estaba muy avanzado el cáncer, ya estaba en la faceta 4

¿Usted qué pensó en ese momento cuando el Dr. Le dio la noticia?

(Suspiro) lo peor, pensé lo peor, la verdad pensé que me iba a morir, pensé que de esta no me salvaba, la verdad si me imagine lo peor.

¿Se lo dijo usted a otras personas?

No, en ese momento no, en ese momento lo que quería era morirme, en ese momento quería lo único que quería era agilizar mi muerte.

¿Cómo ha sido esta experiencia de tener esta enfermedad?

La experiencia en mi caso ha sido muy triste, ha sido cruel, porque nunca me imaginé que el tratamiento me iba a desgastar mucho, físicamente, y emocionalmente.

¿Cómo ha sido la experiencia con el equipo médico que la tardo?

Pues con los médicos nos tratan bien, no tengo nada malo que decir de ellos, más que nada nos hablan con la verdad, aunque duela, ya depende del paciente como reaccione ante esta noticia, pero es mejor saber la verdad a que nos engañen .

¿Siente algún temor relacionado con su enfermedad?

Sí mucho temor, que algún día se me dispare en alguna otra parte del cuerpo, y cuanto tiempo voy a vivir.

¿Usted ha sido vanidosa con su cuerpo?

Antes sí, ahora pues que puedo decir, si mi vanidad quedo por los suelos, me siento incompleta, ya no es lo mismo, mi forma de vida ha cambiado porque traer una colostomía no es fácil, la vanidad hasta ahí quedo... por la forma de vestir.

¿Comió se siente con el papel de mamá?

Dependo de los hijos un poco, pero también trato de hacer mis cosas, aunque quizá ya no como antes, ya no con la misma agilidad, pues ahora lo tengo que hacer con cuidado.

¿Han cambiado sus proyectos de vida al tener esta enfermedad'?

Sí, sí han cambiado, ya no soy la misma de antes, me siento sola, dependo de los demás, me canso, ya no puedo hacer mucho, ya no soy rápida, hago muy poco porque me canso con mucha facilidad.

¿Que es importante en su vida en este momento?

Mi propia vida, no pienso en nada ni en nadie más, solo en mí misma.

¿Y antes usted pensaba en sí misma?

No, solo en mi familia, nunca me preocupe por mí, la prueba está en que me descuide y quizá yo fui la que le di esa oportunidad al cáncer que me diera, por descuida, por falta de tiempo, por no hacerme mis chequeos.

¿Usted es religiosa?

Sí, creo que nunca había creído en dios como hasta ahora, nunca lo había buscado como hasta ahora lo busque, lo busque desesperadamente, cuando estaba sana ni siquiera lo buscaba ni me acordaba de que dios existía, acepto que en el momento más difícil lo busque a dios desesperadamente.

¿Usted cree que dios le dio una segunda oportunidad?

Pues aquí fueron dos cosas, un poco la tecnología y otro poco la fe que tuve en dios

¿Hubo un momento en el que usted ya no podía?

Si cuando recibió el tratamiento fue lo peor de mi vida, cuando recibí las quimioterapias me quería morir, ya no tenía fuerzas.

¿Cómo fue la experiencia de la quimioterapia?

Pues fue algo muy duro porque no me imagina las consecuencias de las quimioterapias fueran tan fuertes, los médicos nunca me dijeron que es lo que me iba pasar hasta que lo viví en carne propia.

¿Que hizo para superar esta enfermedad?

Al principio fue desesperante ahí busque a dios, después me dio depresión, también busque a dios para superar esa depresión, porque no necesite de ir a un psicólogo, y un poquito de fuerza de voluntad, así fue como lo supere.

¿De qué forma ha afectado sus relaciones con las personas que la rodean en su entorno?

Pues mucho, porque yo ya no soy la misma, me considero más dura de sentimientos, estoy enojada con la vida, estoy enojada con los que viven a mi alrededor, me he vuelto más agresiva, no me lo explico, pero así me volví, al recordar todo lo que pasado con esta enfermedad, me da mucho coraje, con todo y todos !

¿Qué significado le da al cáncer?

Pues con tan solo escuchar la palabra Cáncer, inmediatamente se me viene a la mente una enfermedad fea, algo que es de peligro, no sé cómo un monstruo que se quiere adueñar de nuestra vida, le doy el significado de la muerte.

El cáncer para mí es ahora una oportunidad de vida nueva y le he buscado el significado pero no se lo he encontrado. Ahora que pensaba en las cosas religiosas, pienso en cuál es el mensaje, que debo cambiar algo de mi vida y lo busco por el lado del Derecho y no lo encuentro. ¿Qué es lo que me quiere decir la vida?

**DESCRIPCIÓN DE LA
INFORMANTE A**

¿Cuántos años tiene? 52

¿A qué se dedica? Al hogar

¿Es casada? Sí

¿Cuántos hijos tienen? 4

PREGUNTAS	ANÁLISIS
<p>Hábleme de usted ¿cómo era su vida hace unos 10 años?</p> <p><i>Pues bien, todo era normal, mis actividades normales, como cualquier otra persona.</i></p>	<p>La informante se siente anormal, hasta que le dio la enfermedad del cáncer.</p>
<p>Hábleme a cerca de cuando se enteró que tenía cáncer</p> <p><i>Cuando me entre, la verdad fue algo muy duro para mí, en ese momento creo quería morirme, porque nunca me imaginé que esta enfermedad algún día la iba a tener, nunca paso por mi cabeza.</i></p>	<p>Es activa, lo único que quería era acelerar su muerte. Para no sufrir con el proceso del tratamiento.</p>
<p>¿Usted qué pensó en ese momento cuando el Dr. Le dio la noticia?</p> <p><i>(Suspiro) lo peor, pensé lo peor, la verdad pensé que me iba a morir.</i></p>	<p>La informante muestra mucho miedo a la enfermedad.</p>
<p>¿Se lo dijo usted a otras personas?</p>	<p>La informante se muestra sola en este</p>

<p><i>No, en ese momento no, en ese momento lo que quería era morirme, en ese momento quería lo único que quería era agilizar mi muerte.</i></p> <p><i>me iba a desgastar mucho, físicamente</i></p>	<p>proceso de la noticia, no quiere que nadie sepa sobre su enfermedad, lo único que le importaba era acelerar su muerte, para no tener que enfrentar a los otros ni a la enfermedad.</p>
<p>¿Usted ha sido vanidosa con su cuerpo?</p> <p><i>Antes sí, ahora pues que puedo decir, si mi vanidad quedo por los suelos, me siento incompleta, ya no es lo mismo, mi forma de vida ha cambiado porque traer una colostomía no es fácil, la vanidad hasta ahí quedo... por la forma de vestir.</i></p>	<p>La informante menciona que si era vanidosa, pero al haber sido operada, y perder una parte de su cuerpo se muestra como una mujer incompleta, siente que ya no es una mujer normal, sino una persona anormal, es decir que no se siente completa, que el haber perdido una parte de su cuerpo la hace sentir incompleta y por ese hecho ya no se siente mujer.</p> <p>Ahí se muestra una interacción con los demás, de que no deben de ver que es anormal</p>
<p>¿Que es importante en su vida en este momento?</p> <p><i>Mi propia vida, no pienso en nada ni en nadie más, solo en mi misma.</i></p>	<p>La informante muestra una actitud de egoísmo, solo piensa en ella antes que en los demás.</p>
<p>¿Usted es religiosa?</p> <p><i>Sí, creo que nunca había creído en dios</i></p>	<p>La informante menciona que nunca había creído en Dios como hasta hoy en día, lo que</p>

<p><i>como hasta ahora, nunca lo había buscado como hasta ahora lo busque, lo busque desesperadamente, cuando estaba sana ni siquiera lo buscaba ni me acordaba de que dios existía, acepto que en el momento más difícil lo busque a dios desesperadamente.</i></p>	<p>se deduce que al momento de haber tenido esa enfermedad, ella deposito en Dios su confianza.</p>
<p>¿Usted cree que dios le dio una segunda oportunidad?</p> <p><i>Pues aquí fueron dos cosas, un poco la tecnología y otro poco la fe que tuve en Dios</i></p> <p>¿Que hizo para superar esta enfermedad?</p> <p><i>Al principio fue desesperante ahí busque a dios, después me dio depresión, también busque a dios para superar esa depresión, porque no necesite de ir a un psicólogo, y un poquito de fuerza de voluntad, así fue como lo supere.</i></p>	<p>La informante esta consiente que su recuperación fue gracias a la tecnología de la medicina avanzada y la fe que ella depósito en Dios.</p> <p>La informante busca a Dios para superar la depresión por la que pasaba, ella afirma que no necesitaba ayuda profesional cómo la de un psicólogo, sino la fuerza de voluntad y la fe que deposito en Dios.</p>
<p>¿De qué forma ha afectado sus relaciones con las personas que la rodean en su entorno?</p> <p><i>Pues mucho, porque yo ya no soy la misma, me considero más dura de sentimientos,</i></p>	<p>La informante al pasar por la etapa de su enfermedad, se muestra enojada con todos los que la rodean, y toma una actitud de coraje hacia la vida.</p>

<p><i>estoy enojada con la vida, estoy enojada con los que viven a mi alrededor, me he vuelto más agresiva, no me lo explico, pero así me volví, al recordar todo lo que pasado con esta enfermedad, me da mucho coraje, con todo y todos !</i></p>	
<p>¿Qué significado le da al cáncer?</p> <p><i>Pues con tan solo escuchar la palabra Cáncer, inmediatamente se me viene a la mente una enfermedad fea, algo que es de peligro, no sé cómo un monstruo que se quiere adueñar de nuestra vida, le doy el significado de la muerte.</i></p> <p><i>El cáncer para mí es ahora una oportunidad de vida nueva y le he buscado el significado pero no se lo he encontrado. Ahora que pensaba en las cosas religiosas, pienso en cuál es el mensaje, que debo cambiar algo de mi vida y lo busco por el lado del Derecho y no lo encuentro. ¿Qué es lo que me quiere decir la vida</i></p>	<p>La informante relaciona el cáncer con un monstruo (algo feo) el cual le muestra miedo. La informante me explico que define al cáncer como monstruo al cáncer porque se le figuraba como un animal negro el cual le provoca mucho miedo.</p>

INFORMANTE B ENTREVISTA COMPLETA

¿Cuántos años tiene? 59 años

¿A qué se dedica? Soy comerciante y en mis tiempos libres me dedico a dibujar, me gusta mucho también hacer manualidades en madera.

¿Es casada? No

¿Qué religión practica usted?

La católica

¿Por qué? *Pues porque siempre cuando tenemos algún problemita, siempre acudimos a él, y pues él siempre nos ayuda a salir adelante. En lo personal siempre le rezo a él*

Platíqueme como era su vida antes de recibir la noticia de que tenía cáncer

Pues siempre ha sido igual, no ha cambiado nada, lo tome de una forma natural, y pues así que cambie mi vida pues no, vivo el día a día con más alegría, aunque hay veces si me da la tristeza y me pongo sentimental, pero de ahí no pasa.

De algo nos hemos de morir, y si esa es la voluntad de Dios, pues que así sea

¿Recuerda qué le dijo el médico?

Si, este bueno yo empecé con lo del cáncer, empecé a sangrar, entonces ese día me tocaba ir a trabajar y la verdad no me había dado cuenta, hasta que vi la mancha de sangre en la pijama, entonces pues supuse que había sido en el trabajo que me enteré una espina, pues porque yo trabajaba en el nopal, pues supuse que me había lastimado, después fui al médico

y me mandaron hacer unos estudios, después salieron los resultados y me dijeron que tenía cáncer cervico.

¿Cómo fue el proceso de su tratamiento, recibió terapias?

Pues mira, recibí 7 quimioterapias, y la verdad el proceso se me hizo muy pesado, porque me sentía desganada, cansada pues! ... las quimioterapias nos dejan muy mal, es difícil de explicarlo con palabras, pero la verdad a nadie se lo deseo.

Porque yo digo que en la vida hay que hacer todo lo que esté al alcance de uno para salir adelante; para vivir, para curarse.

¿Usted se imaginaba como era una quimioterapia?

Pues no, la verdad no, hasta después de que me pusieron la primera quimioterapia, desde ese día supe lo que conlleva una quimioterapia, el dolor que se siente, cansancio, pérdida de apetito, muchas cosas que desearía jamás volver a pasar en lo que me resta de vida, desde ese día supe lo que las personas con cáncer pasaban, y lo dolorosa que estas son para los que recibimos el tratamiento, pero todo sea por una segunda oportunidad.

¿Cómo ha afectado su vida, la experiencia del cáncer?

Pues yo hasta cierto momento tuve depresión, por ejemplo cuando se me callo el pelo sentí horrible, pues pensé que me iba a morir, pero yo siempre he dicho mi señor estoy en tus manos y pues tú sabrás, lo que tú decidas, lo acepto.

¿La operaron? Sí

Cómo se siente usted a partir de esa cirugía?

Pues uno como mujer en mi caso me siento incompleta, porque ya no puede uno usar la ropa que uno quiere, ahora me tengo que poner otro tipo de ropa.

¿Y platíqueme cómo fue la relación con sus doctores?

Pues son unos especialistas muy buenos, y me atendieron bien, creo los doctores en especial los de radioterapia son muy humanistas, nos tratan de una forma muy especial, tal vez porque ellos saben lo difícil y triste que es recibir el tratamiento, pues como le dije el tratamiento es muy doloroso en el aspecto de que nos sentimos bástate desgastadas.

¿Para usted que es importante ahora en su vida?

Pues mi hermana nomas, porque siempre eh estado con ella y las dos somos la una para la otra, desde chiquititas crecimos juntas y ahora con lo de mi enfermedad pues nos hemos unido más.

No quisiera dejarla sola, pero desgraciadamente sé que en algún momento me iré de esta vida, no sé si por mi enfermedad o porque Dios así lo desee.

¿La relación con sus amigos y familiares cómo es?

Pues la verdad soy una mujer sin amigos, solo convivo con mi familia, y con ellos me basta, a fin de cuentas la familia es en mi caso mi motor de vida, en especial mi hermana, pues es un cariño inmenso el que nos tenemos.

¿A horita se encuentra bien de salud?

Sí bendito sea a Dios estoy bien.

¿Qué planes tiene ahora que se encuentra bien de salud?

Mis planes a futuro son seguir haciéndome mis chequeos, pero luego me pongo a pensar que la vida solo es una, y tenemos que echarle ganas, a pesar de las pruebas que dios nos manda. Dios es el más importante, lo que yo más agradezco

es creer en Él, es tenerlo cerca porque yo lo siento conmigo y por eso no tengo nada de miedo de morirme

¿Qué significado le da usted al cáncer?

Pues... es una enfermedad muy fea, creo yo la peor que le puedan detectar a una persona, luego, luego uno piensa en muerte, para mí el cáncer es como una sombra negra que nos sigue a todos lados, una sombra que no descansará hasta llevarnos con ella.

Yo digo que todo lo que se haga con fe en mi Dios y en su palabra, todo es bueno. Él me pone estas cositas en el camino y yo las tomo y me siento en paz conmigo y con él. O sea es como saber que uno está haciendo lo que hay que hacer

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMANTE B		¿Cuántos años tiene? 59 ¿A qué se dedica? comercio ¿Es casada? no ¿Cuántos hijos tienen? ninguno
<p>¿Cómo era su vida antes de recibir la noticia?</p> <p><i>Pues siempre ha sido igual, no ha cambiado nada, solo cuando recibí la noticia, sentí horrible, por lo que se me esperaba con la enfermedad, vivo el día a día con más alegría, aunque hay veces si me da la tristeza y me pongo sentimental, pero de ahí no pasa.</i></p> <p><i>De algo nos hemos de morir, y si esa es la voluntad de Dios, pues que así sea”</i></p>	<p>La informante, se identifica como una persona normal a pesar de ser diagnosticada con cáncer.</p> <p>A pesar de esta enfermedad señala la normalidad antes y después del diagnóstico algo normal y común</p>	
<p>¿Cómo fue el proceso de su tratamiento, recibió terapias?</p> <p><i>Pues mira, recibí 7 quimioterapias, y la verdad el proceso se me hizo muy pesado, porque me sentía desganada, cansada pues!</i></p>	<p>En el proceso del tratamiento, hay una comunicación positiva, la informante utiliza palabras clave como calma, paciencia, resignación y obediencia a las instrucciones del médico la cuales son de gran importancia para alternar un equilibrio y resolver el cáncer.</p>	

<p><i>... las quimioterapias nos dejan muy mal, es difícil de explicarlo con palabras, pero la verdad a nadie se lo deseo.</i></p> <p><i>Porque yo digo que en la vida hay que hacer todo lo que esté al alcance de uno para salir adelante; para vivir, para curarse.</i></p>	
<p>¿Usted se imaginaba como era una quimioterapia?</p> <p><i>Pues no, la verdad no, hasta después de que me pusieron la primera quimioterapia, desde ese día supe lo que conlleva una quimioterapia, el dolor que se siente, cansancio, pérdida de apetito, muchas cosas que desearía jamás volver a pasar en lo que me resta de vida, desde ese día supe lo que las personas con cáncer pasaban, y lo dolorosa que estas son para los que recibimos el tratamiento, pero todo sea por una segunda oportunidad.</i></p>	<p><i>La informante revela el agotamiento que la enfermedad le demanda, respecto a su imagen corporal</i></p>
<p>¿Cómo ha afectado su vida, la experiencia del cáncer?</p> <p><i>Pues yo hasta cierto momento tuve depresión, por ejemplo cuando se me callo el</i></p>	<p><i>María al ser operada entra en un estado de depresión, ya que su imagen se ve afectada como mujer</i></p>

<p><i>pelo sentí horrible, pues pensé que me iba a morir, pero yo siempre he dicho mi señor estoy en tus manos y pues tú sabrás, lo que tú decidas, lo acepto, pero pues uno como mujer, en mi caso me siento incompleta porque ya no puedo usar la ropa de antes, y pues yo digo que esto le cambia a uno totalmente la vida. Tener cáncer es una cosa diferente a cualquier cosa que uno haya vivido antes.</i></p>	
<p>¿Para usted que es importante ahora en su vida?</p> <p><i>Pues mi hermana nomas, porque siempre eh estado con ella y las dos somos la una para la otra, desde chiquititas crecimos juntas y ahora con lo de mi enfermedad pues nos hemos unido más.</i></p> <p><i>No quisiera dejarla sola, pero desgraciadamente sé que en algún momento me iré de esta vida, no sé si por mi</i></p>	<p><i>Mari, temé morirse y dejar sola a su hermana, pues entre ellas hay un lazo muy fuerte.</i></p> <p><i>En este sentido le da un significado a las palabras, y un significado a las cosas o actos dependiendo de sus interacciones y su contexto.</i></p>

<p><i>enfermedad o porque Dios así lo desee.</i></p>	
<p>¿Qué significado le da usted al cáncer?</p> <p><i>Pues... es una enfermedad muy fea, creo yo la peor que le puedan detectar a una persona, luego, luego uno piensa en muerte, para mí el cáncer es como una sombra negra que nos sigue a todos lados, una sombra que no descansará hasta llevarnos con ella.</i></p> <p><i>Yo digo que todo lo que se haga con fe en mi Dios y en su palabra, todo es bueno. Él me pone estas cositas en el camino y yo las tomo y me siento en paz conmigo y con él. O sea es como saber que uno está haciendo lo que hay que hacer.</i></p>	<p><i>Mari, la cual es una persona religiosa, frecuentemente demuestra mayor capacidad de lidiar con circunstancias adversas de la vida con la utilización del psique religioso espiritual con el objetivo de enfrentar situaciones de angustia y temor.</i></p>