UACM
Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las representaciones sociales del cáncer de mama; un estudio con mujeres diagnosticadas

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A :

LUIS FERNANDO DÍAZ MARTÍNEZ

D I R E C T O R A

DRA. DENISE MARTÍNEZ ASCENCIÓN

Ciudad de México, marzo de 2022.

UACM
Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

CA Coordinación Académica

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.

Índice

Título **4**

Agradecimientos **5**

Introducción **7**

Capítulo I **9**

Planteamiento del Problema **10**

Antecedentes 10

Enunciado del problema 15

Preguntas de investigación 16

Justificación **17**

Objetivo general **19**

Capítulo II **20**

Marco Teórico **21**

¿Qué es el cáncer? 21

Fisiopatología del cáncer de mama 25

Epidemiología del cáncer de mama 29

Factores de riesgo 33

Capítulo III **35**

La representación social 36

Definición de representación social 42

¿Qué es la salud? 50

El proceso salud-enfermedad 52

Promoción de la salud: una nueva visión 54

La representación social del cáncer de mama 56

Capítulo IV **63**

Propuesta Metodológica **64**

Diseño metodológico 67

Técnicas e instrumentos de investigación 68

Capítulo V **69**

Resultados **70**

Entrevistas 72

Análisis de resultados **82**

Conclusiones **95**

Capítulo VI **97**

Bibliografía y referencias **98**

Cronograma de Actividades **104**

Anexos **105**

Título

"Las representaciones sociales del cáncer de mama; un estudio con mujeres diagnosticadas"

El propósito de esta investigación será indagar en la representación social que un grupo de mujeres diagnosticadas tienen respecto al cáncer de mama, y evaluar como dicha representación influye en ellas.

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a la institución que me permitió formarme profesionalmente, la Universidad Autónoma de la Ciudad de México de la cual recibí no sólo los conocimientos para mi formación, sino también una beca económica que fue fundamental para que mi transcurso como estudiante fuera más llevadero.

En segundo lugar, y no menos importante, a todos y cada uno de mis profesores y profesoras, muy en especial a mi directora de tesis, la Dra. Denise Martínez Ascención, a la cual le agradezco enormemente los conocimientos brindados, su ayuda, su paciencia y dedicación.

A mis lectores, la Dra. Concepción, el Dr. Víctor y el Mtro. Jaime, por la retroalimentación hacia mi trabajo.

Agradecerles también a mis padres por el apoyo brindado durante este proceso, a mis amigos y compañeros de aulas, que sin duda alguna hacían mas llevadera la carga académica, de manera muy especial a Ulises que se convirtió en un gran amigo.

A las mujeres que aportaron sus experiencias para que este proyecto se pudiera llevar a cabo; gracias Ana Bertha, Ana María y Mariana, son sin duda alguna, todas unas guerreras.

Agradezco también a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, por el apoyo económico otorgado para la impresión de este trabajo de tesis.

Por último, y no por eso menos importante, al Dr. Alejandro por el gran apoyo durante esta etapa de mi vida, por su compañía, sus palabras, su apoyo incondicional y su cariño.

Gracias.

Introducción

El concepto que se tiene sobre salud es tan amplio y diverso que incluye aspectos físicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales, políticos, etc. A su vez estos aspectos se encuentran dentro de lo que conocemos como determinantes sociales de la salud; de este modo podríamos decir que el término “salud” es una síntesis de todos aquellos procesos que interaccionan entre sí, puesto que todos son interdependientes y por lo tanto, pueden impactar positiva, o negativamente en el estado de salud de las personas. Al mismo tiempo, recordemos que la naturaleza social de la enfermedad esta cimentada en el modo característico de enfermar y morir de los diferentes grupos poblacionales en distintas épocas históricas, en diferentes áreas geográficas a lo largo y ancho de todo el planeta, e incluso al interior de una misma sociedad. Los perfiles patológicos y de mortalidad general en diferentes momentos históricos así como en diferentes clases sociales fueron, son y serán muy distintos entre sí.

La forma en la que las personas o comunidades, afrontan una situación de enfermedad se basa en lo que en ciencias sociales se denominan representaciones sociales; la representación social es la forma en la que los sujetos designan múltiples fenómenos, hechos o situaciones de la realidad, así como la forma en la que éstos se asocian entre sí. Dichas representaciones son producto de la interacción del sujeto en diferentes espacios sociales y con diferentes personas, pero al mismo tiempo también se ven influidas por las relaciones de poder que subyacen en cada uno de esos espacios sociales en los que el sujeto interactúa.

Es importante mencionar que dichas representaciones se sustentan en preconcepciones imaginarias y simbólicas interiorizadas en el individuo producto de su interacción social, y al mismo tiempo, inciden sobre el concepto que se tiene de aquello que se intenta describir; de esta manera la representación social de una enfermedad rodeada de estigmas, estará cargada de múltiples concepciones. La representación social que se tiene respecto al cáncer de mama, esta

básicamente estructurada en tres dimensiones: la información que se tiene en relación a la enfermedad; el campo de representación, es decir aspectos específicos de la enfermedad, tales como la imagen o idea, el modelo social y la estructura que se tiene al respecto; y por último, la actitud, que se estructura a partir de las dos dimensiones anteriores, y que por lo tanto es lo que sobresale en la persona. Podríamos decir que las representaciones sociales son el vínculo entre las categorías individual y social.

Asimismo, la manera en que las personas afrontan una situación negativa esta directamente asociada con la calidad de vida que poseen, por ejemplo, si la persona cuenta con un entorno familiar sólido, es decir, si se poseen fuertes lazos afectivos con la familia; si se tienen buenas condiciones sociales, económicas y medio ambientales; muy probablemente la persona presentará una actitud activa ante dicha situación hostil, y como resultado de esto, dicha actitud impactará en la reducción de la tensión asociada a esa situación adversa.

Capítulo I

Planteamiento del Problema

Antecedentes

El cáncer es un conjunto de enfermedades que se caracterizan por el crecimiento descontrolado de un grupo de células que se dividen sin control y de manera autónoma, y que al mismo tiempo tienen la capacidad de afectar no sólo el lugar donde se originan sino de metastatizar, es decir invadir otros tejidos u órganos distantes.

Al mismo tiempo, «cáncer» es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica definitoria 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, un proceso que se denomina «metástasis». Cabe resaltar que la metástasis es la principal causa de muerte por cáncer (OMS, 2018).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), de manera general, el cáncer ocupaba en el año 2008 el segundo lugar en cuanto al total de muertes, durante ese año se registraron 7.7 millones de defunciones a nivel mundial por esta enfermedad. Cabe resaltar que el 70% de estas muertes se registraron en países de ingresos medios o bajos, debido entre otras causas, a la detección de la enfermedad en etapas muy avanzadas. De acuerdo a los pronósticos realizados por esta misma organización, para el año 2030 el número de muertes asociadas a esta enfermedad llegará a superar los 13.1 millones de decesos en todo el mundo. Es decir que, del año 2008 al 2030, un periodo de poco más de 20 años, el porcentaje de decesos asociados al cáncer aumentará en un 70% (OMS, 2017).

Ahora bien, de manera más específica el cáncer de mama sigue siendo la segunda causa de muerte a nivel mundial entre las mujeres, con cerca de 500 mil muertes cada año, lo que más resalta de este dato es que el 70% de esas muertes

ocurren en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2017). Cabe mencionar que el riesgo de enfermar es mayor entre las mujeres que habitan en países de ingresos altos, debido principalmente al aumento de la esperanza de vida al nacer (EVN), la urbanización y a los estilos de vida adoptados por las mujeres en esos países. Sin embargo, el riesgo de morir a causa de esta enfermedad es mucho mayor entre las mujeres de países pobres y de ingresos medios, debido a la limitada accesibilidad, e incluso a la disponibilidad que existe en los servicios de salud para la detección temprana y oportuna de la enfermedad, así como al tratamiento de la misma.

Aunado a lo anterior, se ha demostrado que el impacto económico del cáncer es de casi 1 billón de dólares anuales (Garza, 2014), sin contar por supuesto el costo humano en términos de sufrimiento, no sólo para las mujeres que se encuentran en esta condición, sino para los familiares y amigos de la paciente que tienen que acompañarla a lo largo de todo el proceso de diagnostico, tratamiento y desarrollo de la enfermedad, y en muchos casos, ver como este padecimiento termina con la vida de sus madres, hermanas, tías, primas, amigas o cualquier parentesco o relación que hayan tenido con la mujer que fue víctima de esta enfermedad.

Cabe resaltar que, de manera histórica y cultural, cualquier enfermedad importante cuyos orígenes son oscuros, para la cual no exista un modelo unicausal que explique su origen, y su tratamiento resulte ineficaz, largo, costoso y doloroso, siempre tiende a hundirse en significados e interpretaciones, los cuales traen implícita una connotación moralista. Resulta fundamental destacar lo que menciona Sontag respecto a la connotación que tienen diferentes enfermedades, y es que "nada hay más punitivo que dar un significado a una enfermedad" (Sontag, 1977), ya que dichos significados e interpretaciones, impactan de manera negativa la percepción, y por ende en el estado general de salud de la persona que se enfrenta a una situación de enfermedad que trae consigo toda una enorme carga social negativa a cuestas.

Asimismo, las concepciones que socialmente se tienen respecto a una enfermedad, siempre acarrean una preocupación extra para el individuo que tiene

que afrontar una situación de esta naturaleza, y en una sociedad como la nuestra en la que es difícil asimilar la muerte, la mentira y el hermetismo al respecto de ciertos temas, como es el caso de enfermedades que han sido socialmente estigmatizadas, se ha vuelto una práctica común entre las familias y la sociedad. Vale destacar que como bien apunta Susan Sontag (1977) en su libro titulado "La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas"; "la mayoría de los enfermos de cáncer se desmoralizan al enterarse de la enfermedad que padecen, sin embargo, la solución no está en no decirles la verdad, sino en rectificar la idea que tienen de ella, desmitificándola" (Sontag, 1977). De manera errónea, históricamente se ha venido manejando la idea de que a los enfermos terminales es mejor mantenerlos al margen de su condición, es decir ahorrarles la noticia de que se están muriendo, ya que socialmente, la mejor muerte es la repentina, y adelantarle la noticia a un moribundo de que pronto fallecerá, lo podría poner aún más enfermo. Lo expuesto anteriormente, corrobora el hecho de que la constante negación de la muerte en nuestra sociedad, en parte podría explicar el porqué el enfermo desea que le mientan.

En este mismo sentido, vale la pena hacer notar que las principales metáforas asociadas al cáncer se refieren más bien a una de las propiedades intrínsecas de la enfermedad; ya que el cáncer se *extiende*, *prolifera*, o se *difunde*; los tumores formados como consecuencia del crecimiento celular descontrolado y aberrante, son extirpados quirúrgicamente, y una de las consecuencias más temidas de este padecimiento, aparte de la muerte, es la mutilación o amputación de una parte del cuerpo.

Ahora bien, desde una perspectiva más socioeconómica, tenemos que el cáncer es concebido como una enfermedad de la clase media, puesto que este padecimiento se asocia a la opulencia, al exceso. Como se menciono anteriormente, de acuerdo a la OMS, 2017, el riesgo de enfermar de cáncer es mayor entre las mujeres y hombres que habitan en países de ingresos medios y altos, debido entre otras cosas al aumento de la esperanza de vida al nacer (EVN) y a los estilos de vida adoptados por los habitantes de esas naciones.

Dentro de esos estilos de vida encontramos que, por un lado, se encuentra una mala alimentación producto de las condiciones laborales, sociales y económicas; muchos de los habitantes de esos países se ven orillados a caer en una rutina dentro de la cual es difícil adoptar estilos de vida saludables. Como consecuencia de lo mencionado anteriormente, la ingesta de alimentos con un alto índice calórico y con un bajo aporte nutrimental, ha ido en aumento entre la población, situación que trae como consecuencia altos niveles de sobrepeso y obesidad.

Por otro lado, el aumento en los niveles de cáncer en países de ingresos medios y altos, también viene como consecuencia de la opulencia generada por los efluvios tóxicos de la economía industrial que crea la opulencia. Tanto los estilos de vida poco favorables como los ambientes malsanos generados por la urbanización, son factores de riesgo para el desarrollo de diferentes tipos de cáncer, entre ellos el cáncer de mama, principal causa de muerte en mujeres, por tumor maligno en México (INEGI,2018).

Por último, se destaca que existen estudios que demuestran que las mujeres con cáncer de mama experimentan depresión y altos niveles de ansiedad producidos por el diagnóstico, reacciones desadaptativas, inhibición afectiva y en general altos niveles de estrés psicológico e irá (Grassi & Capellari, 1988). El estrés, causado en este caso por el diagnóstico positivo para una enfermedad categorizada socialmente como mortal, genera en la persona altos niveles de ansiedad. Misma que se ha reconocido cada vez más como un factor que puede reducir la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

Existe incluso cierta evidencia que indica que la angustia extrema está asociada con peores resultados clínicos (NCI, 2012). Los efectos físicos, emocionales y sociales de la enfermedad, pueden resultar estresantes para las personas con cáncer. Quienes tratan de controlar el estrés adoptando comportamientos riesgosos, como fumar o tomar alcohol, o quienes se vuelven más sedentarios pueden tener una peor calidad de vida después del tratamiento del cáncer. Por el contrario, se ha demostrado que las personas que usan estrategias eficaces de superación para manejar el estrés, tales como técnicas de relajación y de manejo

del estrés, tienen grados más bajos de depresión, de ansiedad y de síntomas relacionados con el cáncer y su tratamiento. Sin embargo, no hay evidencia de que un control exitoso del estrés psicológico mejore la supervivencia al cáncer (NCI, 2012).

Todo lo anterior, evidentemente impacta en la calidad de vida de la paciente que se enfrenta a esta enfermedad. Mencionado este punto, cabe recordar el concepto de calidad de vida definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la percepción que posee un individuo, acerca del lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones (OMS, 1996). Es decir, el sistema social y de valores en el cual la persona que padece cáncer se desarrolla, puede impactar en la calidad de vida del enfermo, disminuyendo o contribuyendo a elevar sus niveles de salud, no sólo físicos, sino emocionales y sociales, resultando con esto que el enfermo prefiera, en algunos casos, mantenerse aislado de toda relación social.

Enunciado del problema

Para el desarrollo de este trabajo de investigación se pretende indagar en la relación que existe entre la representación social que tiene una mujer acerca del cáncer de mama y cómo esta impacta en ella cuando se enfrenta a la enfermedad, así como algunas de las emociones que surgen con el diagnóstico.

Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las representaciones sociales que tienen un grupo de mujeres con respecto al cáncer de mama?
- ¿Qué tipo de emociones surgen en el grupo de mujeres a raíz del diagnóstico positivo para cáncer de mama?

Justificación

El cáncer de mama es un problema de salud pública a nivel mundial. En México, datos arrojados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en el año 2020 se registraron 17.9 defunciones por cada 100 mil mujeres de 20 años y más, a causa de esta enfermedad (INEGI, 2021).

La alta frecuencia de esta enfermedad, las implicaciones biológicas, el impacto económico y emotivo que acarrea, no sólo en las pacientes sino también en sus familias, hacen de este padecimiento uno de los problemas de salud más discutidos a nivel médico-familiar y en la sociedad desde tiempo inmemorial hasta la actualidad. Las razones pueden encontrarse en la cultura en general y en la medicina en particular ya que, la mama es un símbolo de la maternidad y se relaciona directamente con la descendencia; así como con las características propias que socialmente se asocian a la belleza y estética femenina.

Las características morfológicas a las cuales se hace referencia son aquellas que las mujeres desarrollan a lo largo de su proceso de maduración sexual, entre las que se encuentran el crecimiento de las mamas, el ensanchamiento de las caderas, la acumulación de tejido graso en los glúteos, etc. Dichos caracteres son, entre otras cosas, rasgos que proporcionan autoestima, feminidad, identidad, y al mismo tiempo forman parte importante de la sexualidad de las mujeres; asimismo, dentro del imaginario social estas características dotan a las mujeres de una belleza física que las caracteriza y al mismo tiempo contribuye a que se tornen atractivas para el sexo opuesto. Sin embargo, no debemos dejar de lado que estos rasgos fenotípicos que las mujeres desarrollan en su proceso de maduración, tienen la función específica de que las féminas posean la capacidad de dar vida a un nuevo ser humano, a partir de la fusión de los gametos femeninos y masculinos.

Un dato que es importante resaltar es que actualmente, existen estudios que demuestran que casi una cuarta parte del total de muertes asociadas al cáncer de mama se deben a factores de riesgo modificables como el consumo de alcohol,

tabaco, el sobrepeso, la obesidad, producto de la falta de actividad física. Es decir, estilos de vida apropiados por las personas a partir de sus condiciones socioeconómicas y culturales, mismos que pueden jugar a favor, o en contra de la salud de las personas.

Sin embargo, las estrategias de prevención que se han venido implementando en países de ingresos bajos y medios, no han tenido el impacto esperado, debido entre otras cosas a que el diagnóstico de la enfermedad se realiza en fases muy avanzadas de la misma, ya sea por la desidia de las mujeres a no acudir a revisiones médicas de manera regular, pero principalmente se debe a la falta de accesibilidad a los servicios de salud, que padecen las personas que habitan en comunidades rurales apartadas,

Por la ya expuesto, con este trabajo de investigación, se pretende indagar a cerca de las representaciones sociales que poseen las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, al respecto de esta enfermedad. Esto permitirá identificar la forma en la que las mujeres ven a dicha patología, permitiendo incidir desde un enfoque de promoción de la salud, en el que, la salud es vista desde una perspectiva holística, que contribuya a mejorar la calidad de vida de las mujeres que se enfrenten a esta enfermedad, abatiendo todos aquellas ideas erróneas y fatalistas que se tienen en torno a esta patología.

Asimismo, desde una perspectiva de promoción de la salud, promover actividades en grupos de mujeres con y sin diagnóstico de cáncer de mama, que les permitan tener las herramientas necesarias para afrontar de una mejor manera su enfermedad; así como fortalecer las actividades de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud.

Objetivo general

- Conocer las representaciones sociales que poseen un grupo de mujeres, diagnosticadas con cáncer de mama al respecto de dicha enfermedad.

Capítulo II

Marco Teórico

¿Qué es el cáncer?

Es ya bien sabido que todo nuestro cuerpo está compuesto por billones de células que crecen, se diferencian y se aglutinan para formar los diferentes tejidos, órganos y sistemas que conforman nuestra anatomía; cada una de estas células es la unidad anatómica y funcional de todos los seres vivos y contienen la información genética que se hereda a nuevas células durante el proceso de división celular, conocido como ciclo celular. Sin embargo, cuando ocurre alguna alteración durante el proceso de división celular, el material genético que contiene la célula puede verse afectado y desarrollar algunos cambios, conocidos como mutaciones en su estructura, los cuales pueden afectar el crecimiento, desarrollo, estructura y función normal de la célula provocando que ésta no muera cuando debería hacerlo (proceso conocido como apoptosis o muerte celular programada), y/o que se divida de una forma indiscriminada generando muchas más células de las que el organismo necesita, provocando con esto la formación de conglomerados de células aberrantes conocidos como tumores.

Cabe recordar, que las células de nuestro organismo, no son unidades estáticas, sino que más bien, son verdaderas entidades dinámicas que llevan a cabo una multitud de procesos bioquímicos en su interior, los cuales les permiten la obtención de energía, y la eliminación de desechos, procesos que de manera conjunta se denominan metabolismo celular. Estas células también contienen la información hereditaria codificada en el ácido desoxirribonucleico (DNA), con la cual aseguran la reproducción y la transmisión de esta información a su descendencia.

A partir de lo anterior, se puede afirmar que la transformación maligna de células normales ocurre de manera progresiva y es la resultante de la acumulación progresiva de una serie de cambios genéticos específicos que desobedecen a los mecanismos antitumorales que existen en todas las células normales (Garza, 2014). Cabe mencionar que el grado de malignidad del tumor formado a partir de

cúmulos celulares que han escapado de todos los mecanismos de regulación genética, es variable y depende de la agresividad de sus células y las características biológicas de éstas.

Vale destacar que el término cáncer engloba a un grupo de más de 100 diferentes tipos de enfermedades que tienen como característica principal el rápido y desordenado crecimiento de células anormales (Bustamente, Marín y Cardona, 2012). De manera general, podemos decir que el cáncer es una enfermedad que se origina a partir de un grupo de células epiteliales o mesenquimatosas anormales que han escapado a los controles de replicación y diferenciación; y que en consecuencia se multiplican de manera autónoma sin control y de manera irregular, e invaden localmente y a distancia otros órganos y tejidos (Garza, 2014). En la mayoría de los casos se trata de padecimientos crónico-degenerativos, por lo tanto, sus incidencias y tasas de mortalidad tienden a incrementarse con la edad. Asimismo, se han identificado tipos de cáncer más comunes en mujeres que en hombres y viceversa, así como otros exclusivos por sexo.

Asimismo, cabe agregar que para que el tumor pueda sobrevivir y crecer necesita de un constante suministro de sangre y nutrientes, los cuales obtiene a través de la formación de pequeños vasos sanguíneos que eventualmente irán confluyendo en otros de mayor tamaño, mismos que le permitirán abastecerse de los nutrimentos necesarios para su supervivencia, dicho proceso se conoce como angiogénesis, que es un término que describe la formación de nuevos vasos sanguíneos a partir de una red preexistente (Folkman, et. al. 1987).

Crecimiento y vascularización de células tumorales

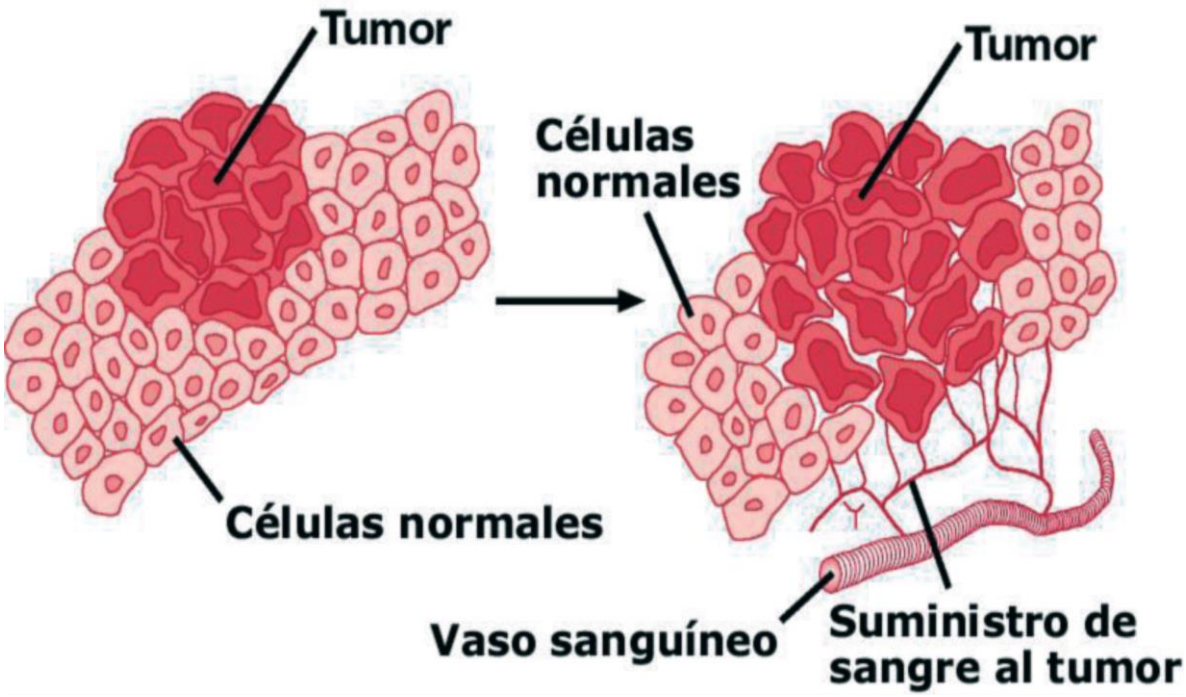


Fig 1. Crecimiento desordenado de células aberrantes que eventualmente irán formando un conglomerado denominado tumor.
Tomado de: Janssen-Cilag, S.A. 2019. (Fig.).
Recuperado de: https://www.janssen.com/spain/

En esta imagen se esquematiza el proceso de crecimiento de células anormales, asimismo, se puede observar la formación de vasos sanguíneos a partir de la red preexistente. Estos conglomerados de células eventualmente irán formando un tumor, mismo que se aprovecha de los nutrimentos que tiene disponibles, para sobrevivir, crecer y eventualmente diseminarse, impactando negativamente en los niveles de salud y la calidad de vida de la persona que se ve afectada por esta patología.

Ahora bien, el interés por conocer más acerca del cáncer ha aumentado en el último siglo, debido al proceso de envejecimiento de la población, lo cual ha provocado que ésta enfermedad se haya convertido en una de las principales causas de muerte tanto en países desarrollados, pero principalmente en aquellos en vías de desarrollo (OPS, 2000).

Una de las razones que sustenta la afirmación hecha por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es por un lado, los cambios fisiológicos propios de la evolución natural de las personas, es decir el proceso de envejecimiento, el cual, aunado a la falta de atención oportuna frente a diferentes tipos de enfermedades, así como a la acción prolongada de factores cocarcinogénos, los cuales pueden ser factores, físicos, químicos o biológicos que potencian los efectos de un carcinogéno en el desarrollo de cáncer. Cabe aclarar que el término cocarcinogéno se aplica a sustancias o factores que no pueden producir cáncer por sí mismas. Estos componentes de manera conjunta, son la base para poder afirmar que la edad es uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo de diferentes tipos de cáncer.

Por otro lado, no se debe dejar de lado el papel que juegan los cambios hormonales, principalmente en las mujeres, los factores dietéticos y metabólicos, los cambios histológicos de diferentes órganos, etc. también son factores de riesgo a considerar, y su efecto no debe minimizarse, ya que se ha comprobado que casi una cuarta parte del total de muertes asociadas al cáncer de mama se deben a factores de riesgo modificables como el consumo de alcohol, tabaco, el sobrepeso, la obesidad, estos dos últimos factores son producto de una mala alimentación y la falta de actividad física. Es decir, estilos de vida adoptados por las personas a partir de sus condiciones socioeconómicas y culturales, mismos que pueden jugar a favor, o en contra de su salud.

Fisiopatología del cáncer de mama

En las mujeres, las glándulas mamarias alcanzan su desarrollo normal durante la pubertad, llegando a su máximo durante el periodo reproductivo. La mama de una mujer adulta se encuentra sobre la pared torácica, entre la 2ª y la 6ª costilla en el eje vertical y entre el esternón y la línea media axilar en el eje horizontal, su tamaño y forma tienen una anatomía característica, pero pueden variar de manera considerable (SSa, 2002).

La mama se encuentra formada por tres estructuras principales: la piel, el tejido subcutáneo y la glándula mamaria; esta última tiene como principal función la producción y secreción de leche para la lactancia, esta leche es producida en unas pequeñas glándulas denominadas bulbos que se agrupan para formar lobulillos y éstos, a su vez, constituirán los lóbulos, que son verdaderas unidades funcionales. Estas estructuras glandulares están conectadas por unos tubos denominados ductos que irán confluyendo en otros de mayor tamaño hasta desembocar en el pezón (Bayo, 2006). Resulta importante resaltar que la mayor parte de las neoplasias de mama se desarrollan en el tejido que recubre los ductos y lobulillos, denominado carcinoma ductal.

Entre el tejido glandular se encuentra el denominado estroma o tejido de sostén constituido por grasa, tejido conectivo, nervios, vasos sanguíneos y vasos linfáticos; estos últimos constituyen el sistema de drenaje de la mama hasta los ganglios linfáticos de la axila, la zona clavicular y el tórax (Bayo, 2006).

Como es natural en el desarrollo de diferentes órganos, la mama pasa por distintas fases dependiendo del estado hormonal de la mujer, el cual está determinado por la edad de la misma; durante el embarazo y la lactancia la mayor parte del tejido mamario es glandular, el resto del tiempo predomina el estroma. Tras la menopausia hay una disminución generalizada de ambos componentes con una atrofia del tejido glandular y persistencia de los ductos, lo cual justifica la incidencia de cáncer de mama en estas edades (Bayo, 2006).

Anatomía de la mama (vista lateral)

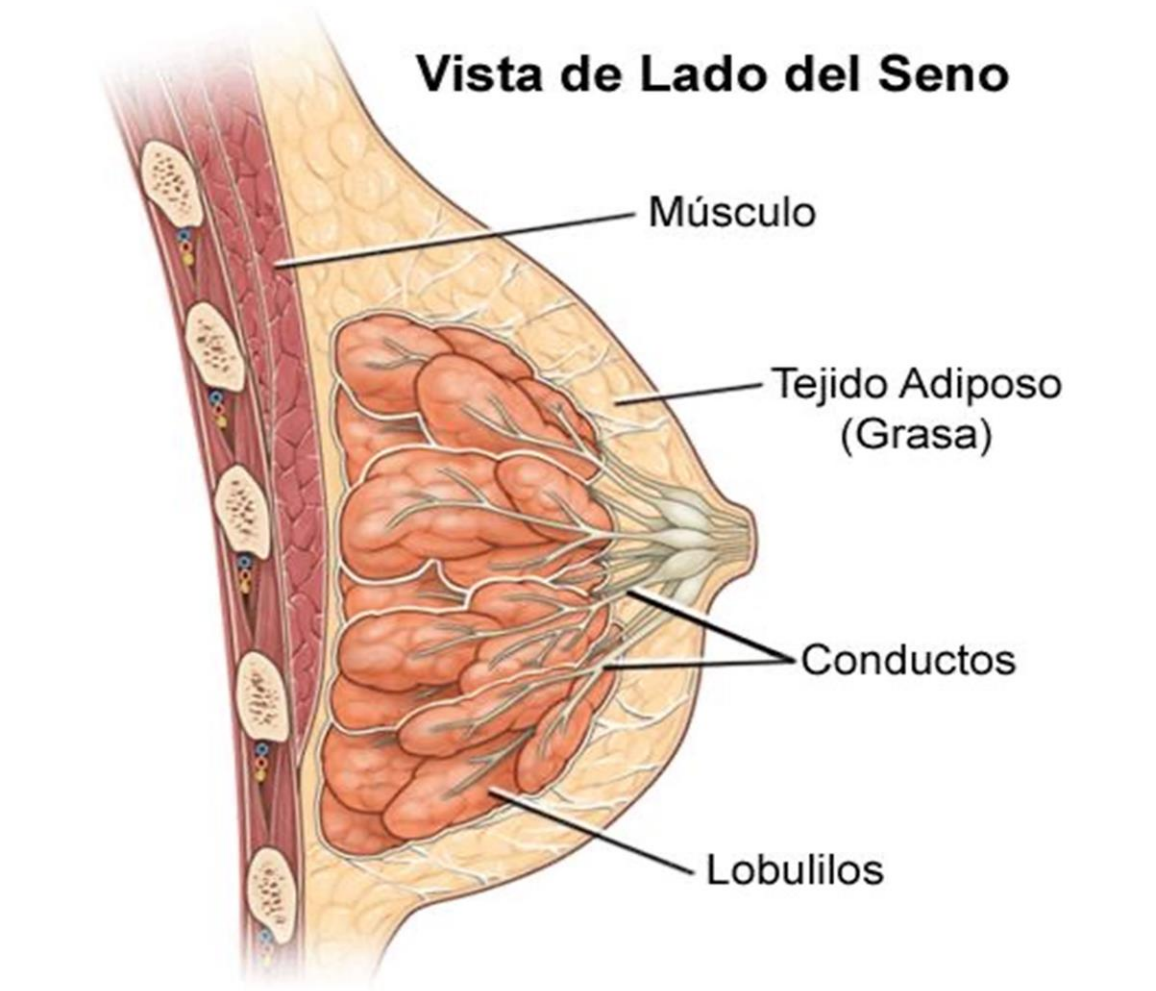


Fig. 2 Anatomía de la glándula mamaria en la cual se pueden observar las estructuras principales de las que se compone.
Tomada de: Stanford Children´s Health 2020 (fig.)
Recuperada de: stanfordchildrens.org

El cáncer de mama, al igual que otros tipos de cáncer, comienza con un rápido crecimiento de células las cuales son capaces de diseminarse y provocar metástasis (anidarse) en órganos y tejidos distantes. Su velocidad de crecimiento va más allá de los límites normales y, sus vías de diseminación pueden ser a través del sistema linfático (diseminación linfática) o del circulatorio (diseminación hemática) o, por extensión e invasión directa a los tejidos vecinos (Garza, 2014).

Principalmente se identifican dos tipos de neoplasias al interior de la mama, que se denominan en función del lugar donde se originan, los sitios en donde primordialmente se forman tumores son en los conductos que llevan la leche hacia el pezón, este tipo de neoplasia se denomina cáncer de mama ductal, precisamente porque se inicia en los conductos galactóferos; otra área importante para el desarrollo del cáncer es al interior de las glándulas que producen la leche, a este tipo de neoplasia se le denomina cáncer de mama lobular o lobulillar (Garza, 2014).

Tipos de carcinomas mamarios

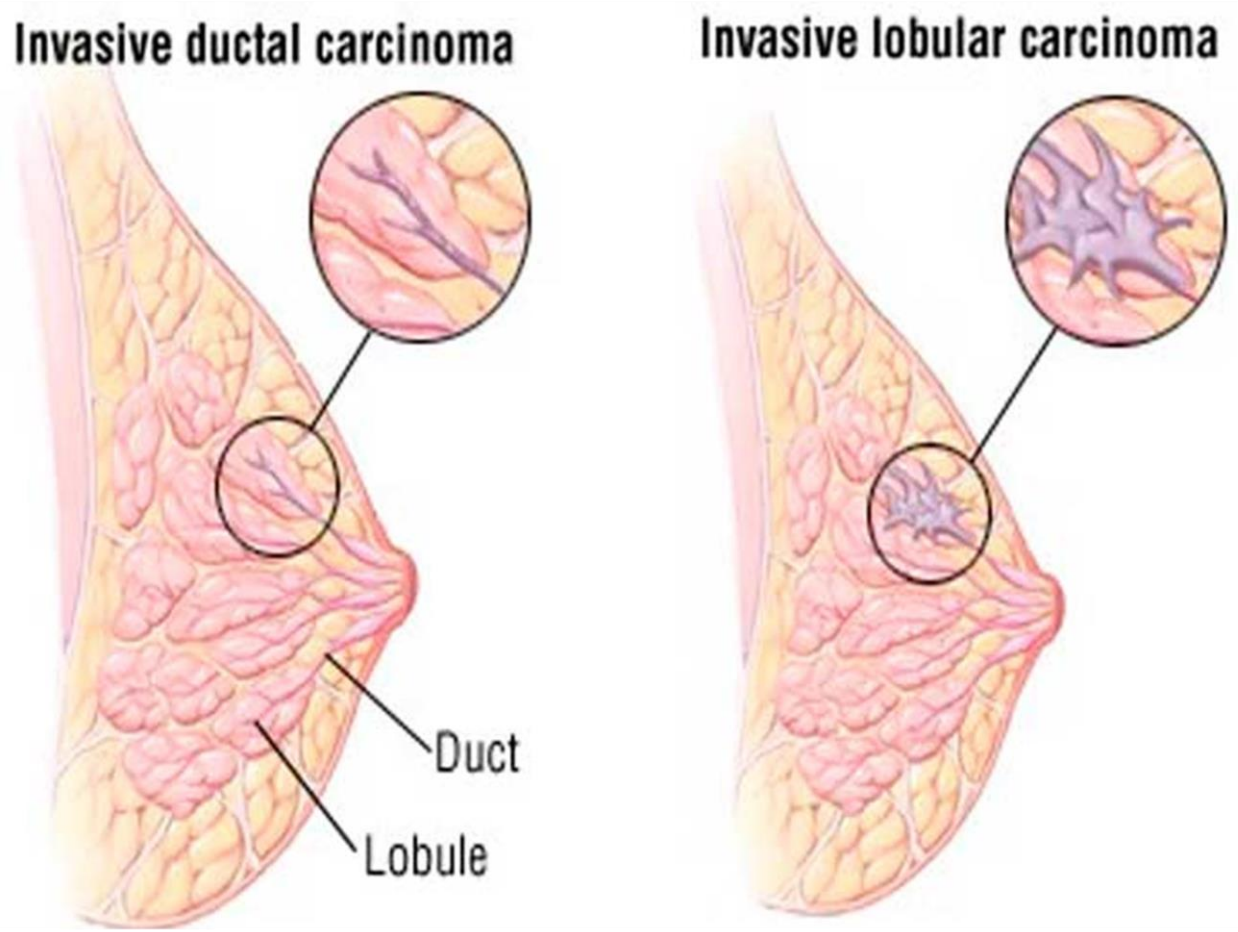


Fig. 3 Tipos de carcinomas mamarios.
Tomada de: TN8, 2017. (fig.)
Recuperado de: tn8.tv Canal 8 El Canal joven de Nicaragua

Epidemiología del cáncer de mama

El cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial; en 2015 se calcula que provocó 8.8 millones de defunciones, y se identifican cinco tipos de cáncer responsables del mayor número de fallecimientos: cáncer pulmonar (1,69 millones de muertes), cáncer hepático (788,000 defunciones), cáncer colorrectal (774,000 muertes), cáncer gástrico (754,000 defunciones) y de mama (571,000 muertes). (OMS, 2017).

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, ya que representa el 16% de todos los cánceres femeninos, esto se da tanto en los países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo. Asimismo, la incidencia de cáncer de mama está aumentando en los países desarrollados, debido entre otras cosas, al aumento de la esperanza de vida al nacer (EVN), el aumento de la urbanización, así como la adopción de estilos de vida poco saludables. Por ejemplo, datos recabados por la Secretaría de Salud (SSa) muestran que las tasas de cáncer de mama son mayores en países desarrollados, excepto Japón; la incidencia de esta patología varía desde 27 casos por cada 100 mil mujeres en África central, hasta 96 en Europa occidental (SSa, 2015).

Sin embargo, las tasas de supervivencia del cáncer mamario tienen una enorme variación a nivel mundial, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón; pasando por un 60% aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos. (Coleman et al., 2008). Aunque se tienen claramente identificados diversos factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama, no es posible identificar factores de riesgo específicos en cada caso de mujer afectada.

Por ejemplo, en el año 2004 murieron aproximadamente 519,000 mujeres por cáncer de mama en el mundo, cabe mencionar que, aunque este tipo de cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, debido a los factores de riesgo que se mencionaron anteriormente, la mayoría del total de defunciones (69%), se registra en países en vías de desarrollo, debido entre

otras cosas a la falta de detección oportuna y la poca accesibilidad que se tiene a los servicios de salud (OMS, Carga Mundial de Morbilidad, 2004).

El cáncer de mama es la principal causa de muerte en mujeres, en países en vías de desarrollo, y la segunda en países desarrollados (después del cáncer de pulmón), es por eso que las tasas de mortalidad varían desde 6 en Asia Oriental a 20 defunciones por cada 100 mil mujeres en África Occidental. Las tasas de mortalidad asociadas al cáncer de mama a nivel mundial han ido en aumento, de acuerdo a datos recabados por la Secretaría de Salud, en el año 2015 se registraron 522,000 muertes, esta cifra muestra que, una mujer fallece cada minuto a causa de esta enfermedad en alguna parte del mundo. (SSa, 2015).

En México a partir del año 2006, el cáncer de mama desplaza al cáncer cérvico-uterino para ubicarse como la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 20,444 casos en mujeres, con una incidencia de 35.4 casos por 100,000 mujeres, cifra mucho mayor a la reportada en países de África central.

De manera general, en México las tasas de mortalidad observadas por tumor maligno de mama han tenido una tendencia al alza en el periodo de 2011 a 2016; en las mujeres hay una mayor concentración de muertes por esta causa en comparación con los varones. Cabe mencionar que es en el año 2016 donde se ubica la tasa más alta para ellas, con 16 defunciones por cada 100 000 mujeres de 20 años y más. Es importante destacar que, a nivel mundial, el cáncer de mama es el más común entre las mujeres y representa 16% de los tumores malignos diagnosticados (INEGI, 2018).

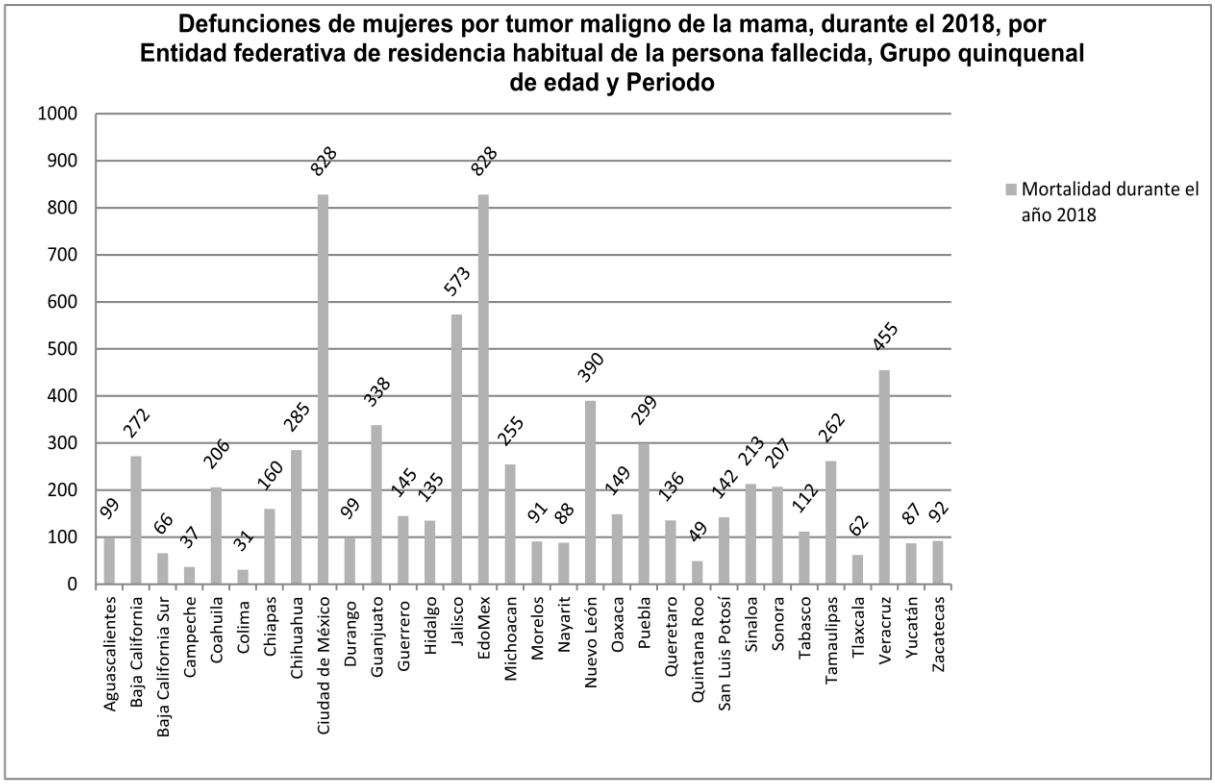


Fig. 5 Gráfico de mortalidad asociada a tumores malignos de mama, durante el año 2018.
Gráfico de elaboración propia.
Datos tomados de: INEGI, 2020
Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/default?px=Mortalidad_05&bd=Mortalidad

En este gráfico se presenta un panorama general de los índices de mortalidad por cáncer de mama, por Entidad Federativa en México, durante el año 2018. Durante este periodo el total de muertes asociadas a esta neoplasia maligna fue de 7191 mujeres dentro del territorio nacional.

Las cifras corresponden a la Lista Mexicana de Enfermedades con la clave 11 D Tumor maligno de la mama (INEGI, 2020).

En la siguiente página se muestra un mapa con la mortalidad de cáncer de mama a nivel mundial, en este mismo mapa resalta el cáncer de mama, el cual es la principal causa de muerte de mujeres en 103 países alrededor del mundo.

Tipo de cáncer más común por país, mujeres de todas las edades, durante el año 2018

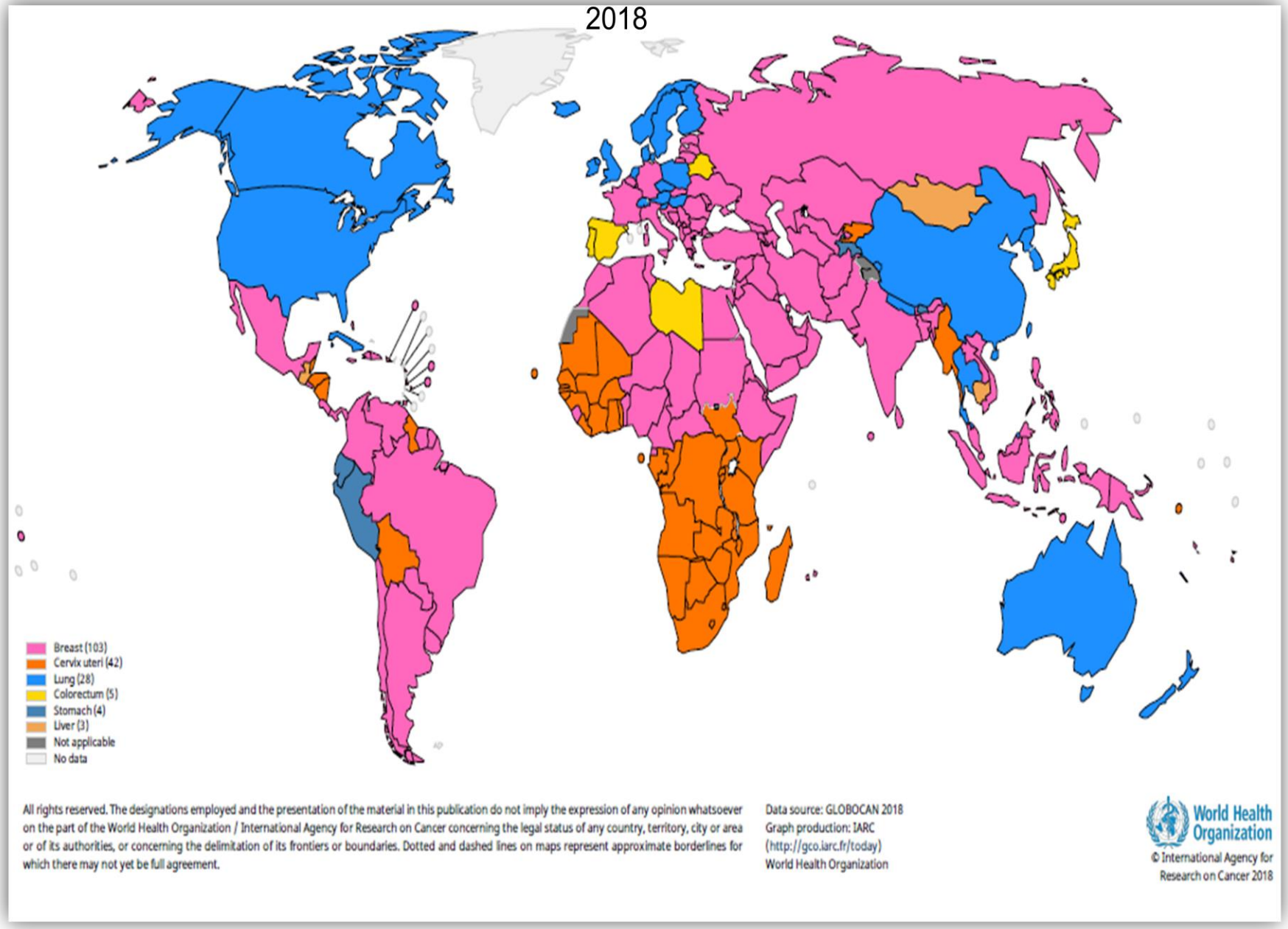


Figura 4. Mortalidad asociada a diferentes tipos de cáncer a nivel mundial , resalta el cáncer de mama en primer lugar. Tomado de: International Agency for Research on Cancer. Powered by GLOBOCAN, 2018. Recuperado de: http://gco.iarc.fr/today/home

Factores de riesgo

Ahora bien, respecto a los factores de riesgo asociados al desarrollo de esta enfermedad, resalta el hecho, que si bien no hay causas directas para el que el cáncer de mama se presente, existen factores de riesgo que incrementan su probabilidad de aparición; entre ellos destacan: la edad (a mayor edad, mayor riesgo), la predisposición genética, presencia de mutación en los genes BRCA1 y BRCA2 los cuales se encuentran localizados en los cromosomas 17 y 13 respectivamente, la obesidad, el sobrepeso, el tabaquismo, la ingesta de alcohol, el uso de terapia de reemplazo hormonal para el tratamiento de la menopausia, no tener hijos o tener el primero después de los 35 años de edad, no dar leche materna y llevar una vida sedentaria (INEGI, 2018).

Danaei y colaboradores (Danaei et al.,2005) han calculado la contribución de diversos factores de riesgo modificables, exceptuando los factores reproductivos, a la carga global del cáncer de mama. Los autores concluyen que el 21% de todas las muertes por cáncer de mama registradas en el mundo son atribuibles al consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, así como a la falta de actividad física. Esa proporción fue mayor en los países de ingresos altos (27%), y en éstos, el factor más importante fue el sobrepeso y la obesidad. Por otra parte, en los países de ingreso bajos y medios, la proporción de cánceres de mama atribuibles a esos factores de riesgo fue del 18%, y la falta de actividad física fue el factor determinante más importante representando el 10%.

La diferencia en la incidencia de casos entre los países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo, podría explicarse en parte por los estilos de vida poco saludables imperantes entre la población de los países desarrollados, en particular la mala calidad en la alimentación, una mayor edad de las mujeres en el primer embarazo, un menor número de partos y un muy corto periodo de lactancia. En este sentido, todo lo anterior podría considerarse como resultado del acelerado ritmo de vida que poseen los y las habitantes de algunas naciones desarrolladas.

En contra parte, en los países de ingresos bajos y medios, la falta de cultura en lo que respecta a la actividad física, es un factor fundamental que resalta en lo propuesto por Danaei y colaboradores. Sin embargo, esto no quiere decir que las personas que habitan en estos países sean catalogadas como flojas o desinteresadas por la actividad física, sino que las condiciones de vida, y laborales, en las que se desarrollan los tienen profundamente imbuidos en una rutina en la cual su principal objetivo es cubrir sus necesidades básicas, principalmente la alimentación y la vivienda.

A manera de recapitulación, a continuación se propone un cuadro en el que se resumen los principales factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama.

Principales factores de riesgo	
Edad	Mayor de 40 años
Antecedentes heredo-familiares de cáncer mamario	Presente
Nuligesta	Presente
Edad del primer embarazo a termino	Después de los 35 años
Menarca	Antes de los 12 años
Menopausia	Después de los 52 años
Sobrepeso u obesidad	Presente
Consumo frecuente de alcohol	Presente
Tabaquismo	Presente

Fig 5.Principales factores de riesgo para el cáncer de mama.
Cuadro de elaboración propia
Con información de: Compendio de patología mamaria. SSa. 2002. México

Capítulo III

La representación social

Las diversas formas de comunicación que son utilizadas diariamente en el proceso de socialización, así como los diferentes campos sociales en los que los sujetos se desarrollan, las personas con las que interactúan, la cultura, la familia, los amigos, etc., influyen directamente en la manera en la que las personas interpretan y le dan sentido a la realidad en la que viven; de esta manera si en determinada comunidad existe un prejuicio hacia cierta condición, cultura, costumbre, idea, género, persona, etc. es muy probable que muchos de sus integrantes hayan asimilado esta misma forma de pensar al respecto de dicha situación y se muestren renuentes a, incluso, hablar al respecto del tema.

Por una parte, aunque se puede afirmar que los hechos que se llevan a cabo por grupos, que a su vez pertenecen a una sociedad, pueden considerarse independientes de la conciencia individual, son al mismo tiempo producto de actitudes individuales, ya que los individuos son el sustrato de toda sociedad. De esta manera cada acción que se ejerza produce consecuencias en ambas partes de este sistema; de este modo se puede decir que existe una interdependencia entre individuo y sociedad.

Por otra parte, en este punto cabe agregar lo que postula Durkheim (2006) referente a los sistemas y la manera en que éstos se extrapolan a la vida en sociedad. "El sistema que ellos forman unificándose varía según su propia disposición sobre la superficie del territorio, la naturaleza y el número de vías de comunicación, todo lo cual constituye la base sobre la que se eleva la vida social" (Durkheim, 2006).

De esta manera, se podría decir que la mayoría de los fenómenos sociales se imponen al individuo desde fuera; como ejemplo de esto podemos mencionar a las normas morales, las prácticas religiosas, conductas asignadas sexo-genéricamente, reglas de vestir, hablar, ser, comportarse, etc. De manera general, podemos decir que todas aquellas normas socialmente aceptadas en una determinada sociedad y momento histórico son las que rigen las conductas y

comportamientos de los individuos que se encuentran al interior de ésta, y son de cierto modo, obligatorias para todas aquellas personas que pretendan llevar una relación de armonía dentro de su entorno social y con sus semejantes.

Así pues, las representaciones sociales o colectivas son exteriores a las conciencias individuales ya que ellas no provienen de los individuos tomados aisladamente, sino más bien del conjunto de individuos que forman una sociedad.

En este mismo sentido, cabe agregar el punto de vista de otra autora en torno a las representaciones sociales; para Denise Jodelet (1986), las representaciones sociales o colectivas de un fenómeno, de una realidad, de un hecho concreto, de una comunidad, de un sujeto, de una enfermedad, etc. constituyen por sí mismas una designación de múltiples fenómenos que se observan y estudian a variados niveles de complejidad individuales y colectivos, psicológicos y sociales (Jodelet, 1986). Cuando las personas hacen referencia a los objetos sociales, los clasifican, los explican e incluso los evalúan; todo ese conjunto de procesos se da en los individuos ya que éstos cuentan con una representación social producto de su interacción con todo aquello que los rodea.

Asimismo, se puede decir que las personas conocen e identifican la realidad que las rodea, basándose en las explicaciones que extraen de los diferentes procesos de comunicación con los cuales se relacionan, pero al mismo tiempo del pensamiento social propio del lugar y época en los que se encuentran. "Las representaciones sociales sintetizan dichas explicaciones y en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común" (Araya, 2002).

Ese sentido común al que aludimos es, en principio, una forma de percibir, razonar y actuar (Reid, 1998). El conocimiento del sentido común es conocimiento social porque está *social-mente elaborado* e incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que tienen una función no sólo en ciertas orientaciones de las conductas de las personas en su vida cotidiana, sino también en las formas de

organización y comunicación que poseen tanto en sus relaciones interindividuales como entre los grupos sociales en que se desarrollan (Araya, 2002).

Cabe mencionar que, cuando nos referimos al sentido común, el cual a veces no es tan común como se piensa, nos referimos a la habilidad que poseen la mayoría de las personas para afrontar situaciones comunes de la vida cotidiana, y claro, salir bien librado de ellas. Este sentido común, de acuerdo a Juan Soto (2009), es concebido como una dimensión de la cultura en la que nos encontramos, y es de esta manera que la realidad que se vive al interior de dicha cultura resulta, para los que se encuentran al interior de ésta, incuestionable. Es fundamental hacer énfasis en esta peculiaridad, ya que aquel que se atreva a cuestionar parte de las cotidianidades que los miembros de una comunidad realizan de manera común, puede traer consigo que dicha persona sea señalada y discriminada por la comunidad, puesto que se le consideraría un ser vil que únicamente busca dañar la armonía y la dinámica que existe al interior de dicha comunidad.

La realidad incuestionable en la que viven algunas sociedades, es la misma que posee el sentido común, ya que éste resulta indiscutible para la mayoría de las personas, puesto que lo tienen asimilado de forma tal que cuestionárselo, sería cuestionar su cultura e identidad, y por lo tanto, la propia realidad en la que se desarrollan.

Es por esto que se puede afirmar que el sentido común es una herramienta que más que guardar una relación con la lógica simbólica, de la sociedad y el momento histórico en el que se sitúe, posee una sólida cimentación en los sistemas sociales en los que se desarrolla, los cuales, insistimos, son diferentes dependiendo de la sociedad y la época en la que se encuentren.

Para finalizar, cabe recordar qué es aquello a lo que denominamos identidad; de acuerdo a Erik Erikson (1977), la identidad se podría definir como la percepción que tiene el individuo de sí mismo, y lo que surge en éste cuando se pregunta ¿quién soy? La identidad supone un ejercicio de autorreflexión, a través del cual el individuo pondera sus capacidades y potencialidades y tiene conciencia de lo

que es como persona; sin embargo, como el individuo no está solo, sino que convive con otros, el autoconocimiento implica reconocerse como miembro de un grupo; lo cual, a su vez, le permite diferenciarse de los miembros de otros grupos. Y es justo en este punto, donde surge la llamada identidad social, la cual, para algunos autores es la conciencia que tenemos las personas de pertenecer a un grupo o categoría social (Tajfel, 1981).

Así pues, la identidad colectiva o social, se construye bajo un contexto social e histórico muy particular y a lo largo de un continuo proceso de interacción entre los individuos que forman parte de este momento y lugar, en el cual los sujetos reelaboran y les dan sentido a los elementos culturales del grupo. Estos conceptos de identidad son una herramienta básica para entender las diferencias que surgen en la representación social que cada persona posee respecto a sí mismo y a su condición.

Ahora bien, retomando a Denise Jodelet (1986), es importante tener en cuenta que, como menciona esta autora, las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas. Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver, teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. Y a menudo cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales son todo ello en conjunto (Jodelet, 1986).

En resumen, se puede argumentar que la percepción que se tiene de un hecho esta cimentado en preconcepciones imaginarias y simbólicas las cuales se van internalizando en el individuo cuando éste empieza a interaccionar con todo aquello que lo rodea, es decir, cuando se vuelve un sujeto social; dichas preconcepciones inciden sobre el concepto que se tiene de aquello que se intenta describir o explicar, es decir es la forma en cómo se piensa, pero al mismo tiempo, en cómo se interpreta la realidad.

Al mismo tiempo, se puede afirmar que la fusión que se produce cuando se conjuntan las diferentes formas de pensar de todos los individuos que se encuentran al interior de una sociedad, se produce un nuevo pensamiento, el denominado pensamiento social, mismo que es distinto al que cada uno de los individuos posee de manera aislada, pero que al mismo tiempo tiene algo de cada uno de esos pequeños engranajes que forman parte de este gran sistema.

Cabe destacar que dicho pensamiento es una construcción social que no está cimentada en la forma de pensar propia del individuo, sino que más bien, se internaliza en éste en función del medio social en el que se desarrolle. Ya que el sujeto visto de manera aislada no es un ente que produzca cambios sustanciales en el todo, sino que es el conjunto de personas las que producen un pensamiento social, y es de esta manera que la vida colectiva existe; por último, se puede afirmar que esto ocurre, gracias al conjunto, y a la interacción que se da entre los individuos de una sociedad en particular.

Esquematización de la sociogénesis

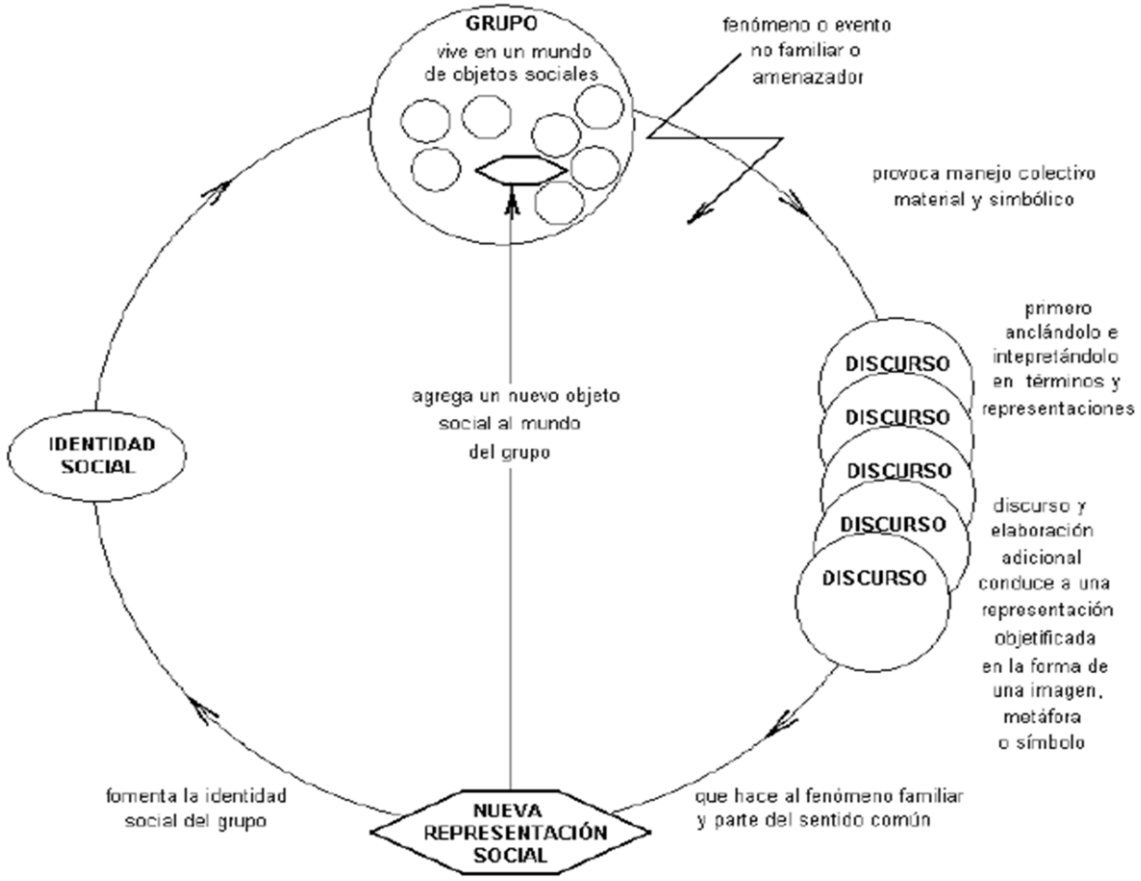


Fig. 6 Esquema del proceso de sociogénesis de las Representaciones Sociales.
Tomado de: Wagner, W., Duveen, G., Farr, R. & Jovchelovitch S., Lorenzi-Cioldi, Marková, I. y Rose, D. (1999) Asian Journal of Social Psychology. Vol. 2 (p. 98)

En este esquema se describe la génesis del conocimiento social, es decir, el punto donde los individuos se encuentran, hablan, discuten y resuelven conflictos. Dicho en palabras más llanas, es el punto en donde las personas se comunican entre sí y al mismo tiempo se ven influenciadas unas con otras. En este mismo ambiente, las personas que se ven involucradas, sin proponérselo, establecen una definición común de los asuntos que traen entre manos. Según Moscovici (1993), este es el aspecto "microgénetico" de las representaciones sociales.

Asimismo, durante este proceso de interacción social, los participantes pueden llegar a adoptar posiciones diferentes a las que tenían en un inicio, y en este sentido la microgénesis puede considerarse como un proceso de cambio.

Definición de representación social

Como ya se mencionó anteriormente, las representaciones sociales son formas de pensar que un grupo de individuos se va formando acerca de ellos mismos, de grupos de individuos en alguna otra parte del mundo, y de manera más general, de hechos de la realidad en la que se desarrollan. Estas preconcepciones les sirven a las personas para clasificar, evaluar y caracterizar a todos aquellos sujetos, grupos de sujetos y/o situaciones que se les presentan a lo largo de su vida, y en consecuencia, manifestar una actitud determinada hacia cada situación en la que se vean involucrados.

Al mismo tiempo, las representaciones sociales, tienen la característica de hacer más accesible la comprensión y aprehensión de las diferentes realidades en las que los individuos se desarrollan, ya que les permiten a las personas describir e interpretar de una manera más simple las situaciones que suceden a su alrededor, lo cual evidentemente es una herramienta muy útil y valiosa para la vida en sociedad; sobre todo para una sociedad moderna, como lo es la nuestra, en la que la practicidad es una característica esencial para que cualquier objeto, herramienta o situación pueda tener éxito entre los miembros de dicha sociedad.

Se hace mención de lo anterior, puesto que la practicidad e inmediatez, son rasgos característicos que deben poseer los objetos y las soluciones que se ofrezcan a las personas que viven en sociedades altamente consumistas, ya que bajo un modo de producción capitalista, imperante en la mayoría de las sociedades alrededor del mundo, las personas, son vistas únicamente como individuos de consumo, y al desarrollarse bajo esta premisa, los sujetos van creciendo con una impetuosa demanda por satisfacer las necesidades personales de forma inmediata, eventualmente las personas que en ella habitan, desarrollan un estilo de vida tan presuroso, dentro del cual la necesidad de satisfacción es tan efímera, que constantemente necesitan reafirmarla.

Ahora bien, si se define de manera literal el verbo representar, se tiene que, de acuerdo a la actualización más reciente del Diccionario de la Real Academia Española, *representar* es informar, declarar, referir o hacer presente algo con palabras o figuras que la imaginación retiene. Sin embargo, si se profundiza un poco más en lo que es representar, dentro del contexto de las representaciones sociales, tenemos que, representar es interpretar aquello que nos sucede en nuestro día a día, pero al mismo tiempo dándole un sentido, mismo que nos servirá para comprender de mejor manera aquello que nos está sucediendo.

Las representaciones sociales son herramientas que permiten sintetizar las situaciones que ocurren a nuestro alrededor, volviéndolas más accesibles para la mayoría de las personas. Al mismo tiempo, de acuerdo a Sandra Araya (2002), las representaciones sociales “Constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Al mismo tiempo, se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo" (Araya, 2002).

Además, se puede añadir que el estudio de las representaciones sociales, permite conocer e identificar las diversas formas y procesos por los cuales se constituye el denominado pensamiento social, mismo que es construido por las personas en su conjunto, pero que al mismo tiempo es este tipo de pensamiento, socialmente aceptado, el que va construyendo a las personas, en un constante proceso de relación dialéctica.

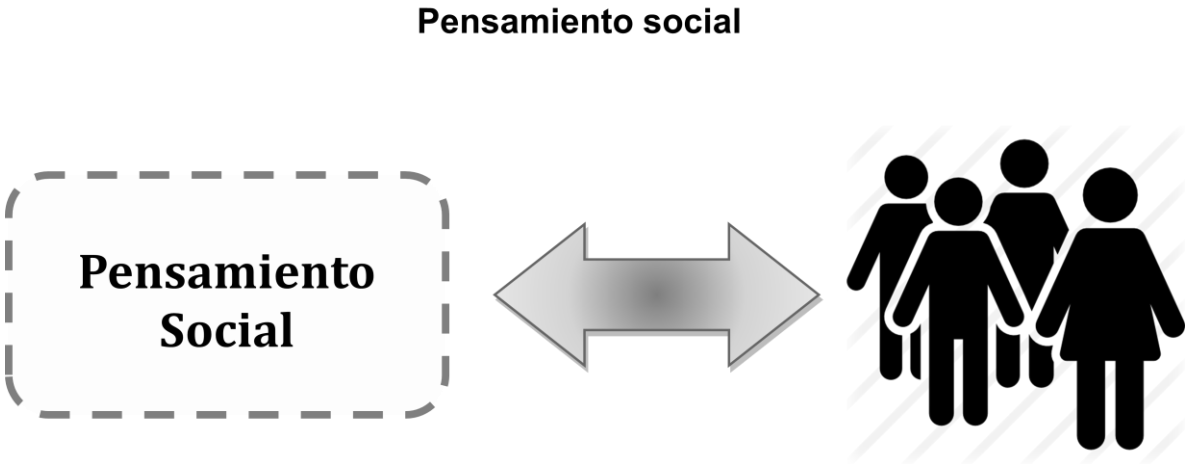


Fig. 7 Esquema de la relación dialéctica entre el pensamiento social y las personas.
Elaboración propia
México, 2020.

De acuerdo a Abric Claude (1994), el abordaje de las representaciones sociales posibilita, por tanto, entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (Abric, 1994).

De lo anterior, se deriva "la importancia de conocer, desentrañar y cuestionar el núcleo figurativo de una representación social alrededor del cual se articulan creencias ideologizadas, pues ello constituye un paso significativo para la modificación de una representación y por ende de una práctica social". (Banchs, 1991).

Aunque ya mencionamos la definición de representación social que han postulado algunos autores, existen muchos otros que han definido desde su particular punto de vista a las representaciones sociales, asimismo han propuesto teorías que han permitido tener un punto de referencia para comenzar a trabajar con el concepto de representaciones sociales. Entre estos, se encuentra uno de los pioneros en la conceptualización y elaboración de la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS), Serge Moscovici (1925-2014).

De acuerdo a Serge Moscovici, un psicólogo social rumano, que murió a inicios de este siglo y que se considera el pionero en el estudio de las representaciones sociales, éstas se pueden definir como "Sistemas cognitivos que tienen una lógica y un lenguaje propios, y que no son simples *opiniones sobre*, o *imágenes de* o *actitudes hacia*, sino teorías *sui generis*, destinadas a descubrir la realidad y su ordenación, sistemas de valores, ideas y comportamientos con la doble función de establecer un orden que dé a los individuos la posibilidad de orientarse y dominar su medio social y material, así como, la de asegurar la comunicación del grupo, proporcionándole un código para sus intercambios y para nombrar y clasificar de manera unívoca los distintos aspectos de su mundo" (García, 1990).

Es decir, las representaciones sociales, son un fenómeno construido de manera colectiva a través de lo que hacen y dicen de manera cotidiana, los individuos de una comunidad.

Moscovici (1984), propone que las representaciones sociales son generadas mediante dos procesos básicos, denominados por él mismo como la *objetivización* y el *anclaje*.

"El primero procura reducir las ideas extrañas a categorías e imágenes ordinarias, para ubicarlas en un contexto familiar. El segundo, busca cambiar algo abstracto en algo casi concreto, transfiriendo lo que está en el ojo de la mente hacia algo que existe en el mundo físico" (Moscovici, 1984, p. 29).

Wagner (1995) por su parte, define a la objetivización como el proceso que le permite a los individuos "identificar o construir un aspecto icónico para un concepto, teoría o idea nuevos, o difíciles de asir" (Wagner et al, 1995).

Por su parte, Denisse Jodelet (1986) definió a la objetivización como "el proceso que hace referencia al enraizamiento social de la representación y de su objeto. En este caso, la intervención social se traduce en el significado y la utilidad que les son conferidos… Sin embargo, el anclaje implica otro aspecto… [que] se refiere a la integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente y a las transformaciones derivadas de este sistema… Ya no se trata,

como en el caso de la objetivización, de la constitución formal de un conocimiento, sino de su inserción orgánica dentro de un pensamiento construido" (Jodelet, 1986).

Posteriormente, Jodelet (1986), a mediados de la década de los 80´s propone otra definición de representación social que resulta más vinculada a la comunicación e interacción entre grupos. La definición que ella propone dice que "las representaciones sociales designan una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio designan una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social material e ideal. En tanto que tales presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica. La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a la representación y a los contextos donde surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás" (Jodelet, 1984. pp. 474-475).

Más tarde en 1988, Tomás Ibañez, propone su definición en torno a las representaciones sociales basándose en todo el bagaje propuesto por sus antecesores, él nos proporciona una definición más sintetizada, pero con el mismo sentido que le habían dado anteriormente, para él "las representaciones sociales producen los significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social, son teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de las realidades cotidianas, con la suficiente precisión para que las personas pueden desenvolverse en ellas sin tropezar con demasiados contratiempos" (Ibañez,1988).

Estas comparaciones de la modalidad de pensamiento de distintos autores, pone de manifiesto la construcción de la identidad grupal, la cual de acuerdo a Di Giacomo (1987), enfatiza el carácter de pertenencia social, él dice que el uso del

término de representaciones sociales no se refiere a comprender el universo de los procesos cognitivos sino de lo simbólico, de esta imbricación curiosa entre pertenencia al grupo, emociones y procesos cognitivos. Observar una representación social es observar el proceso por el cual un grupo se define, regula y compara con otros (Di Giacomo, 1987).

Es importante hacer hincapié en el hecho de que la teoría de las representaciones sociales considera que la génesis del conocimiento social se da dentro de un marco social de interacción constante y cotidiano entre individuos y/o grupos de personas, y que no se dará de manera aislada en un sólo sujeto.

De hecho, el eje central de la teoría de las representaciones sociales, parte del supuesto según el cual detrás de las acciones individuales, reside una representación del mundo, una representación que trasciende el ámbito individual y pasa al social. La representación del mundo no es tan sólo racional, cognitiva y lógica: es también una representación creada, fomentada y compartida socialmente, es todo un sistema circular de creencias y valores que no están encerrados dentro de un marco individual (Moscovici, 2003).

De manera general, se puede añadir que la representación social que se tiene como sujetos sociales está basada en la forma en la que éstos apropian el conocimiento de su entorno, las características de su medio ambiente, la información con la que son bombardeados constantemente, las personas con las que interactúan, etc. Es importante resaltar que este conocimiento se va moldeando a partir de las experiencias individuales, pero también del conocimiento que reciben, y que posteriormente reproducen de las tradiciones, la educación y la comunicación social. De esta manera, la representación social es un tipo de conocimiento que está socialmente construido y que sitúa a las personas en un punto convergente entre la parte psicológica y la social, y está definida básicamente por tres criterios; posee una estructura, comparte elementos emocionales y está unida como guía a comportamientos específicos. No obstante, se debe recordar que este conocimiento sólo es válido en una cultura y época determinados.

Al mismo tiempo, la práctica social del sujeto es tomada en consideración ya que éste es un actor social inscrito en una posición o lugar social, y es desde esta posición que el sujeto produce una representación, la cual refleja las normas institucionales derivadas de su posición o las ideologías relacionadas con el lugar que ocupa (M. Gilly, 1980; M. Plon, 1972), las cuales, evidentemente, serán diferentes en cada persona dependiendo de su condición social, económica, educativa, de género, etc. De igual forma, existe otra perspectiva más sociologizante y que hace del sujeto el portador de determinaciones sociales que basa la actividad representativa en la reproducción de los esquemas de pensamiento socialmente establecidos, de visiones estructuradas por ideologías dominantes.

Lo anterior contribuye a ver cómo interviene lo social en la elaboración psicológica, misma que constituye la representación social; dicha elaboración está plasmada de elementos del pensamiento que se convierten en elementos de la realidad, referentes para el concepto o el fenómeno que se intenta describir, para el caso de nuestro estudio, dicha elaboración psicológica contiene entre sus elementos a la muerte, la cual está estrechamente asociada al cáncer.

Para la teoría de las representaciones sociales, el conocimiento es una producción social que se instala de forma inconsciente en los individuos, orientando sus prácticas cotidianas, su forma de ver e interpretar diferentes situaciones, así como la producción del sentido común. "Esto es importante para reflexionar ya que el comportamiento individual no es resultado de una racionalidad situada en el individuo sino más bien de todo el conjunto de concepciones sociales que existen al interior de la sociedad en la que éste se desarrolla" (González, 2008). Asimismo, resulta indispensable hacer hincapié en el hecho de que, a través de la representación social, nos enfrentamos a objetos y no a conceptos. Ya que como lo ha demostrado Moscovici (1984), sobre la difusión del psicoanálisis, si en un principio estas nociones del sentido común constituían conceptos en un cierto marco teórico-científico ahora se encuentran re-objetivizados (Moscovici, 1984).

Asimismo, Moscovici (1984), evidencia que existen elementos que nos ayudan a acotar la noción de representación social. A partir de todo lo que se ha mencionado en torno a las representaciones sociales, se desprenden principalmente dos aseveraciones, por un lado se tiene que las representaciones sociales se definen por un contenido: informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, etc. este contenido se relaciona con un objeto: un trabajo a realizar, un acontecimiento económico, un personaje social, etc,.

Por otro lado, es la representación social de un sujeto, entiéndase este último como un individuo, familia, grupo, clase, etc., en relación con otro sujeto. De esta forma, la representación es tributaria de la posición que ocupan los sujetos en la sociedad, la economía, la cultura (Moscovici, 1984).

En este sentido, es importante precisar que cuando se pretende analizar la representación social, se debe tener presente en todo momento que toda representación social, es representación de algo y de alguien, y al mismo tiempo constituye el proceso de relación entre ambas partes.

Para concluir, es necesario enfatizar que el análisis de las representaciones, es una estrategia fundamental no sólo para ver las diferencias que existen entre los grupos poblacionales, sino que es importante analizarlas para identificar cómo es que dichas representaciones, al estar tan profundamente penetradas en los individuos, constituyen la realidad en la que éstos se desarrollan; no obstante, la cuestión que nos ataña no es sólo ver la representación asociada a determinado hecho u objeto, sino entender porqué es vivida de esa forma en las relaciones sociales.

¿Qué es la salud?

La salud es un concepto que ha sufrido variaciones en su concepción a lo largo del devenir del hombre. Sin embargo, la definición más utilizada para referirse a esta ha sido la que fue propuesta en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dicha organización definió a la salud desde el año 1948 como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia" (OMS, 1948).

No obstante, esta concepción ha resultado un tanto irreal e inalcanzable para una gran parte de la población ya que conseguir encontrarse en un estado en el cual todos los aspectos físicos, mentales y sociales se encuentren equilibrados sería prácticamente imposible debido a las vicisitudes del día a día, es decir a los altibajos que se dan en los ámbitos social, cultural, económico, político, laboral, familiar, medioambiental, biológico, etc. los cuales afectan ese estado de completo bienestar del individuo al que alude la definición propuesta por la OMS.

A pesar de que la mayoría de los malestares físicos y mentales se pueden eliminar, aminorar o tratar; no sucede lo mismo con los factores sociales, es decir, las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, se reproducen, envejecen y mueren los cuales escapan a la voluntad individual, y son más bien un conjunto de factores que se tienen que atender de manera colectiva.

Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas por cada país. Dichas circunstancias, identificadas como determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria[1].

[1] https://www.who.int/social_determinants/es/

Sin embargo, más allá de las concepciones que se posean en torno al concepto de salud, lo que debemos tener claro es que ésta debe ser vista como un recurso de la vida y no como el objetivo de la misma, ya que al asimilarlo de esta manera podemos tener una mejor concepción respecto a que, el concepto de salud que mejor se acomode a nosotros será aquel que nos permita mantener un estado de equilibrio acorde a nuestra edad y a las necesidades sociales de nuestro entorno inmediato.

Asimismo, para poder analizar las realidades en las que viven las personas, es necesario tener en cuenta que las representaciones y prácticas de salud no son hechos aislados ni espontáneos, pues tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o de un grupo social. Por ello, la problemática de la salud no debe afrontarse en forma individual, sino dentro de la sociedad de la cual hace parte cada persona (Vergara, 2007).

En este mismo sentido, se debe tener presente que cada grupo social tiene nociones muy particulares de lo que es la salud así de cómo cuidarla y preservarla, no sólo de manera individual, sino de una forma colectiva, dentro de la cual se consideran a los factores externos, que aunque escapan de la voluntad individual; las personas y/o las comunidades buscan formas de afrontarlos de una manera efectiva, lo cual contribuye a generar una mayor y mejor convivencia social y al mismo tiempo a restaurar el tejido social tan fragmentado.

Todos estos factores de manera conjunta, van configurando en las personas una diversidad de modalidades de pensamiento, actuación y afrontamiento, y al mismo tiempo también genera una amplia gama de significaciones que se atribuyen al hecho de estar sano o enfermo; dentro del cual aspectos como la edad, el sexo, las condiciones sociales, económicas, etc. tienen una multiplicidad de expresiones.

El proceso salud-enfermedad

El proceso que involucra a la salud y la enfermedad, no es un proceso estático, sino que más bien es un concepto dinámico que ha ido evolucionando basándose en preconcepciones que socialmente existían en un momento y lugar determinado. Si se apela a un ejemplo, se puede ver que desde una visión antigua en la cual se pensaba que los padecimientos que aquejaban al ser humano eran producto de su mal comportamiento, este tipo de sociedades poseían una concepción mágico-religiosa respecto al proceso salud/enfermedad. Bajo esta perspectiva la enfermedad era un castigo de los dioses a los que éste había desobedecido y para poder restablecer la salud perdida existían personas con capacidades superiores, las cuales no sólo poseían las habilidades para poder restablecerla, sino que también tenían contacto con los dioses a los cuales se les pedía a través de ceremonias y rituales el restablecimiento del estado de salud del enfermo.

Posteriormente, en la edad moderna, gracias a los avances científicos aplicados en la anatomía y fisiología humanas, se descarto que la enfermedad fuera producto de castigos de dioses, malos espíritus o demonios. Con el invento del microscopio a finales del siglo XVII se identificaron causas en el medio ambiente responsables de la enfermedad del individuo. T iempo después gracias a la teoría microbiana propuesta por Louis Pasteur en 1876 se reforzó aún más la idea de que la causa de la enfermedad del individuo era un agente que se encontraba en el medio ambiente. Fue gracias a estos postulados que el hombre creyó haber encontrado la causa de todas las enfermedades que aquejaban a la humanidad, todo esto trajo consigo la teoría de la "unicasusalidad", la cual postulaba que cada enfermedad estaba asociada a un agente externo que se encontraba en el medio ambiente (Vergara, 2007).

Más tarde durante ese mismo siglo (XIX), las ideas de la Revolución Francesa, el surgimiento del socialismo y los aportes de Virchow y Pasteur, hicieron que la

perspectiva biologicista comenzara a tomar en cuenta la dimensión social y política de los fenómenos de enfermedad (Vergara, 2007).

Entre la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, el desarrollo de los conceptos sobre agentes infecciosos e inmunidad, condujeron a una transformación del enfoque de los estudios médicos, lo que llevó a hacer especial énfasis en las fuentes ambientales de microorganismos y las formas de transmisión de las infecciones. Desde esta perspectiva, el modelo causal simple se transforma en un modelo en el que la tríada huésped, hospedero y ambiente, participan en procesos de interacción recíproca. Este modelo es considerado como el modelo epidemiológico clásico, que aún hoy continúa privilegiado por la racionalidad científica moderna (Vergara, 2007).

Fue durante este tiempo que la concepción que se tenía acerca de la salud como un factor meramente biológico empieza a desplazarse hacia una concepción más holística que involucra las condiciones que rodean la vida humana, las cuales son un factor clave para un pleno desarrollo de las personas y las comunidades; de esta manera la concepción de unicausalidad se desplazó hacia la de multicausalidad, dentro de la cual, el proceso salud-enfermedad se focaliza en cuatro grandes grupos: estilos de vida, medio ambiente, organización de la atención en salud y la biología humana.

Por último, se debe enfatizar que el proceso que involucra a la salud y a la enfermedad no puede, ni debe entenderse fuera de su marco cultural y social ya que los valores, representaciones, roles y expectativas que las personas poseen van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso de salud-enfermedad.

Promoción de la salud: una nueva visión

Como ya se menciono anteriormente, la salud es un concepto que se ha definido desde una visión basada en el contexto y época en la que este se ha situado, incluso las concepciones con las que se ha asimilado este concepto han llegado a puntos en los que intervienen espíritus malignos o seres divinos. Eventualmente estos enfoques impactan en las prácticas cotidianas que las personas y las comunidades llevan a cabo en su día a día. Dichas prácticas pueden manifestarse con una diversidad de modalidades, que las personas van asimilando poco a poco hasta validarlas y considerarlas como autenticas.

Ahora bien, la definición propuesta por la OMS, (OMS, 1948), ha impactado en la noción que las personas y comunidades tienen respecto a este concepto, produciendo en éstos una sensación de insatisfacción, al no poder alcanzar ese estado de completo bienestar, el cual escapa de la voluntad individual y comunitaria, ya que si se analiza detalladamente esta definición, se evidencia la existencia de determinantes sociales y económicos que son situaciones que no pueden ser resueltas de manera individual, y que por lo tanto impactan negativamente en la percepción de los individuos, y al mismo tiempo en su calidad de vida.

De acuerdo al Glosario de Promoción de la Salud: Sección I (OMS,1998), Dentro del contexto de la Promoción de la Salud (PS), la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

Asimismo, dentro de este contexto, la salud es vista como un elemento positivo, puesto que la promoción de salud contribuye a que las personas, se vuelvan sujetos de cambio, que contribuyan a generar ambientes más amigables para el pleno desarrollo de las familias y comunidades. Asimismo, dentro de esta visión, la salud es vista como un recurso que permite a las personas llevar a cabo actividades que contribuyen a mejorar la calidad de vida de éstas, pero no es vista

como el objetivo de la vida, ya que esto último sólo contribuiría a generar un bucle de insatisfacción individual al no poder lograrlo.

Asimismo, dentro del contexto de la PS; "*la salud, vista como un concepto positivo, que acentúa y enfatiza, los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas" (OMS,1998).*

De esta manera, la PS, constituye una nueva visión del concepto de salud, el cual, al poseer múltiples aristas, se debe asimilar desde una concepción holística, la cual resulta primordial para concebir a la salud como un derecho humano fundamental, que para poder hacerse valido, se necesitan que elementos como los recursos económicos y alimenticios, la vivienda y en general las condiciones en las que las personas se desenvuelven, sean lo más aptos para un pleno desarrollo. Esto pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales, económicas, el entorno físico, el estilo de vida y la salud. Los cuales deben constituir la columna que vertebre la salud individual y colectiva.

De esta manera, la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud (OMS,1998).

La representación social del cáncer de mama

Históricamente, el cáncer se definió como una excrecencia, bulto o protuberancia; y el nombre de la enfermedad -del griego *Karkínos* y el latín cáncer, que significan cangrejo- fue inspirado, según Galeno, por el parecido entre las venas hinchadas de un tumor externo y las patas de un cangrejo; y no como muchos creen, porque una enfermedad metastásica se arrastre o se desplace como un cangrejo (Sontag, 1977).

Según la mitología, lo que generalmente causa el cáncer es la represión constante de un sentimiento. En la forma primitiva y más optimista de esta fantasía, el sentimiento reprimido era de orden sexual; ahora, cambio notable, la causa del cáncer es la represión de sentimientos violentos (Sontag, 1977).

Actualmente, las características físicas socialmente aceptadas, producto de las representaciones sociales que las sociedades en décadas anteriores se formaron, las cuales se asociaban a una buena salud, son aquellas que presentan los niños, niñas, hombres y mujeres de complexión robusta, con algo de sobrepeso; aunque esta situación se ha ido modificando con el paso de los años, y actualmente ya está un poco en desuso, lamentablemente todavía se presenta.

Estas características fenotípicas evidentemente son antagónicas a las que presenta un enfermo de cáncer el cual es más bien delgado, pálido y con poca energía vital. Todo esto ha creado un estigma de lo que representa una buena salud. En este sentido, cabe mencionar que no hace falta dar explicaciones cuando se goza de un aparente buen estado de salud, por el contrario, la enfermedad o una apariencia enferma, siempre debe ser explicada.

Un ejemplo de esto, fue la agonía romántica, popularizada a finales del siglo XVIII y principios del XIX que consistía en las transformaciones metafóricas asociadas a una enfermedad incurable en ese tiempo; la tuberculosis, la agonía se torno romántica, ya que se hacía una descripción estilizada de los síntomas preliminares de la enfermedad. Gradualmente el aspecto tuberculoso, símbolo de una

vulnerabilidad atrayente, de una sensibilidad superior, fue convirtiéndose en el aspecto ideal de la mujer aristócrata, mientras que los grandes hombres de la segunda mitad del siglo XIX, debían ser más bien, hombres robustos (Sontag, 1977).

Lo anterior refleja, que todas estas características físicas, socialmente aceptadas, poseen un trasfondo sustentado en el género; por un lado la debilidad y sensibilidad en las mujeres, y por otro, la rudeza y fuerza en los hombres.

Es con la tuberculosis que se articula la idea de la enfermedad individual, así como la idea de que, ante la propia muerte, la gente se hace más consciente; las imágenes que se agrupan en torno a la enfermedad muestran cómo surge la idea moderna de individualidad, idea que adquiriría en el siglo XX una forma más agresiva, si bien, no menos narcisista. El tratamiento romántico de la muerte afirma que la gente se singulariza y gana interés gracias a sus enfermedades (Sontag, 1977).

Ahora bien, para el caso del cáncer, se podría afirmar que cuando una mujer es diagnóstica con esta enfermedad, se vuelve más vulnerable para los demás, características que como mencionamos anteriormente son bien vistas en las personas del sexo femenino, de esta manera, las personas que se encuentran en su medio social, familiares y amigos, puede que cambien su actitud hacia ella, ocasionando que, por ejemplo, la visiten con más frecuencia y que incluso sea más "querida" por aquellos que en algún momento se habían olvidado de ella.

Además, las estrategias de afrontamiento, ya sean pasivas o activas, con las cuales una mujer diagnosticada con cáncer de mama se enfrente a su enfermedad, impactan directamente en la calidad de vida de ésta, ya que el cáncer es considerado como una enfermedad de vital importancia así pues el diagnóstico no sólo afectara a la persona afectada por esta enfermedad, sino también a su entorno familiar y social más directo.

Las representaciones sociales están, básicamente, estructuradas bajo tres dimensiones conceptuales, las cuales le dan forma, sentido y valor a aquello que se intenta describir.

1. **Información:** es decir, el conocimiento que se tiene sobre el objeto social representado (cantidad, nivel, calidad, fuente de la información de la que se dispone, etc.), dicha información conduce al sujeto a cuestionarse las diferencias entre la experiencia que él posee y el contacto directo con el objeto (Elejabarrieta, 1991).
2. **Campo de representación:** se refiere a aspectos específicos del objeto representado tales como la imagen, el modelo social, la estructura y la organización con los cuales una persona puede construir un campo figurativo articulado con un mínimo de información (Elejabarrieta, 1991).
3. **Actitud:** es la dimensión evaluativa y afectiva que orienta la conducta de las personas y que antecede a las otras dimensiones en tanto sobresale y perdura sobre informaciones insuficientes o imágenes poco estructuradas (Elejabarrieta, 1991).

Estas tres dimensiones se conjuntan al interior del individuo para darle sentido a su realidad, sin embargo, no es ahí donde se encuentra su origen, ya que las representaciones sociales expresan las creencias y suposiciones de la sociedad, pero suele ocultarse su convencional y arbitrario carácter bajo los atributos de universalidad y objetividad, con los cuales se les "vende". De esta forma, los grupos las perciben como una representación natural de la realidad social en la que se encuentran imbuidos, sin cuestionarse la naturaleza de su origen.

Para complementar lo que menciona Elejebarrieta (1991); Jodelet (1989), apunta a la existencia de tres elementos fundamentales que se encuentran en las representaciones sociales, dentro de estos elementos se encuentran:

1. **información o contenido:** Una representación tiene siempre un contenido, que está constituido por el conjunto de informaciones, nociones y

conocimientos referentes a un objeto social. El contenido de una representación social posee una dimensión figurativa, estando asociado a imágenes; una dimensión simbólica, donde adquiere significado y donde el lenguaje tiene un papel fundamental por las propias características del proceso de socialización del conocimiento, y una dimensión afectiva, que estará asociada a la valoración positiva o negativa con relación al objeto social (Jodelet, 1989).

2. **Objeto:** El contenido tiene que ver con un objeto social, que se constituye en el elemento central de las representaciones. Las representaciones sociales siempre van dirigidas hacia algo, son una vertebración de significados y teorías del sentido común con relación a una situación, un hecho, un personaje, un lugar, un concepto, etc (Jodelet, 1989).
3. **Sujeto:** La representación social es siempre de un sujeto (individuo, familia, grupo, clase...) con relación a otro sujeto. Un sujeto, individuo o grupo, es el que percibe el objeto social y elabora sobre el mismo los contenidos. Las representaciones sociales serán siempre compartidas por un grupo social de referencia (Jodelet, 1989).

Ambos autores concuerdan en los elementos que componen a las representaciones sociales, sin embargo, Jodelet (1989), enfatiza el hecho de que una RS es la representación de un sujeto, entiéndase este último como un individuo, familia, institución, etc.

Así pues, la construcción de las representaciones sociales se basa en estos tres elementos constitutivos: contenido, objeto y sujeto. Las representaciones sociales tienen siempre un objeto social, que se configura en la relación entre sujetos, sean individuos o grupos sociales, sobre los que se desarrollan contenidos o informaciones que son transmitidas en los procesos conversacionales (Jodelet, 1989).

Continuando con lo que menciona la autora, se puede agregar que dichas construcciones o representaciones sociales, no sólo son transmitidas en los procesos conversacionales, sino que también se van adquiriendo a través de la

interacción cotidiana, misma que no necesariamente implica la parte del lenguaje, sino que abarca las costumbres, las actitudes y las prácticas que son parte de la cotidianidad de las personas.

Dicho lo anterior, es que se puede argumentar que las representaciones sociales que las personas poseen respecto al cáncer son muy variadas y dependen de sus características sociales, culturales y económicas las cuales pueden sumergirlo en una diversidad de concepciones, tan cercanas o lejanas a lo que implica la enfermedad en sí, estas construcciones contribuyen a darle sentido a la enfermedad a la que se enfrentan; en la mayoría de los casos, esas concepciones tienen una cimentación basada en la ignorancia, la cual trae consigo una concepción mágica-religiosa, y que generalmente tiene un desenlace fatalista.

En este mismo sentido, retomando lo que menciona Elejebarrieta, (1991), se puede afirmar que cuando las personas se enfrentan a un diagnóstico positivo de cáncer de mama, invariablemente presentarán una actitud basada en la información o contenido del cual se han visto rodeados (Jodelet, 1989). Esta reacción puede ser física, pero también emocional. En este punto cabe recordar que las emociones son reacciones naturales que nuestro cuerpo presenta frente a situaciones importantes y/o que le son cercanas a la persona. Asimismo, Estas reacciones se experimentan como una fuerte conmoción del estado de ánimo, de carácter muy agradable (emociones positivas), o desagradable (emociones negativas).

En este sentido, cuando se presenta una emoción en el cuerpo, ésta vendrá acompañada de una respuesta fisiológica en el organismo, esto como una respuesta inespecífica de alguno de los sistemas que conforman nuestro cuerpo, estas respuestas producidas en el organismo como consecuencia de alguna emoción, pueden considerarse como preparatorios para algún tipo de acción, defensa, huida, ataque. etc.

De entre la variedad de emociones que surgen en una persona, hay una en particular que presentan las personas ante una situación de incertidumbre; la

ansiedad, aunque es una reacción natural y común, presentar altos niveles de ansiedad puede impactar negativamente en la salud de la persona que la presente.

Actualmente, se sabe que la ansiedad juega un papel importante en el desarrollo de una variedad de enfermedades, existen trastornos psicofisiológicos entre los que hay que destacar los trastornos cardiovasculares, la úlcera péptica, las cefaleas, el síndrome premenstrual, el asma, o los trastornos dermatológicos, que cursan con niveles altos de ansiedad. A ello habría que añadir el papel destacado que puede jugar una alta ansiedad, mantenida en el tiempo, sobre la debilitación del sistema inmune; o la presencia también de niveles altos de ansiedad en muchas enfermedades crónicas (Cano, 2005).

Ahora bien, será natural que una mujer con un diagnóstico positivo para cáncer de mama entre en crisis y se vea cargada de una cantidad enorme de emociones y sentimientos que no le permitan visualizar nada más allá que la enfermedad, misma que, prácticamente definirá su vida en los próximos años.

La ansiedad será una sensación constante en la persona diagnosticada, el desconocimiento de lo que será afrontar la enfermedad y el tratamiento de la misma, serán factores potenciadores de cuadros de ansiedad, los cuales pueden ir en detrimento del estado de salud de la mujer, ya que como se menciono en el párrafo anterior, la presencia de cuadros de ansiedad de manera continua y constante, impactan de manera negativa en el sistema inmunológico, debilitándolo.

Ahora bien, desde una perspectiva de promoción de la salud, se propone la creación de redes de apoyo entre mujeres de reciente diagnóstico, así como el fortalecimiento de los lazos familiares para contribuir a la mejora de la cohesión familiar, lo cual es pieza clave para generar un ambiente de apoyo para la mujer que se ve atacada por la enfermedad. Al mismo tiempo, generar círculos de información a través de pláticas informativas que les permitan a las pacientes y a sus familiares conocer más acerca de la enfermedad, el tratamiento, los efectos secundarios, las posibilidades de curación, el porcentaje de éxito del tratamiento,

las opciones de reconstrucción de la mama, las ventajas de someterse al tratamiento, etc.

Las acciones propuestas desde el enfoque de promoción de la salud contribuirán a que a través de acciones individuales y comunitarias se mejore la interacción familiar y social; lo cual traerá consigo una mejora en la actitud que la mujer presente ante la enfermedad y al tratamiento.

De esta manera, se pretende contribuir a que las personas reflexionen acerca de las condiciones en las que se desarrolla su familia y comunidad; posteriormente esta reflexión contribuirá a crear un compromiso personal que más tarde se verá reflejado en el actuar ético y de compromiso en pro de la salud de sus semejantes, Dicho compromiso nos lleva a recurrir al principio ético de fraternidad, el cual refiere que "todos los seres humanos por el hecho de vivir en el mismo planeta, nos encontramos involucrados en una historia común y el camino último de esta historia busca el mayor bien y el menor mal para los humanos, ya que todos somos miembros de la familia humana"(Tola de Habich, 1999. p. 107).

Capítulo IV

Propuesta Metodológica

Para llevar a cabo la investigación práctica del tema que se aborda en esta investigación, se busco el acercamiento con tres mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, dichas mujeres fueron contactadas a través de un enlace personal en la fundación "Oncoayuda A.C.". El acercamiento con estas mujeres permitirá que nuestra investigación se vea robustecida con las representaciones sociales que ellas poseen respecto a su enfermedad y la forma en la que han podido afrontarla.

La investigación en campo que se llevará a cabo se reducirá a una, o más, sesiones de entrevista con cada una de las tres mujeres contactadas, así como al posterior análisis de la misma, lo que se extraiga de estas sesiones permitirá conocer más acerca de las representaciones sociales que estas mujeres se han formado en su experiencia con el diagnóstico, tratamiento, y en su caso recuperación de la enfermedad.

Asimismo, coadyuvará a fortalecer la parte teórica que se ha desarrollado a lo largo de este trabajo; cabe aclarar que dicha información no puede ser generalizada a un nivel comunitario, ya que dentro del área de investigación en la que se está trabajando, lo significativo es profundizar en la percepción y experiencia individual, ya que esta a su vez forma parte, y contribuye a la génesis del conocimiento social o colectivo, en una constante relación dialéctica.

Ahora bien, respecto a las características de las participantes, se definieron algunos criterios que éstas deberían cumplir para poder ser consideradas y formar parte en esta investigación. Los criterios fundamentales fueron:

- ✓ Mujeres mayores de edad (preferentemente mayores de 40 años)
- ✓ Diagnosticadas con C.M.
- ✓ Residentes de la CDMX
- ✓ Preferentemente con hijos
- ✓ Estado civil indistinto
- ✓ Que haya, o estén recibiendo tratamiento
- ✓ Con la disposición de colaborar
- ✓ Tiempo libre de al menos 1 hora para la entrevista. *

**Si se presentará el caso de que la persona interesada en colaborar, durante la sesión de entrevista, decidiera ya no continuar con ésta por alguna cuestión personal, se entendería, y lo que se haya obtenido de información hasta el momento en el que ella haya decidido ya no continuar, se eliminaría, y no se usaría para los fines que se tenían considerados.*

Es importante mencionar que el tipo de estudio que se realizará es meramente cualitativo, es por eso que la información obtenida carecerá de variables que puedan ser medibles y cuantificables. Sin embargo, si existen algunas variables a considerar, dentro de las cuales se consideraron:

- ✓ La respuesta al tratamiento
- ✓ Si hubo o no apoyo familiar
- ✓ Si su proyecto de vida cambio a raíz del diagnostico

De este modo, durante la sesión programada para realizar la entrevista, se le explicará a la participante el objetivo de ésta, asimismo se detallarán las preguntas que se elaboraron previamente, con el único objetivo de ir guiando la entrevista hacia las cuestiones que atañan a esta investigación. Igualmente, se le aclarará que los fines de la investigación serán meramente académicos, y la información obtenida será manejada con total confidencialidad. Para que no exista la mal interpretación de lo que se verbalizo, se le pedirá a la entrevistada que lea la carta de consentimiento, previamente elaborada, en la cual están plasmados tanto los fines de la investigación como el manejo que se le dará a la misma. Dicha carta será firmada por ambas partes.

Las entrevistas se realizarán por separado a las tres participantes que decidan colaborar en la investigación; dichas sesiones se realizarán en sitios públicos que posean un ambiente adecuado que estimule la relajación personal para que la sesión se pueda llevar a cabo de la mejor manera. Los lugares para la realización de la entrevista serán pactados de común acuerdo por ambas partes.

El tiempo de duración puede ser muy variable por lo cual, se le mencionará a la entrevistada que el tiempo de duración mínimo es de una hora, y que puede

prolongarse, en caso de que la sesión se torne muy extensa, y la entrevistada no cuente con el tiempo suficiente para continuar, se le solicitará una nueva cita, y se programará de acuerdo a la disponibilidad de la entrevistada.

Al inicio de la sesión de entrevista se le solicitará su consentimiento a la entrevistada para audio-grabar la sesión todo el tiempo que ésta dure, se volverá a hacer énfasis en que lo que se audio-grabe, se utilizará únicamente con fines académicos y para los objetivos previamente mencionados. En caso de que la entrevistada se niegue a que la sesión sea audio-grabada, se continuará con la sesión y se irán haciendo anotaciones de la información que la entrevistada aporte, y que sea relevante para el tema de investigación que aquí se está manejando.

Por último, se le entregará a la entrevistada una copia de la carta de consentimiento, en la cual están plasmados los fines de la investigación, así como el manejo que se le dará a los datos personales que se lleguen a solicitar. Dicha carta ira firmada tanto por el entrevistador como por la entrevistada.

Diseño metodológico

- Para comenzar con este trabajo de investigación se documentó con bibliografía que proporciono herramientas teóricas acerca del cáncer de mama, primero en la parte física/biológica y fisiopatológica de la enfermedad, con el fin de conocer más acerca del desarrollo de la enfermedad; estadios, factores de riesgo, opciones terapéuticas, tratamientos, probabilidades de sanación, estadísticas, principal grupo etario afectado, etc.

  Al mismo tiempo, se revisó bibliografía para conocer más acerca de la parte social de la enfermedad, es decir, cómo se visualiza, cuál es la percepción que tienen las mujeres respecto a este padecimiento. Ello nos permitirá conocer la representación social que poseen las pacientes respecto al cáncer de mama.
- Una vez contando con los referentes bibliográficos, se procedió a elaborar una propuesta teórica, a manera de preguntas, que contará con los elementos necesarios para poder abordar a manera de entrevistas semi-estructuradas, a las pacientes que hayan decidido colaborar en la investigación.
- Los sitios en los que se llevarían a cabo las entrevistas fueron previamente acordados con cada una de las entrevistadas.
- El día de la entrevista, se corroboro vía telefónica el punto y hora del lugar de entrevista.
- Los materiales para le realización de las entrevistas, fueron las cartas compromiso, preguntas de guía para la entrevista dispositivo para audio-grabar, bolígrafos y agua para beber.
- El objetivo de las entrevistas será la búsqueda de las representaciones sociales con las que cuentan las entrevistadas, así como a la forma, y la actitud, con la que han afrontado la situación de enfermedad que están atravesando.

Técnicas e instrumentos de investigación

- Se revisará bibliografía básica y especializada en cáncer de mama, se consultarán bases de datos de instituciones como INEGI, CONAPO, OMS, FAO, GLOBOCAN, así como de asociaciones de la sociedad civil. Esto con el objetivo de conocer la morbilidad, mortalidad, tratamientos, factores de riesgo, principales poblaciones afectadas, grupos etarios afectados, todo esto a nivel local, nacional y mundial.
- Se realizarán entrevistas semi-estructuradas para conocer la percepción que tenían antes y después de su experiencia frente al cáncer de mama a al menos 3 mujeres que hayan sido diagnosticadas con cáncer de mama.
- La información en la que se pretende indagar será de carácter cualitativo, a excepción de algunos datos como: nivel de escolaridad, edad y ocupación.
- Posteriormente se identificarán factores de riesgo, la percepción que tenían antes de su diagnostico y posterior a éste, las emociones que surgieron en ellas al momento de su diagnóstico y si contaron, o no, con el apoyo de su familia.
- A las personas que nos den su consentimiento para ser entrevistadas, se les explicará que este es un trabajo de investigación académica, y que los datos recabados serán confidenciales, y únicamente se utilizarán con fines de investigación académica.
- Por último, para la identificación de los resultados se hará un análisis cualitativo de los datos obtenidos en las entrevistas a las pacientes, mismo que se llevará a cabo usando el método inductivo de comparación constante que proponen Maykout y Morehouse (1994). Para esto se agruparán las respuestas de las pacientes, relacionadas a una misma pregunta; lo que permitirá comparar respuestas e identificar patrones.

Capítulo V

Resultados

Como se menciono en la parte sobre técnicas e instrumentos de investigación; para llevar a cabo la interpretación y el análisis de los resultados, obtenidos a partir de las entrevistas realizadas, se hará uso del método inductivo de comparación constante propuesto por Maykut y Morehouse (1994), ya que la investigación que se realizó esta basada en un paradigma fenomenológico, el cual entiende al mundo como algo no acabado, en constante construcción en tanto los sujetos que lo viven son capaces de modificarlo y darle significado *"si el conocimiento es construido, entonces el conocedor no puede separarse totalmente de lo que es conocido – el mundo es coconstituido"* (Maykut & Morehouse, 1994, p.11).

Bajo este precepto, resulta importante decir que es prácticamente imposible que el investigador estudie un fenómeno de manera objetiva, principalmente por dos cuestiones, por una parte, el investigador interactúa con aquello que pretende investigar, y en esta interacción ambas partes se ven influenciadas una por la otra.

Por otra parte, en este paradigma no es posible analizar un fenómeno social sin tener presente que viene implícito del significado y sentido que le da la persona que lo vive, y a su vez este significado está construido a partir del contexto social e histórico, así como las condiciones de vida en las que la persona se desarrolla, por lo cual, resulta fundamental contar con el contexto individual de la persona.

Los sujetos y su manera de ver el mundo, el significado que éstos atribuyen a los fenómenos de estudio, es lo que constituye la realidad y lo que es importante estudiar (Maykut & Morehouse, 1994). Asimismo desde esta perspectiva de análisis, el investigador intenta ver las cosas desde el punto de vista de las otras personas, describiendo lo que ellas le dicen, intentando comprenderlo desde el punto de vista de quien lo vivió, y por último interpretando todo lo anterior dándole sentido a partir de la teoría revisada.

Por último, como bien apuntan Maykut & Morehouse (1994), El investigador, desde este paradigma, se reconoce como intérprete de las realidades construidas por los sujetos de estudio. Sin embargo, las interpretaciones que el investigador pone de manifiesto durante el desarrollo de su investigación están relacionadas con los valores que éste posee, así como con sus intereses y explicaciones que tiene respecto a la realidad en la que se ha desenvuelto.

Los resultados que se muestran a continuación son fragmentos de las entrevistas que se realizaron con cada una de las participantes, las cuales contribuyeron con su experiencia para que este trabajo se pudiera llevar a cabo. Cabe mencionar que dichas entrevistas se realizaron de manera individual con cada una de las participantes. La dinámica con la que se realizaron las entrevistas, se hizo en función de la disponibilidad de las participantes; con una de ellas se realizo en el área de comidas de una plaza comercial, con la segunda, la entrevista se realizo en su domicilio, y con la última participante, la entrevista se realizó a través de una video llamada por la plataforma *meet*.

Los audios que se obtuvieron de las entrevistas, se utilizaron para analizar e interpretar los resultados obtenidos, así como para discriminar información, esto permitió agrupar las respuestas en bloques. De esta manera, se pudo hacer uso del método inductivo de comparación constante propuesto por Maykout y Morehouse (1994) el cual ayudo a agrupar las respuestas de las pacientes relacionadas a una misma pregunta; y posteriormente compararlas, así como a identificar patrones comunes en las experiencias vividas.

Al mismo tiempo, las respuestas obtenidas se compararon con la teoría revisada, lo que permitió realizar el análisis de resultados y posteriormente las conclusiones de este trabajo.

Entrevistas

Se realizaron 3 entrevistas a 3 diferentes pacientes que fueron sobrevivientes al cáncer de mama. Las entrevistas se realizaron de manera individual, ya que no se pudo concretar un día para reunirnos como grupo y realizar la entrevista de manera grupal. Sin embargo, el realizar las entrevistas de manera individual, sirvió para que la relación entrevistador- entrevistada se viviera de manera más cercana, asimismo, el ambiente que se gesto durante la realización de la entrevista, fue de calma, lo que contribuyo a fortalecer aún más la confianza entre ambas partes.

Paciente 1.	**Paciente 2:**	**Paciente 3**
Ana Bertha (B)	**Ana María (M)**	**Mariana Zamora (Mn)**
62 años	**65 años**	**37 años**
Burócrata Jubilada	**Maestra Jubilada**	**Lic. en Pedagogía**

*El entrevistador se identificará en las siguientes transcripciones de entrevistas con la letra "F"

1. **Me podría decir ¿qué es para usted el cáncer?**

B- Una enfermedad de muerte, mortal que te deteriora, porque varias de mis vecinas se murieron de cáncer, diferentes tipos, no precisamente de mama. Y como yo era deportista pues nunca pensé que algo así me fuera a pasar a mí.

M- Del cáncer yo nada mas sabía que era algo malo y que a la persona que le tocaba, le decían que si tenías cáncer pues te ibas a morir, esto antes de que yo supiera que tenía la enfermedad.

Mn-Actualmente yo ya lo veo como una oportunidad de vida, si es una enfermedad terrible que te hace sentir muy mal, no sólo la propia enfermedad, sino los tratamientos y demás. Sin embargo, esta experiencia me ha permitido vivir más satisfacciones, he conocido a gente que nunca me imagine conocer, y pues el cáncer para mí, significa vida, no significa muerte.

a. **¿Qué tanto sabe acerca de su enfermedad?**

B-Pues no lo conocía tanto, pero sabía que era de muerte, que te deterioraba, porque vecinas mías se habían muerto de cáncer, y pues yo decía, no pues tener esa enfermedad ya es mortal, pobre gente y así.

M- Pues que era mortal, que si te daba, pues era feo atravesar por una situación así.

Mn-Pues que era muerte, ja,ja,ja,ja,ja...y la verdad es que no conocía prácticamente nada, nada.

b. **¿De dónde o de quién obtuvo esa información?**

B- Pues la información la había visto o también la había escuchado con las vecinas. Pero ya últimamente he aprendido a no aguantarme el dolor, a que si me duele algo pues también lo tengo que expresarlo.

M- Platicando con la gente, oyendo de conversaciones de gente que me llegue a encontrar en el hospital.

Mn-Pues la verdad no ponía mucha atención a las campañas en tv o en radio, además no conocía casos cercanos a mí, por eso cuando me lo confirmaron pensé que me iba a morir.

2. Podría hablarme acerca del momento cuándo le dieron su diagnóstico positivo para cáncer de mama.

B-Pues me hicieron unos estudios en "salud digna" fui por recomendación de una amiga, porque yo tenía una bolita en el pecho, pero me habían dicho que era de grasa. Pero saque cita y ahí me dijeron que podía ser cáncer, le pusieron ahí en la hoja, probable cáncer. Pues me puse muy triste, estaba yo sola, cuando me dijeron: *tiene que firmarnos esta carta, porque salió algo raro en sus estudios, y tiene que ir a cancerología*. Ahí fue donde me llego el fregadazo. Agarre mi carro y me puse a llorar, a parte yo estaba muy mal con mi esposo, siempre de pleito en pleito, no podía controlarme, le marque a mi hermano y le dije como me sentía, me dijo ¡cálmate! hay que esperar a que confirmen, porque sólo te dijeron probable. Cuando llegue a mi casa le dije a mi esposo, pero me dijo: ¡ay para qué lloras si te dijeron probable! Yo sólo le dije ¡sabes que, ay nos vemos!, y fui a ver si me atendían de urgencia en cancerología, pero no, ahí hay que programar cita.

M- A partir de los 40 años que acudía al ginecólogo por los cambios hormonales que presentaba por la menopausia, me dieron tratamiento para controlar los síntomas que presentaba por la menopausia. Y así me la lleve hasta como por los 55 años. También me hacía mis mastografías, pero como por mis 50 años, tuve una mala experiencia en el ISSSTE, y deje de ir un año y no me la hice, pero al siguiente año que fui, me detuvieron. Me hicieron esperar mucho, mi cita era las 9:00, dieron las 10, las 11 y hasta las 12:00 hrs. me pasaron, y ahí fue cuando me dijeron.

Mn-Fue hace 5 años, me anime a hacerme los análisis, o el ultrasonido mamario porqué empezaba a presentar síntomas, pero no eran los comunes, es decir yo me sentía muy cansada y también sentía dolor en uno de mis pechos, pero como sabía que el cáncer no duele, pues no pensé que fuera eso, incluso una doctora en un primer contacto me dijo ¡no te preocupes, el cáncer no duele! pero yo me seguía sintiendo muy cansada, fatigada no quería hacer yo nada. Total que me hicieron el ultrasonido mamario, y vi la cara de los radiólogos así como de preocupación, me preguntaron que si tenía seguro, ¡les respondí que sí!, y me dijeron que fuera al otro día, que no lo dejará pasar. Pues fui y mi médico me mando hacerme una mastografía y estudios, y pues al otro día de que acudí a hacerme el estudio, me llaman del IMSS para que fuera a recoger mis resultados con urgencia, la verdad me sorprendí por que los del seguro no te entregan tan rápido los resultados, y ahí decía que podía ser un tumor en etapa IV, pero después me hicieron una biopsia y el médico me confirmo que ¡sí!, me dijo: ¡sí, tienes cáncer, pero estas en una etapa II, estas a tiempo!. Yo sólo pude responder, pues ¡estoy en sus manos, y ustedes me van a salvar, yo voy a hacer todo lo que ustedes me digan! Y pues si te impacta, o sea, yo, ¡joven y mi cara de tragedia!, todos los que me veían siempre me decían eso, !ay, tan joven y su cara de tragedia!

a. ¿Cuál fue su reacción al enterarse de su enfermedad?

B-Pues el diagnóstico me lo dieron ahí en cancerología, mi hija insistió en acompañarme, y yo no quería, quería ir yo sola, pero ella insistió, total que el doctor me dijo, después de que ya me habían hecho una biopsia, ¡señora usted tiene cáncer! y mi hija se puso a llorar, y yo aguantándome, le dije *¡hija si tu lloras no me vas a hacer fuerte!* Total que salimos de ahí y yo engañe a mi hija, le dije

que me tenía que regresar a la oficina que mi jefe me estaba buscando, pero la verdad quería estar sola, así que cuando ella se fue, yo sólo me puse a caminar, a llorar, a pensar ¿y si me muero?

M-Pues me tardaron en pasar a mi cita, y cuando me pasaron me dijeron "no la habíamos pasado porque usted resulto con problemas, y yo le respondí, ¡ay no me diga eso! Desde el momento en que me dijeron que yo tenía problemas ¡yo me sentí muy mal! porque pensé ¿qué tan avanzado estará el cáncer? tal vez si no hubiera dejado de hacerme mi examen un año antes, me lo hubieran detectado en una etapa menos avanzada. Pero cuando me reviso el oncólogo me dijo que mi problema no estaba tan avanzado, que estaba en una etapa inicial, y muy pequeñito, pero en ese mismo momento, recuerdo que estábamos en enero, después de reyes. El oncólogo me dijo que mi cirugía era en marzo, que tenía un mes para hacerme todos mis exámenes, porque me iban a quitar todo el seno. Yo salí de ahí muy mal, más allá de mi diagnóstico, que si me pesaba, lo que más me pego fue que me iban a quitar una parte de mi.

Mn-Pues la verdad ya me estaba preparando desde antes, como mentalmente, psicológicamente a recibir una respuesta de este tipo, porque tu cuerpo te va avisando que hay algo que no anda bien. Me sentí asustada, me sentí con mucho miedo, pero también con una fuerza que me decía ¡tienes que hacer lo que los doctores indiquen!

b. ¿Dónde y con quién estaba?

B-Fue en cancerología en mi cita después de que me habían hecho mi biopsia, estaba con mi hija.

M- Fue en el hospital donde me hice mi examen, y pues estaba yo sola.

Mn-Pues me confirmaron el la clínica de la mama, y estaba con mi mamá.

c. ¿Qué pensó en ese momento?

B-Pues en ese momento me hice la fuerte con mi hija, porque yo siempre he sido muy fuerte, pero cuando estuve sola, pues pensaba en lo que me pasaría, en que me podía morir.

M-Pues... estaba muy decaída, primera porque no aceptaba mi enfermedad, segundo que me iban a hacer una cirugía y tercera que iba a perder una parte de mí, que era lo más difícil.

Mn-Pues ya me esperaba la noticia, así que sólo fue asimilarlo y hacer lo que me dijeran, aunque si te impacta que te lo digan , sobre todo si no sabes mucho acerca de la enfermedad.

d. ¿A quiénes les hablo de su enfermedad? ¿Por qué a ellos?

B-Pues sólo a mi hija, a mi esposo ya ni recuerdo cuando fue que le dije que tenía cáncer, yo creo que porque no era tan importante, ja,ja,ja,ja...

M-Cuando llegue a mi casa, pues les dije a mi esposo Juan y a mi Hija, ya estaban preocupados de que me había tardado en llegar.

Mn-Pues primeramente a mi mamá, y posteriormente al resto de mi familia, porque no habíamos querido decirlo, porque podríamos estar equivocadas, y no queríamos asustar a las personas, y ya por último pues en el trabajo porque pues me tuve que retirar una temporada.

3. ¿Cómo ha sido en su experiencia afrontar esta enfermedad?

B-Pues muy difícil, sobre todo porque me regreso el cáncer un año y medio después, en el trabajo me hicieron un homenaje, que para las buenas vibras y así, vino mi familia de Nayarit, compañeras de la fundación de cáncer. Fue un homenaje padrísimo, me regalaron flores... Y pues yo sentía que pues me despedía de mi familia.

M-Pues muy difícil, después de la cirugía, la recuperación es muy, muy difícil, yo me la vi muy difícil. Por ej. tuve que traer una bolsa, que ellos le llaman "perrito" en la que se drena el líquido de la cirugía; en el sitio donde me hicieron la cirugía ¡no siento nada! como si estuviera dormido.

Mn-¡huuy! pues es lo más terrible, por eso se llama lucha; me siento afortunada porque el tratamiento que me mandaron, sólo fueron 4 quimioterapias, no tuve radiaciones, y ahorita continuo con el *tamoxifeno*, durante 5 años que ya los voy a terminar. Las quimioterapias fueron muy dolorosas, las pase solas, lo más terrible fue perder mi cabello, eso me pego mucho; y físicamente pues me retiraron toda la mama, y ya te ves al espejo... pues ya no como antes, y es acostumbrarte a esta nueva vida... El cabello se te cae a la primera quimioterapia, yo no lo sabía, pero sí. El cuero cabelludo te queda doliendo horrible, como si te enterraran muchas agujas, es muy doloroso, uno de los efectos secundarios del tratamiento es mucho cansancio, yo no entendía porqué dormía todo el día y toda la noche y todo el tiempo, te sientes como quemada por dentro. Y sí, yo llegue a pensar ¡ya basta! ¡ya no quiero no! Y solamente fueron 4, conocí a gente que iban por 10 o 15, y yo me dije: ¡ay qué bueno que no me dieron más, no hubiera aguantado!

a. ¿En qué lugar se atiende?

B-En cancerología me dijeron que fuera a sacar unos papeles que demostraran que no tenía ISSSTE, para que me atendieran ahí, pero yo si tenía ISSSTE, y pues no me atendieron ahí. Y pues fui al ISSSTE, en el ISSSTE me atendieron muy bien. También gracias a mi esposo, que se empezó a portar bien conmigo a partir de esto, contactamos con unos amigos para que me atendieran en FUCAM, yo quería que me tendieran ahí en vez de en el ISSSTE, porque pues en FUCAM, pues la especialidad. Y sí, ahí me atendieron, y ahí sigo.

M- En el ISSSTE en el área de cancerología.

Mn-En Centro Médico,en el Siglo XXI en el IMSS.

b. ¿Cómo ha sido su experiencia con el personal médico que la atiende?

B-Pues me atendieron ahí en FUCAM, y la verdad todo muy bien, me atendieron súper bien, ahí me operaron, salí bien. Pero ahí no me podían dar incapacidad, porque pues yo tenía ISSSTE, pero afortunadamente todos mis compañeros y mis jefes me apoyaron para que no fuera a trabajar, y con sosas del diario de mi trabajo, firmas y cosas así.

M-Ha sido bueno, cuando me operaron para quitarme el seno, tuvo que estar ahí una especialista en el corazón por lo de mi problema en el corazón. Recuerdo que le dije que tenía mucho miedo de quedarme ahí en la plancha, y ella me agarro de la mano y me dijo: no tenga miedo, su corazón trabaja bien así que no va a pasar nada, al rato que despierte yo aquí voy a estar; y sí, cuando desperté ella me estaba agarrando la mano, y me dijo ¡ya ve, le dije que aquí nos íbamos a volver a ver! Yo sólo le dije: ¡gracias!.

Mn-¡Oh no! mis respetos para todos los doctores que me atendieron, y es que, se dice tanto del IMSS que... ¡pero bueno! a lo mejor yo tuve mucha suerte, porque desde la clínica familiar que me hablaron hasta la clínica de la mama que me confirmaron, porque por ejemplo me confirmaron un día 9 y para el 13 yo ya estaba operada, fue rapidísimo, yo pensaba... no de aquí a que meden la cita esto (refiriéndose al cáncer) va avanzar, ¡mm, mm! fue rapidísimo. La verdad ni tiempo me dieron de prepararme ¡casi, casi así como vas, órale!

c. ¿Siente algún temor relacionado con su enfermedad? ¿Cuál es?

B-Pues en realidad no, porque siempre me dije que el cáncer no podía ser más fuerte que yo, y como salí muy bien, y me atendía y así pues no. Excepto porque a raíz del cáncer me salió trombosis en una de mis piernas, que esa si me tumbo de dolor, el cáncer no, pero la trombosis sí. Pero afortunadamente los doctores que me atendieron me trataron muy bien y ya estoy mucho mejor. Pero... ¡bueno! el temor que sentí fue que, pues yo iba a mi chequeo cada 3 meses, y todo bien, hasta le agradecía a Dios, decía ¡gracias Dios mío!. Pero que te crees, que al año y medio me dice el doctor que el cáncer me regreso, y yo no me la creía, hasta le reclame al doctor, ¿cómo era posible que me regresara? si en todas las veces que yo había venido me decían que todo iba bien, le dije: ¡dígame qué comí? ¿qué hice mal? ¿en qué falle?... pues ¿qué hice mal? y ahí si me dije que de esta ya no salía.

M-Pues si un poco, pero me compre un libro que me ayudo a entender los tipos de cáncer, cuáles son los más agresivos, y pues me ha ayudado a resolver parte de mis dudas.

Mn-¡Pues sí! te quedas como ciscada con la autoexploración nada más siento como algo raro... o me sale un granito y yo ya estoy espantada, pero sé que hay, aunque hay posibilidades de que el cáncer regrese, pues mis mastografías siempre han sido buenas, buenas... los análisis de sangre también muy buenos. Eso sí, tengo la fe y la certeza de que no quiero volver a pasar por esta experiencia, pero si esta como la alerta de que escuches a tu cuerpo, revísate, tócate porque tienes en tu mente de que el cáncer regrese, aunque esperemos que ya no, que ya no... ¡verdad! Pero siempre esta esa posibilidad.

4. ¿Cómo se ha visto afectada su vida con esta experiencia?

B-Pues me aislé de mi trabajo, pero afortunadamente mis compañeros y mis jefes me apoyaron, si me las he visto difíciles, pero también me pude dar cuenta de que estoy rodeada de personas que me quieren mucho, que me aman, y antes no me había dado cuenta y yo siempre lo había pedido, que mi esposo fuera cariñoso conmigo, que mi familia estuviera unida.

M-Pues mucho, porque yo sigo la regla que me mande el doctor, lo que me digan yo lo hago, por ej. me dijo que ya no comiera comida enlatada, ni cosas que tuvieran muchos conservadores. Yo no caliento nada en el microondas, porque me lo recomendó el doctor. Cuando me pusieron las quimios, me pusieron 4, pues yo me ponía muy mala, no en el día que me la ponían, pero si al siguiente día, me daban unas diarreas que me

debilitaban mucho, sólo podía estar acostada y correr al baño, no tenía fuerza para nada. *Además perdí todo el vello del cuerpo.*

Uno se siente muy mal de verse en el espejo después de perder un seno, me veía horrible, ¡horrible! no dejaba que mi esposo me tocará.

Mn-¡Huuuyy! pues si te cambia la vida, el cáncer te cambia la vida, tanto física porque te desgastan los tratamientos, se descalcifican tus huesos, ahorita presento descalcificación en dientes, los huesos siento que me duelen, o sea ya hay muchas cosas que ya no puedo hacer... Algo tan simple como aplastar o machacar frijoles, ¡no! ya no puedo, por la fuerza, ya no puedes cargar tanto peso, y yo vivo sola, hay varias cosas que se me complican, pero yo veo como me las arreglo, porque tengo piernas, tengo otro brazo y pues ¡sí se puede!

a. ¿Cómo se han visto afectadas sus relaciones familiares e interpersonales?

B- Pues al contrario, mi esposo se volvió más cariñoso conmigo, más apegado a mí, mis amigos y amigas, ahora sé quiénes son mis verdaderos amigos. Ahora hasta mi esposo es el que me llama.

M-Pues mucho, porque cuando yo me veía en el espejo... era algo.. pues me veía horrible, me decía ¡esta no soy yo! por esto no quería ni que mi marido me viera o me tocará, pero yo le doy las gracias a él porque me levanto el ánimo, no me abandono, y me dijo que él tenía guardada mi imagen completa, que aunque no tuviera un seno, él me veía igual que antes.

Y es que yo he visto películas en las que los maridos rechazan a la mujer y hasta la dejan, se divorcian porque no aceptan que a su pareja le falte esa parte, y es que es una parte vital para l sexualidad, y es que yo me decía ¡ya no va a ser lo mismo!

Mn-No, al contario nos unió más como familia, ¡a la mala! porque con este trancazo (haciendo referencia a su enfermedad) a que nos tenemos los unos a los otros, la unión familiar se hizo más fuerte. Sin embargo, con algunas amistades pues si se debilito la relación, algunas amistades no entendían lo que me estaba pasando, y pues se alejaron. En el trabajo igual, cuando recién me reintegre al trabajo, algunas no entendían que no me había dado una gripa, querían que yo hiciera lo mismo y pues ¡yo ya no podía! porque me dolía, por ejemplo las piernas, me sentía cansada, y pues me estaba adaptando a mi nueva vida, y pues sí, se vio afectado el trabajo. (Tanto, que Mariana perdió su empleo y tuvo que buscar lugar en otro lado). También en la búsqueda de trabajo si me vi afectada, ¡como discriminada! porque cuando salí a buscar trabajo, pues todo iba a bien, hasta que llegábamos al factor salud, y yo por honesta les decía por lo que había pasado, y pues ya nada más veía sus caras así de ¡luego te llamamos! y así varias veces, hasta que encontré donde estoy actualmente

b. ¿Han cambiado sus actitudes frente al cáncer de mama ahora que lo tiene? ¿Por qué? ¿En qué sentido?

B-Sí, el cáncer no es el monstruo que yo pensaba, hasta lo plasme en el libro que escribí, ahí puse quien soy y cómo pude afrontar al cáncer. Porque *¡eso que me hizo sentir diferente, ahora me hace sentir orgullosa!* También di mi testimonio en el hospital Siglo XXI, y me describí como lo que soy, *¡soy sobreviviente y soy ejemplo de vida, resiliencia y actitud para todas aquellas que inician su proceso!* Mi mejor medicina fue tener siempre pensamientos positivos y no dejar nunca de sonreír. Y pues yo sigo siendo la misma, sigo saliendo con mis amigas.

M-Pues sí, siento que ahora me he vuelto más sensible con las mujercitas que vamos hacernos la mamografía, a mí me siguen revisando año tras año, ahora la otra chichi, pero siento feo cuando llegamos 4 y una se queda, o llegamos 10 y una se queda, porque ya sé que esa que se queda tiene problemas, pero la verdad me da pena acercarme, porque no se vale que la pongas mal, es preferible que un doctor le diga. Y es que casi no nos hablamos las mujeres que estamos ahí, llegamos nos sentamos, las llaman y se van o se quedan, pero casi nadie habla estando ahí.

Mn-Pues sí, si cambio ahora trato de buscarle el lado positivo a cada situación, ahora sonrío más, me gusta más como soy, por eso estoy agradecida de haber pasado por esta situación,

c. ¿Qué creía usted respecto al cáncer de mama antes de tenerlo? ¿Han cambiado estas creencias? ¿En qué sentido?

B-Pues el cáncer no es el poderoso monstruo que yo pensaba, él pudo haberme hecho tirar al piso, llorar, arrastrarme, me tiro mi pelo, pero jamás me destruyo mi corazón. Ahora soy auténtica, antes me importaba que la gente me viera triste, ahora ya no, ahora soy auténtica. Ahora soy capaz de decir lo que siento.

M-Mis creencias si cambiaron, porque ahora ya no me importa haber pasado por una cirugía de seno.

Mn-Pues antes sólo lo asociaba con muerte, pero ahora sé que el cáncer es curable si se detecta a tiempo, ¡que es mi caso! ahora hay más esperanzas de vida para las personas que nos enfrentamos a esta enfermedad, la ciencia avanza a pasos gigantes, es decir ahora no vas a morir, no como antes que se pensaba que si tenías cáncer pues te ibas a morir, y pues no, ahora no.

d. ¿Qué tanto se han visto afectadas sus ocupaciones diarias? ¿Su trabajo?

B-Pues yo antes era muy coqueta, era muy de blusas escotadas, y empecé a usar blusas más tapadas, pues ¡ya ni modo, me voy a reconstruir! incluso le pregunte a mi marido si quería seguir conmigo, porque sin un seno, pues tal vez, ya no me vería como una verdadera mujer, pero él me dijo que no, que estaría conmigo en las buenas y en las malas. Pero me dieron mi prótesis y mi manga y ya con eso me sentí mejor. Además yo sé que no soy una bubi, soy Ana, una mujer que no se define por tener o no tener una parte de su cuerpo.

M-Pues yo ya me jubile, pero cuando salí de la cirugía yo no podía hacer nada, a mí me dijeron que lo único que debía hacer era reposar. Pero actualmente todavía el sol me lastima mucho, no puedo salir sin sombrero a la calle, por ejemplo, tampoco me puedo ya pintar el cabello, eso lo tengo prohibidísimo.

Mn-Pues mucho, porque ahora ya no puedo hacer cosas tan simples como machacar frijoles me duele mucho el brazo, o cargar un garrafón de agua, pero he aprendido a sobrellevar esas situaciones porque estoy viva, y eso importa más.

e. ¿Han cambiado sus proyectos de vida a corto y largo plazo ahora que tiene cáncer? ¿Por qué? ¿En qué sentido?

B-El cáncer hizo un cambio en mi vida, yo ya tenía un plan para mí, pero el cáncer yo siento que me hizo así como, *¡ándale Anita, ya, reacciona!* Pues antes era más importante la vida social para mí, pero ahora estoy más enfocada en mí, en mi experiencia y en lo que quiero lograr, me gustaría ser conferencista, para compartir mi experiencia y ayudar a otras mujeres que apenas van empezando en esto.

M-Mi proyecto de vida cambio, sí cambio, quería hacer mi servicio social, soy licenciada en derecho, y ya me habían aceptado en los tribunales, pero justo en ese tiempo me detectaron el cáncer, así que ya no lo pude hacer. Después de que supere al cáncer regrese a trabajar a la secundaria porque quería irme bien, sana. Entonces decidí jubilarme, y lo hice, pero después de jubilarme empecé a tener problemas con mi pareja, por eso me fui a vivir con mis hermanas. Pero sí quiero titularme, pero la verdad, lo primero que quiero hacer es estar bien conmigo misma, tal vez necesito terapia psicológica.

Mn-Se transformaron, ahora sé que el valor de... pues, es decir, antes vivía al día, decía ¡ah pues lo que pase hoy y tan tan! ahora valoras mucho cada segundo, desde que te despiertas hasta que te duermes. Vivir el momento, improvisar, por ejemplo, si querías salir corriendo mientras está lloviendo ¡pues hazlo! porque no sabes si mañana lo vas a poder hacer.

f. ¿ Se siente distinta ahora que tiene cáncer? ¿Por qué?

B-Ahora me siento yo misma, porque como te dije, ¡eso que me hizo sentir diferente, ahora me hace sentir orgullosa! pero ahora me siento plena, capaz de hacer cualquier cosa, valoro todo lo que tengo, y vivo mis días al máximo.

M-Pues un poco, sobretodo porque me falta un seno, pero en realidad con la prótesis que me dieron, pues ya no.

Mn-¡ay claro que sí! como que siento más liviana la situación, ya no me siento tan estresada con el ¿qué dirán? yo hago todo a mis anchas, me río de todo, y si les gusta mi risa pues bien, sino también, soy más humana, soy ´mas empática, me preocupa mucho la gente que tenga que pasar por esta enfermedad y que o tenga los recursos para solventarla, eso me angustia, que más quisiera yo poderte ayudar para que la pasarán de lo mejorcito que se pudiera.

5. ¿Para usted, qué es importante en su vida al día de hoy?

B-Mi familia, mi nieta, cuando me regreso el cáncer yo le pedía a Dios que me dejara vivir para poder disfrutar esta vida que apenas estaba conociendo (refiriéndose a su nieta)

M-Llevar una vida más tranquila, fortalecerme, estar más tranquila y poder titularme.

Mn-Cuidar mi salud, cuidar mi trabajo porque me gusta mucho lo que hago, a lo que me dedico, es importante disfrutar a mi familia a mi mamá, porque también a ella la transformo, el cáncer nos cambio la vida para bien, mis proyectos de vida se transformaron, ahora quiero hacer cosas que antes nunca he hecho.

a. ¿Esto qué es importante para usted ahora, era importante para usted antes de enfrentarse al cáncer?

B-Pues sí, siempre lo pedía, que mi familia estuviera unida que mi esposo se preocupara por mí, no sólo actualmente, sino que siempre lo pedía, desde antes de enfrentarme a esta enfermedad.

M-Sí cambio, pero sigue siendo importante, por los problemas que tuve en mi casa con mi pareja.

Mn-Pues, antes me imaginaba con la casita, el esposo, la familia, etc. Antes de enfrentarme al cáncer me decía: "si cumplo 35 años y no me he casado, voy a tener un hijo", ahorita ya no puedo tener hijos, porque el tumor que yo presente fue hormonal, entonces el oncólogo recomienda no embarazarte, porque regresaría el cáncer.

6. ¿Qué, o quiénes, le han ayudado a afrontar esta experiencia frente al cáncer?

B-Los grupos en los que participe ahí en FUCAM, mis amigos, mi nieta, pero me ayudo mucho sentir el cariño y el apoyo de todas las personas que me rodean, y de las cuales no me había dado cuenta que las tenía.

M-Pues mi pareja, mi esposo me ayudo bastante, pero antes también me hizo mucho daño.

Mn-Pues yo sí creo que existe un Dios, y fue en él en quien me apoye, porque uno necesita tener un apoyo, además hay una promesa de sanación tanto espiritual como física. Yo hablaba mucho con Dios y le decía que ya, le decía que me había agarrado como a Rambo ja,ja,ja,ja,ja...

7. ¿Ha habido algún momento a lo largo de su experiencia frente al cáncer en el que haya sentido que no podía afrontarlo?

B-No, el cáncer nunca me hizo sentir eso, la trombosis que me dio en la pierna sí, porque eran unos dolores horribles, pero el cáncer no.

M-Nunca lo tuve, nunca sentí eso, porque el doctor me dijo que mi problema era benigno, por eso nunca sentí eso.

Mn-Sí muchas veces, cuando estaba en las quimioterapias me paso varias veces, es que las quimios son un dolor que no se puede describir con palabras, pero te sientes como quemada por dentro, como cuando te quemas el dedo con el sartén, pues así pero dentro de todo el cuerpo, así te sientes. Iba en la tercera quimio cuando me dije a mi misma, ¡no, ya no quiero! y eso en conjunto con el tamoxifeno. Y es que al mismo tiempo me dio hipertiroidismo, y eso yo lo confundía con los efectos secundarios del tamoxifeno, había veces que llegaba llorando a mi casa y le decía a mi mamá ¡no, ya no quiero más pastillas, tíralas a la basura, ya no las quiero! Si lloraba, pero al otro día me decía "no, tengo que avanzar, ya llegue hasta aquí!

a. ¿Qué hizo para superarlo?

B-xxxxxxxxxxxx

M-xxxxxxx

Mn- Mi mamá, mi mejor amiga, que fue una compañera que conocí en este camino, una mujer que perdió a su bebé durante el tratamiento, ella me ayudo bastante, ella es psicóloga así que luego me anda terapeando, ella, mi mamá, mi hermano, mi actual pareja. Todos ellos me han ayudado durante todo este trayecto. Pues ellos me ayudaron y una canción que hice mía, se llama "al final" la canta Lilly Goodman y dice algo muy cierto, en la parte de la estrofa, dice: "al final será mucho mejor lo que vendrá es parte de un propósito y todo bien saldrá, siempre has estado en mí, tu palabra no ha fallado y nunca me has dejado, descansa mi confianza en ti" esa canción la puse desde que iniciaba la quimioterapia porque me relajaba mucho la letra, y dije este va a ser mi himno hasta que esto termine.

8. **Le gustaría platicarme algo más acerca de su experiencia frente a esta enfermedad, algo que a usted le parezca relevante, y que pueda contribuir a que otras mujeres puedan afrontar de mejor manera esta enfermedad.**

B-Pues les diría que no se dejen caer, y que busquen ayuda, que no se enojen con la vida.

> *M-Sí yo me encontrara a una persona que tiene cáncer, le preguntaría cómo se lo detectaron, es decir en qué etapa esta, si es benigno o maligno, inicio, medio o final, porque todo eso te lo dicen. Si es benigno, le echaría porras, si es maligno en etapa final, le diría que también le ayudara a su familia, porque las personas que están a tu alrededor también sufren mucho. Me duele sobre todo cuando son personas jóvenes.*
>
> *A una mujer que paso por una cirugía, le diría que hablará con su pareja, porque uno moralmente esta desecho, pero la pareja sirve de mucho apoyo.*

Mn-Pues sí, quien mejor que yo, que ya pase por eso para decirles, ¡comprendo por lo que estás pasando! así que hay que seguir al pie de la letra las indicaciones de los médicos, porque en eso reside el éxito del tratamiento. Los médicos no saben qué o cómo nos estamos sintiendo. Y es que a veces no te encuentras preparada para todo lo que te vas a enfrentar, pero esto es transitorio, no sabemos a ciencia cierta porque tuvimos que pasar por esto, pero hay que verle el lado positivo, por ejemplo ahorita lo estoy viendo contigo (refiriéndose a mí como entrevistador) darte mi experiencia, y que esta sirva de apoyo para otras personas; por ejemplo en mi trabajo hice campañas de detección en octubre, hicimos una un poquito avanzada, pero gracias a esto me siento muy bien, porque sé que estoy ayudando a otras personas, darles la esperanza de que van a sanar o van a controlar el cáncer. Porque esa frase de "gano el cáncer y se fue, o murió" ¡no me gusta! porque pues la persona no dejo de luchar, porque esto es una lucha y lo entiendes hasta que vives esto... ¡diario te levantas y dices, hay voy! y ¡hay voy!... y pues está en ti y en todos los que te rodean, ¿se vale llorar? ¡sí! ya perdí la cuenta de cuantas veces he llorado, pero si tienes que llorar, llora, pero al otro día hay que seguir adelante con el tratamiento. ¿Esperanza? ¡hay esperanza! y yo les diría eso, ¡ah! y que el cáncer no es muerte ¡ES VIDA!

Análisis de resultados

Los análisis de resultados se harán identificando patrones comunes en las respuestas obtenidas para una misma pregunta, y al mismo tiempo, se identificarán las diferencias que resaltan en cada caso particular.

Posteriormente, estas respuestas se compararán con la teoría revisada con el objetivo de mostrar las diferencias encontradas entre lo que se reviso previamente y lo que se obtuvo de las entrevistas. Finalmente, al concluir el análisis se hará una propuesta con un enfoque de promoción de la salud, lo que marcará una pauta (esto marcará una diferencia) en la visión con la que se estudia una problemática, por diferentes profesionales del área de la salud.

Primeramente, se puede observar en los resultados de las entrevistas que las pacientes entrevistadas, poseían un desconocimiento de la enfermedad antes de enfrentarse a ella, y que lo poco que conocían provenía de fuentes informales; como pláticas con amigas, vecinas o compañeras de trabajo. Este punto, resulta de gran importancia, ya que esta desinformación es una pieza clave y un campo de acción para la promoción de la salud, como una estrategia preventiva y de capacitación para mujeres que no presentan la enfermedad, pero que tienen algún factor de riesgo.

Lo anterior evidencia, que las representaciones sociales que las pacientes poseen respecto al cáncer son muy variadas y dependen de sus características sociales, culturales y económicas las cuales pueden sumergirlo en una diversidad de concepciones, tan cercanas o lejanas a lo que implica la enfermedad en sí. Recordemos que estas circunstancias o condiciones, han sido previamente definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como determinantes sociales de la salud, es decir, "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos (OMS, 2021).

Dichas condiciones pueden ser muy diferentes para varios subgrupos de una población, debido a factores como la accesibilidad a programas de desarrollo, detección oportuna; así como también la disponibilidad de recursos de los programas, etc. Esto puede dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud a nivel individual.

Por último, es importante resaltar que, las concepciones que las pacientes tienen al respecto de su diagnóstico contribuyen a darle sentido a la enfermedad a la que se enfrentan, jugando a favor o en contra.

A continuación, se hará un análisis detallado de lo que resalta en las respuestas que las pacientes dieron a las preguntas realizadas durante las entrevistas.

1. Cuando se les pregunto lo que significaba para ellas el cáncer, así como qué tanto sabían acerca de su enfermedad; 2 de ellas coincidieron en que el cáncer era muerte, sólo Mariana la tercer entrevistada menciono que para ella esta enfermedad no significaba muerte sino vida, ya que le había permitido conocer personas y vivir satisfacciones que nunca imagino. Sin embargo, cuando a esta última participante le dieron su diagnóstico positivo para esta enfermedad, también pensó que se iba a morir. Estas concepciones acerca de la enfermedad resaltan lo que menciona Sontag, 1977 ya que "cualquier enfermedad importante cuyos orígenes son oscuros, para la cual no exista un modelo unicausal que explique su origen, y su tratamiento resulte ineficaz, largo, costoso y doloroso, siempre tiende a hundirse en significados e interpretaciones" (Sontag, 1977). Y al mismo tiempo, estas concepciones se reformulan en la persona que se enfrenta a una situación complicada como la de esta enfermedad, para crear una nueva concepción basada en la experiencia individual y en lo extraído de su interacción social.

   Dicha elaboración, esta plagada de componentes del pensamiento que se transforman en elementos de la realidad, y que sirven como referentes para el fenómeno que se intenta describir, para nuestro particular caso de estudio, la elaboración psicológica de las entrevistadas contiene entre sus piezas a la muerte, la cual esta estrechamente relacionada al cáncer. Finalmente, estas

elaboraciones evidentemente impactaron en el momento de su diagnóstico, conduciendo a que las pacientes tuvieran pensamientos trágicos acerca de su futuro.

Como ya se explicó, para la teoría de las RS, el conocimiento es una producción social que se instala de forma permanente e inconsciente en los individuos, orientando sus prácticas cotidianas, así como su forma de ver e interpretar diferentes situaciones. En este punto, cabe agregar lo que menciona González (2008), acerca del comportamiento individual, y es que "el comportamiento individual no es el resultado de una racionalidad situada en el individuo, sino mas bien de todo el conjunto de concepciones sociales que existen al interior de la sociedad en la que éste se desarrolla".

Concluyendo, que la concepción de las entrevistadas acerca de la enfermedad es un compendió de sus particulares condiciones de vida, las cuales pueden crear grandes diferencias en cuanto a información se obtiene, entre una y otra persona.

2. A continuación, se indago acerca de la situación, las emociones y el apoyo que tuvieron en el momento de su diagnóstico positivo para cáncer de mama. Las tres participantes recibieron sus diagnósticos en diferentes unidades de salud, dos de ellas acompañadas y una sola, aunque Ana Bertha, la primera entrevistada, refirió que hubiera preferido haber ido sola a recibir su diagnóstico; ella misma dijo que después de recibir su diagnóstico, acompañada de su hija, insistió en quedarse a solas para llorar y pensar en lo que pasaría con su vida, es decir no quiso mostrarse débil frente a su familiar (ella lo mencionó).

   Para Ana María, también fue un momento muy difícil, por todo lo que se vendría, así como por sentirse culpable por haber dejado pasar un año sin hacerse sus estudios de rutina, pero en especial porque ese mismo día le dijeron que le extirparían todo el seno, eso fue lo que más le afecto en ese momento.

A diferencia de ellas, Mariana la última entrevistada, se sentía más preparada para recibir su diagnóstico, porque aseguró que su cuerpo ya le había avisado que algo no andaba bien, y aunque si se sintió asustada, el apoyo incondicional de su mamá le ayudo a enfrentar el primer golpe de la enfermedad, su diagnóstico.

Uno de las cuestiones más difíciles de afrontar para las tres entrevistadas fue el hecho de saber que perderían una parte de su cuerpo, las tres coincidieron que posterior a su cirugía, el hecho de verse frente al espejo, mutiladas, fue algo de lo más complicado, ya que les costó mucho poder afrontarlo no sólo a ellas, sino para con sus parejas, incluso una de ellas dijo sentirse menos mujer, menos femenina. Sin embargo, las tres se apoyaron mucho en sus familiares más cercanos, y fue a ellos a quienes les hablaron de su enfermedad. Incluso, Ana María y Ana Bertha, mencionaron que la relación con sus parejas se vio fortalecida a raíz de su diagnóstico, esto refleja lo que menciona Sontag respecto a que pareciera que "la gente se singulariza y gana interés gracias a sus enfermedades" (Sontag, 1977). y también se podría afirmar que cuando una mujer es diagnóstica con esta enfermedad, se vuelve débil y más vulnerable para los demás, características que son socialemente bien vistas en las personas del sexo femenino.

Recordando lo que ya previamente se ha mencionado, las emociones son reacciones naturales que nuestro cuerpo presenta frente a situaciones importantes, estas reacciones se presentan como una fuerte conmoción del estado de ánimo y generalmente vienen acompañadas de una respuesta fisiológica en el organismo.

Aproximadamente el 68% de las pacientes oncológicas presentan trastornos de adaptación con estados de ánimo deprimido o ansioso (Rodriguez-Vega, 2002). Se sabe que la ansiedad es clave en el desarrollo de una variedad de enfermedades, aunado a que altos niveles de ansiedad se correlacionan negativamente con una debilitación del sistema inmune (Cano, 2005).

Tanto la ansiedad como el miedo, serán emociones constantes en la persona diagnosticada, y al mismo tiempo, pueden provocar un detrimento del estado de salud, impactando negativamente el sistema inmune de quien los padece. Muy por el contrario, las redes de apoyo familiares y/o grupos de autoayuda, son factores positivos que contribuyen a mejorar la estabilidad emocional de las pacientes. Desde un enfoque de promoción de la salud, tanto las acciones individuales como colectivas contribuyen a mejorar la interacción familiar y social.

También, es importante recordar que, dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud es vista como un recurso que permite a las personas llevar a cabo actividades que contribuyan a mejorar su calidad de vida, pero esta última puede verse mermada por diversos factores, para nuestro caso de análisis, el hecho de que las pacientes se sintieran “mutiladas, menos femeninas”; y es que recordemos que el concepto de calidad de vida definido por la OMS desde 1994, como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”. Y dentro de los estándares femeninos de nuestra sociedad actual, ellas pueden sentirse infravaloradas por la extirpación de uno o sus dos senos.

Finalmente, se propone que la creación de círculos de información acerca de la enfermedad, tratamiento, efectos secundarios, posibilidades de curación, reconstrucción, etc. con la finalidad de capacitar a las pacientes y a sus redes de apoyo en estos temas.

3. Posteriormente, se indago en las participantes acerca de su experiencia con la enfermedad, el personal médico y el lugar en el que se atienden. Curiosamente, aunque se atienden en diferentes lugares, las tres entrevistadas refirieron que su experiencia con el personal médico ha sido excelente, desde el inicio de su tratamiento hasta la actualidad. Seguramente esta situación ha contribuido a que su experiencia frente a la enfermedad fuera más llevadera, ya que, en palabras de las entrevistadas, enfrentar los tratamientos para esta

enfermedad, es una experiencia sumamente difícil, desde el diagnóstico de la misma, la extirpación del seno, las quimioterapias, el tratamiento farmacológico vía oral, la pérdida del cabello, etc. son situaciones que se dicen fácil, pero que son una lucha día a día. Las tres mujeres coincidieron en que hacerle frente a esta enfermedad ha sido una prueba muy dura que la vida les puso.

Un miedo constante en las tres entrevistadas es que el cáncer pueda regresar, y es por eso que siguen al pie de la letra las indicaciones de sus médicos, así como las citas para sus revisiones, a pesar de que una de ellas ya tiene casi 10 años de que la diagnosticaron, continúa asistiendo a chequeos médicos.

Para el análisis de esta parte, es prudente hacer mención que las RS están estructuradas bajo tres dimensiones conceptuales; información, campo de representación y actitud, esta última dimensión se considera evaluativa y afectiva ya que orienta la conducta de las personas puesto que sobresale y perdura sobre informaciones insuficientes o imágenes poco estructuradas (Elejabarrieta, 1991). Esta dimensión, por ejemplo, se ve reflejada en la diferencia actitudinal de estas tres mujeres, en particular de Mariana, quien refiere que ahora sonríe más, se le ve más alegre y feliz con su situación actual.

No sólo la dimensión actitudinal es pieza clave, sino más aún, las tres dimensiones se conjuntan al interior del individuo para darle sentido a su realidad. Dicho esto, es que se puede apuntar al hecho de que las RS que las personas poseen respecto al cáncer, son muy variadas y dependerán de sus características sociales, culturales y económicas. Cabe agregar, lo que menciona Elejebarrieta (1991), ya que se puede afirmar que cuando las personas se enfrentan a un diagnóstico de cáncer de mama, invariablemente presentarán una actitud basada en la información o contenido del cual se han visto rodeados (Jodelet, 1989).

4. El siguiente punto fue preguntarles cómo se ha visto afectada su vida con esta experiencia, cómo se vieron afectadas sus relaciones familiares, su trabajo, su

proyecto de vida y sus creencias en torno a la enfermedad. Las tres coincidieron en que el cáncer les cambio la vida, primeramente, porque se tuvieron que ausentar de sus trabajos, e incluso de algunos de sus familiares, ya que afrontar las quimioterapias que recibieron fue algo muy duro, después de cada una, pasaban días terribles en los que lo único que podían hacer era dormir e ir al baño.

Una vez concluidos sus tratamientos, la vida ya no es la misma, ya que las secuelas tanto de la cirugía como de las quimioterapias, les impiden realizar actividades que para otras personas son comunes.

Respecto a sus relaciones familiares, las tres mencionaron que éstas se vieron fortalecidas a raíz de la enfermedad, y que eso era algo bueno de lo que había traído el cáncer.

Las creencias que tenían respecto a la enfermedad cambiaron totalmente después de atravesar por esta situación, ellas mismas se asumen como más empáticas con otras mujeres, en particular con aquellas que están por enfrentarse a esta misma situación. Así pues, ahora presentan una actitud más activa con la vida, refieren hacer cosas que les traen satisfacción personal, sin fijarse mucho en la opinión de los demás.

Por último, referente a sus proyectos de vida, ellas refieren que éstos se modificaron para bien, Ana Bertha y Ana María, valoran más la tranquilidad, y están enfocadas en ellas mismas. Para Mariana, es un poco diferente, (probablemente por la diferencia de edad) aunque también ella valora mucho más el hecho de disfrutar cada minuto del día, y estar enfocada en ella misma, mas que en la opinión que los demás tengan de ella. Sin embargo, ella menciona que "vivir el momento es muy importante" es por eso que actualmente está decidida a realizar cosas que antes no se había atrevido.

En este punto cabe retomar lo que menciona Elejebarrieta, (1991), acerca de que las RS se estructuran bajo tres dimensiones conceptuales, la información, el campo de representación y la actitud; estas tres dimensiones se conjuntan al interior del individuo para darle sentido a su realidad. Así pues, se puede afirmar que cuando las personas se enfrentan a un diagnóstico positivo de

cáncer de mama, invariablemente presentarán una actitud basada en la información o contenido del cual se han visto rodeados (Jodelet, 1989). Esta reacción puede ser física, pero también emocional y cuando se presenta vendrá acompañada de una respuesta fisiológica en el organismo. La ansiedad, aunque es una reacción natural y común, las personas que se enfrentan a una situación de incertidumbre; presentan altos niveles de ansiedad, lo cual puede impactar negativamente en la salud de la persona, en este caso, en la recuperación de la enferma.

Ahora bien, será natural que una mujer con un diagnóstico positivo para cáncer de mama entre en crisis y se vea cargada de una cantidad enorme de emociones y sentimientos que no le permitan visualizar nada más allá que la enfermedad, misma que, prácticamente definirá su vida en los próximos años. Sin embargo, la actitud con la que le hagan frente a su situación será crucial para ir direccionando su vida y su nueva realidad. Dicha actitud, podrá verse fortalecida si la paciente posee fuertes lazos de apoyo de familiares y/o personas que la acompañan durante el transcurso de la enfermedad y tratamiento.

Con respecto al proyecto de vida que cada una tenía, y que se vio modificado por su diagnóstico, recordemos que éste representa lo que un individuo quiere ser, y lo que va hacer en determinados momentos de su vida; y desempeña una función de integración valorativa e instrumental, de las orientaciones de la personalidad. Es decir, éste se puede ver modificado, en función de las creencias y valores, las capacidades, las acciones y el medio ambiente actual.

Con esto se pretende decir, que las pacientes pudieron encontrar, durante su trayecto de diagnóstico y tratamiento, objetivos diferentes, puesto que un proyecto de vida expresa la apertura de la persona hacia el dominio de su futuro, y esta vinculado a la situación social del individuo, tanto en su expresión actual como en la perspectiva anticipada de los acontecimientos futuros (D'Angelo, 1994).

5. El siguiente punto a indagar, fue acerca de lo que es importante en sus vidas actualmente, y si esto tenía la misma importancia antes de enfrentarse a la enfermedad, así como quién o quiénes le ayudaron a sobrellevar su situación.

   Las tres refieren que llevar una vida más tranquila y tener buena relación con sus respectivas familias es lo importante en sus vidas; esto no cambio a raíz de la enfermedad, sin embargo, lo que si cambio fue la prioridad, ya que actualmente esto, así como cuidar su salud, es lo prioritario para ellas.

   En este punto, cabe mencionar que atravesar una situación tan difícil como lo es el cáncer de mama, vino a modificar el proyecto de vida que las pacientes tenían anteriormente.

   Un elemento importante dentro del proyecto de vida, es la experiencia personal del individuo, dentro de la cual se encuentran elementos como posibilidades o recursos disponibles, necesidades, objetivos, aspiraciones, actitudes y valores, enmarcados en un contexto social concreto que necesita ser considerado en todas sus especificidades y relaciones, así como en su dinámica (D'Angelo, 1994). Lo anterior, con la finalidad de identificar en el individuo los elementos que han ido delineando su proyecto de vida actual.

   Ahora bien, si se considera el valor de la proactividad individual-social, se podría apuntar a que los proyectos de vida no se limitan a la autosatisfacción de la realización personal, sino que se exteriorizan hacia una visión más holística que implica una visión de transformación social en la que las personas contribuyen.

   Dicho de otra manera, las personas tienden a involucrar en sus proyectos de vida aquello que les es importante y que se encuentra fuera del campo individual. Para nuestro caso de análisis, las pacientes entrevistadas ahora tienen dentro de sus prioridades, no sólo a ellas mismas, sino también a sus familias, y en general su entorno de relaciones afectivas.

6. Cuando se les cuestiono acerca de qué o quiénes les ayudaron a afrontar su situación, se evidencio que, en el caso de Ana Bertha, los grupos de apoyo fueron fundamentales para hacerle frente a su enfermedad. Sin embargo, para

las tres entrevistadas el apoyo familiar (y de sus parejas, en caso de tener) fue la pieza fundamental para sobrellevar su situación.

En este punto, cabe hacer mención de que, las pacientes utilizaron varias estrategias de afrontamiento, y que las tres coincidieron en que sus familiares fueron los pilares fundamentales.

Cabe resaltar que existen estrategias a nivel de conductas, pensamientos y reacciones emocionales ante el diagnóstico. Por ejemplo, a nivel de conductas, predominan las estrategias de cumplir cabalmente las prescripciones médicas. Aquí resalta el caso de Ana María, la cual sin proponérselo como una estrategia, si menciono en repetidas ocasiones que para ella, las indicaciones del médico eran una regla que se debía cumplir al pie de la letra.

A nivel de pensamientos, predomina el pensar que uno mismo puede superarlo y no intentar buscarle un porqué; aquí resalta el caso de Ana Bertha, la cual comento muy convencida, durante la entrevista, que el cáncer no podía más que ella, y que seguro podría superarlo.

Vale decir que, aunque las estrategias de afrontamiento son diferentes, no son mutuamente excluyentes y que pueden conjuntarse para permitirle a las pacientes hacerle frente a su diagnóstico y tratamiento.

Finalmente, cabe destacar un área de acción para la promoción de la salud, y es que, desde esta perspectiva, se propone la creación de redes de apoyo fuera de los nosocomios, entre mujeres diagnosticadas y sus familiares, esto con el objetivo de fortalecer los lazos familiares para contribuir a la mejora de la cohesión familiar, capacitar no sólo a las pacientes, sino también a los familiares en temas relacionadas a la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, acciones paliativas y posibilidades de éxito.

Esta iniciativa puede jugar un papel fundamental en la mujer que se ve atacada por la enfermedad, promoviendo ambientes amigables que contribuyan a mejorar la actitud que presenten, un empoderamiento tanto en ellas, como en sus familias, con el fin de hacerle frente de una manera conjunta a la enfermedad.

7. El siguiente punto fue preguntarles acerca de si a lo largo de su experiencia frente a la enfermedad, hubo algún momento en el que hayan sentido que no podían hacerle frente.

   Ana Bertha y Ana María, mencionaron que no, que nunca hubo un momento así en su experiencia. A diferencia de Mariana, quien menciono que si los tuvo y en repetidas ocasiones, pero los lazos que se vieron fortalecidos con su mamá, con una amiga, y con su actual pareja, le ayudaron a reponerse de cada caída que tuvo durante su tratamiento.

   En esta parte, se punta nuevamente al apoyo social, o redes de apoyo, el cual puede ser evaluado desde diferentes perspectivas, como la cantidad de personas incluidas en la red, la calidad de esos vínculos, la intensidad de las interacciones y la percepción de ese apoyo. Este último aspecto es importante porque es generado por la evaluación subjetiva de cada persona (Schneider, 2015).

   Este apoyo social puede tener efectos positivos en la adaptación y manejo de una enfermedad crónica como el cáncer de mama, lo cual, nuevamente pone de manifiesto que la creación de redes de apoyo, son un campo de actuación para la promoción de la salud como una estrategia de afrontamiento para esta enfermedad.

8. Para concluir con la entrevista, se les pidió a las entrevistadas que mencionarán algo que ellas considerarán relevante para afrontar la enfermedad, y que pudiera contribuir a que otras mujeres afronten de mejor manera un diagnóstico positivo de cáncer de mama.

   Las tres se mostraron bastante empáticas con esta pregunta, y mencionaron que lo mejor es no enojarse con la vida, buscar ayuda y seguir las indicaciones de los médicos al pie de la letra. Que si bien los médicos no saben cómo se sienten las pacientes, emocional y físicamente, ellas sí; por lo tanto, mencionan que si hay que llorar, pues se llora, pero al otro día hay que levantarse con actitud y seguir adelante con el tratamiento, porque siempre hay esperanza, el cáncer no es sinónimo de muerte, el cáncer es vida y te das cuenta de esto

una vez que ves todo lo bueno que te trae el haber atravesado por esta enfermedad.

Para finalizar, nuevamente se retoma el apoyo social y la empatía con aquellas mujeres que se puedan ver involucradas en una situación similar, de acuerdo con Valla (1999) el apoyo social puede ser entendido como una información o auxilio ofrecido por personas o grupos con los cuales se tiene contacto sistemático y que resultan en efectos emocionales y de comportamientos positivos, tanto el apoyo social como el familiar son la principal fuente de apoyo en la vida de las mujeres que ya tuvieron cáncer de mama.

Tener la percepción de que otras personas están disponibles para ayudar y brindar apoyo, o incluso escuchar de una forma totalmente horizontal, a mujeres que ya atravesaron por una situación similar, tiene un impacto positivo en el enfrentamiento del cáncer de mama.

Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Asimismo, dentro de esta visión, la calidad de vida de una persona, va en función del grado de satisfacción que ésta posee consigo misma.

Asimismo, dentro de este contexto, la salud es vista como un elemento positivo, puesto que la promoción de salud contribuye a que las personas, se vuelvan sujetos de cambio, que contribuyan a generar ambientes más sanos, que permitan un desarrollo individual y comunitario más sano. También, dentro de esta visión, la salud es vista como un recurso que permite a las personas llevar a cabo actividades que contribuyen a mejorar la calidad de vida de éstas, pero no es vista como el objetivo de la vida.

De este modo parte de los testimonios anteriores, refuerzan esta idea al demostrar que poseer fuertes lazos familiares y de amistad, contribuyeron a hacer más llevadero el tratamiento que implica una enfermedad tan dura como lo es el cáncer. Al mismo tiempo, las mujeres de este estudio son representantes de que

cuidar la salud es importante, pero que el hecho de tener una enfermedad o haber perdido una parte de su cuerpo, es menos importante que el hecho de estar vivas y ser sobrevivientes de una enfermedad considerada por el grueso de la población como mortal. Es en este punto donde la visión de la promoción de la salud se ve fortalecida, pero al mismo tiempo con grandes oportunidades para desarrollarse.

Conclusiones

Sin duda alguna, el cáncer al ser una enfermedad multifactorial, se puede estudiar desde diferentes perspectivas, dentro de esta diversidad se encuentra la manera en la que las personas diagnosticadas con dicha enfermedad la viven en su día a día. El significado y las interpretaciones que le dan a este padecimiento tiene una diversidad tan grande, que puede colocar a la persona que recién recibe su diagnóstico en una situación de verdadero conflicto, tratando de darle sentido a lo que le han dicho, a lo que sabe y a lo que escucha o ve en radio o televisión.

Sin embargo, la mayoría de las veces, las ideas y concepciones en torno a enfermedades crónicas, que no poseen una explicación unicausal y que su desarrollo sea consecuencia de múltiples factores, se ve colmada de concepciones erróneas y que generalmente tienen un desenlace fatalista. A medida que la ciencia ha ido avanzando, muchas de estas concepciones han perdido fuerza, sin embargo, todavía siguen reproduciéndose algunas de ellas, esto debido a la interacción social propia del ser humano.

Las representaciones sociales son formas de pensar que las personas se van formando acerca de ellas mismos, de grupos de personas y de hechos de la realidad en la que se desarrollan, la peculiaridad que poseen las representaciones es que hacen más accesible la comprensión y aprehensión de las diferentes realidades en las que los individuos se desarrollan, ya que les permiten a las personas describir e interpretar de una manera más simple las situaciones que suceden a su alrededor.

De este modo, las representaciones sociales que se tienen acerca del cáncer son muy variadas, sin embargo, la mayoría de ellas tienen una característica común, y es el hecho de que pareciera que las palabras cáncer y muerte van de la mano.

Sin embargo, durante esta investigación y gracias al apoyo de las mujeres que contribuyeron con su testimonio para que este trabajo se pudiera concretar, se pudo constatar que el grado de satisfacción que las mujeres tienen con su vida,

independientemente de su edad, de su condición de salud y/o de su estatus de pareja, va más allá de tener un diagnóstico positivo para cáncer de mama o de haber perdido una parte de su cuerpo. Esto se pudo constatar puesto que las mujeres de este estudio ponderan más el hecho de estar vivas, de tener familiares que las apoyen, de poseer fuertes lazos de amistad con mujeres que antes eran unas desconocidas.

La intervención que se propone desde un enfoque de promoción de la salud, es la creación de redes de apoyo y grupos de autoayuda a mujeres de reciente diagnóstico, con el objetivo de eliminar todas esas ideas y concepciones equivocadas en torno a la enfermedad. La propuesta es que mujeres que ya han pasado por esta enfermedad, den cuenta de sus historias. Y al mismo tiempo que también profesionales de la salud, como médicos, trabajadores sociales, promotores de salud, enfermeros, etc. puedan brindar un acompañamiento cercano a las mujeres recién diagnosticadas, con el fin de brindarles al acompañamiento, la seguridad y apoyo que necesitan en los difíciles momentos que están por atravesar.

La creación y el fortalecimiento de las redes de apoyo que existen en los hospitales públicos de la Ciudad de México, es una excelente área de intervención, en particular con mujeres recién diagnosticadas y con aquellas que acuden sólo a sus revisiones y estudios de rutina. Ya que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud pueden manejarse a la par para contribuir a mejorar la detección oportuna y/o el acompañamiento necesario de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Capítulo VI

Bibliografía y referencias

Abric, Jean – Claude (1994). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En *Practiques sociales et Représentations.* Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). Prácticas Sociales y Representaciones Sociales. Ediciones Coyoacán: México. Tomado de: Araya, S. (2002). *Las Representaciones Sociales; ejes teóricos para su discusión*. Facultad Latinoamericana de ciencias sociales (FLACSO). Costa Rica.

Araya, S. (2002). *Las Representaciones Sociales; ejes teóricos para su discusión*. Facultad Latinoamericana de ciencias sociales (FLACSO). Costa Rica.

Banchs, M. (1991). Representaciones sociales: pertinencia de su estudio y posibilidades de su aplicación. *Boletín de AVEPSO, (XIV)*, 3, 3-16. Tomado de: Araya, S. (2002). *Las Representaciones Sociales; ejes teóricos para su discusión*. Facultad Latinoamericana de ciencias sociales (FLACSO). Costa Rica.

Bustamante L. M., Marín, S. J. y Cardona, D. (2012). *Mortalidad por cáncer: segunda causa de muerte del adulto mayor en Medellín, 2002-2006. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 30*(1), 17-25. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a03.pdf

Coleman MP et al. (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol*, 9, 730–56. Tomado de: Organización Mundial de la Salud (OMS). *Cáncer de mama: prevención y control. Carga de cáncer de mama. Año.* 2017. Disponible en: http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html

D'Angelo, O. (1994). Modelo integrativo de los proyectos de vida. Provida. Edit. Academia. La Habana, Cuba.

Danaei G et al. (2005). *Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. Lancet*, 366, 1784–93. Tomado de: Cáncer de mama prevención y control, factores de riesgo del cáncer de mama. Disponible en: https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index2.html

Di Giacomo, J. P. (1987). *Teoría y método de análisis de las representaciones sociales.* En D. Páez. Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representaciones. Madrid: Fundamentos.

Durkheim, E. (2006). *Sociología y Filosofía.* Granada Editorial Comares S.I. Granada.

Elejabarrieta, E. (1991). *Las representaciones sociales*. En A. Echebarría. Psicología social sociocognitiva. Bilbao: Desclée de Brouver. Tomado de: Palacios, E. (2014). *Representaciones sociales del cáncer y la quimioterapia en pacientes oncológicos.* Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología. Vol. 10, No. 2, 2014. Italia.

Garza, S. Juárez, S. (2014) *El cáncer.* Universidad Autónoma de Nuevo León UANL. Monterrey. México.

González, R. (2008). *Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales.* Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología. Centro Universitario de Brasilia. Brasil.

Grassi, L., & Molinari, S. (1988). *Pattern of emotional control and psychological reactions to breast cancer: A preliminary report. Psychological Reports, 62,* 727-732. Tomado de: Mera, P. (2012). *La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama.* Universidad de la Frontera, Chile. TERAPIA PSICOLÓGICA, 2012 Vol. 30, No. 3, 69-78. Sociedad Chilena de Psicología Clínica.

INEGI, 2020. (Cuadro). Disponible en: www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/default?px=Mortalidad_05&bd=Mortalidad

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer de mama, 4 de febrero.* Comunicado de prensa 61/18. 2 de febrero de 2018. México. Disponible en: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_Nal.pdf

International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory, GLOBOCAN (2022). Disponible en: https://gco.iarc.fr/

Janssen-Cilag, S.A. 2019. (Fig.). Recuperado de: https://www.janssen.com/spain

Jodelet, D. *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. Año. 1984.

Moscovici, S. (1984). *El Fenómeno de las representaciones sociales*. In R. Farr and S. Moscovici (eds), Social Representations.

Moscovici, S. (1984*). Psicología Social II, Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales*. Editorial Paidós. Barcelona.

Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social.* Rio de Janeiro: Vozes.

National Cancer Institute (NCI). *Estrés psicológico y cáncer. Año 2012.* Recuperado el 15 de Mayo 2019 Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/hoja-informativa-estres.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Cáncer de mama: prevención y control. Carga de cáncer de mama. Año.* 2017. Recuperado el 13 de marzo de 2019. Disponible en: http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html

Organización Mundial de la Salud, (OMS). *Constitución y Estatutos, documentos básicos.* 48.ª ed. Año 2014. Ginebra. Consultado el 10 de diciembre de 2018. disponible en http://apps.who.int/gb/bd/s/

Organización Panamericana de la Salud. Salud de las personas de edad. Envejecimiento y Salud: un cambio de paradigma. Rev. Panam. Salud Pública. 2000; 7(1): 60-67.

Schneider, H; Pizzinato, A; Calderón-Uribe, M. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. Revista de psicología, Vol. 33 (2), 2015.

Secretaría de Salud (SSa). *Compendio de patología mamaria.* Dirección General de Salud Reproductiva. 1 ª ed. Año. 2002. México.

Sociogénesis de las representaciones sociales (fig.). Tomada de: Wagner, W., Duveen, G., Farr, R. & Jovchelovitch S., Lorenzi-Cioldi, Marková, I. y Rose, D. (1999) Asian Journal of Social Psychology. Vol. 2 (p. 98)

Sontag, S. (1977). *La Enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas.* En *Illness as Metaphor. AIDS and Its Metaphors.* Traducción al español por Mario Muchnik. epublibre.

Soto, J. (2009). *Sentido común y vida cotidiana.* Revista Tiempo Apuntes. Vol 1. Número 9, Pp 63-66. Departamento de Sociología. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

Stanford Children´s Health 2020 (fig.) Recuperada de: stanfordchildrens.org

Tajfel, H. (1981). *Grupos humanos y categorías sociales.* Barcelona: Herder. 1984. Tomado de: Fernandez, E. (2012). *Identidad y personalidad: o cómo sabemos que somos diferentes a los demás.* Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Vol. 2 No. 4. España.

TN8, 2017. (fig.) Recuperado de: tn8.tv Canal 8 El Canal joven de Nicaragua

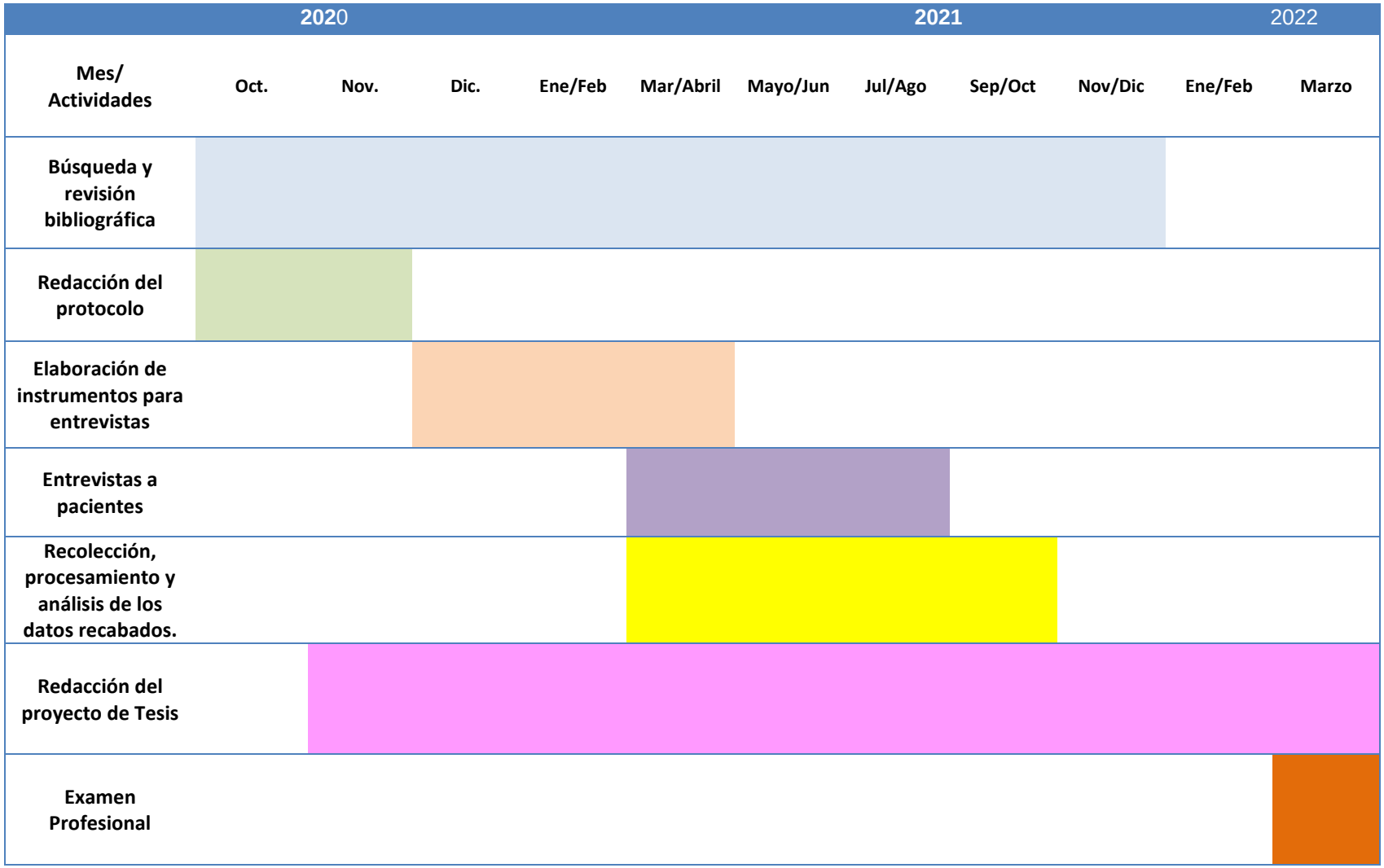
Tola de Habich, F. *Ética para el bichorro*. Edit. Factoría Ediciones. Año 1999. Pp.107-110. México

Valla, V. (1999). Educación popular, salud comunitaria y apoyo social en un contexto de globalización. Salud pública 15 (2), Pp. 7-14.

Vergara, Q. (2007). *Tres concepciones históricas del proceso salud enfermedad.* Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, pp, 41-50.

WHO (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Tomado de: Organización Mundial de la Salud (OMS). *Cáncer de mama: prevención y control. Carga de cáncer de mama. Año.* 2017. Disponible en: http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html

Cronograma de Actividades.



Anexos

Guía para realizar la entrevista semi-estructurada a pacientes oncológicas que padezcan, o hayan padecido, cáncer de mama.
Datos Generales.

Nombre:
Edad:
Entidad de nacimiento:
Tiene hijos: Si__ No__ ¿Cuántos? __
A partir de ahora me podría decir, cómo prefiere que me dirija a usted, nombre de pila, seudónimo, etc.

Entrevista.

9. Me podría decir ¿qué es para usted el cáncer?
    c. ¿Qué tanto sabe acerca de su enfermedad?
    d. ¿De dónde o de quién obtuvo esa información?
10. Podría hablarme acerca del momento cuándo le dieron su diagnóstico positivo para cáncer de mama.
    e. ¿Cuál fue su reacción al enterarse de su enfermedad?
    f. ¿Dónde y con quién estaba?
    g. ¿Qué pensó en ese momento?
    h. ¿A quiénes les hablo de su enfermedad? ¿Por qué a ellos?
11. ¿Cómo ha sido en su experiencia afrontar esta enfermedad?
    d. ¿En qué lugar se atiende?
    e. ¿Cómo ha sido su experiencia con el personal médico que la atiende?
    f. ¿Siente algún temor relacionado con su enfermedad? ¿Cuál es?
12. ¿Cómo se ha visto afectada su vida con esta experiencia?
    g. ¿Cómo se han visto afectadas sus relaciones familiares e interpersonales?
    h. ¿Han cambiado sus actitudes frente al cáncer de mama ahora que lo tiene? ¿Por qué? ¿En qué sentido?
    i. ¿Qué creía usted respecto al cáncer de mama antes de tenerlo? ¿Han cambiado estas creencias? ¿En qué sentido?

j. ¿Qué tanto se han visto afectadas sus ocupaciones diarias? ¿Su trabajo?
k. ¿Han cambiado sus proyectos de vida a corto y largo plazo ahora que tiene cáncer? ¿Por qué? ¿En qué sentido?
l. ¿ Se siente distinta ahora que tiene cáncer? ¿Por qué?

13. ¿Para usted, qué es importante en su vida al día de hoy?
    b. ¿Esto que es importante para usted ahora, era importante para usted antes de enfrentarse al cáncer?
14. ¿Qué, o quiénes, le han ayudado a afrontar esta experiencia frente al cáncer?
15. ¿Ha habido algún momento a lo largo de su experiencia frente al cáncer en el que haya sentido que no podía afrontarlo?
    b. ¿Qué hizo para superarlo?
16. Le gustaría platicarme algo más acerca de su experiencia frente a esta enfermedad, algo que a usted le parezca relevante, y que pueda contribuir a que otras mujeres puedan afrontar de mejor manera esta enfermedad.

Ciudad de México a los____ días del mes de_____ del año 2020

Carta de Consentimiento

El propósito de este documento es obtener su consentimiento para poder ser entrevistada, y al mismo tiempo audio-grabar la sesión del día de hoy. El objetivo de grabar la entrevista es para poder analizar a profundidad la valiosa información que usted me está proporcionando.

Tanto la grabación de la entrevista, como los datos recabados para su realización, serán utilizados única y exclusivamente con fines académicos, asimismo el análisis del cual serán objeto, se usará para el desarrollo del proyecto de tesis que actualmente me encuentro realizando, mismo que lleva por título "Las representaciones sociales del cáncer de mama; un estudio con mujeres diagnosticadas de la asociación Oncoayuda A.C.".

La información proporcionada por la entrevistada no será difundida, o utilizada para ningún otro propósito.

Finalmente en caso de requerirlo, su nombre real puede no ser utilizado, esto a fin de asegurar el mayor anonimato posible.

Si usted está conforme con lo mencionado anteriormente en este documento, favor de firmar de conformidad.

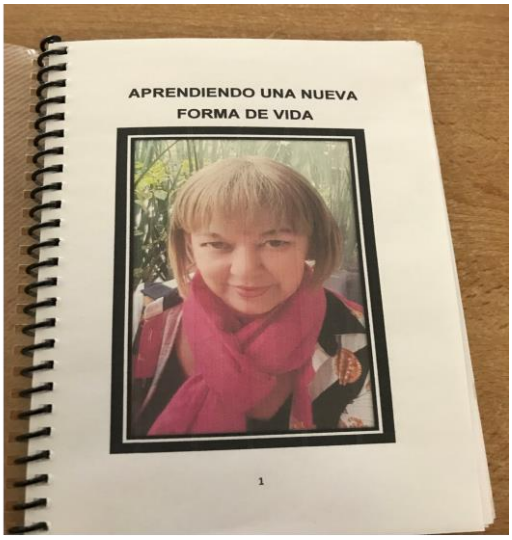
Yo_____ doy mi consentimiento para ser entrevistada, y que dicha entrevista sea audio-grabada, para posteriormente ser utilizada únicamente para los propósitos arriba mencionados.

Firma

_____

Evidencia de entrevistas

1) Ana Bertha Jiménez (Entrevistada 1)



"Aprendiendo una nueva forma de vida" Libro escrito por Ana Bertha, una de las mujeres entrevistadas. Marzo,2020



Ana Bertha y yo. Marzo, 2020

2)Ana María (Entrevistada 2)

Prefirió mantenerse en total anonimato, más allá de los datos que me proporciono.

3) Mariana Zepeda (Entrevistada 3)

La entrevista con Mariana fue a través de video llamada.

Sin embargo, de las tres entrevistas se cuenta con su respectivo audio que respalda la información plasmada en la transcripción de los fragmentos de la entrevista en la parte de resultados. Estos audios se entregarán en un CD de audio que se entregará junto la tesis.