



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**EL CÁNCER CERVICOUTERINO A TRAVÉS DEL
ESPEJO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A
CASTAÑARES GIMÉNEZ MIREYA NURI

Directora: Lic. **Arcelia Lourdes Solís Flores**

Dictaminadores: Lic. **Gerardo Abel Chaparro Aguilera**

Lic. **Irma Herrera Obregón**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Introducción.....	3
Capítulo 1. Explicación del entorno social en la generación del cáncer cervicouterino.....	7
1. Contexto actual	7
1.1 Paradigama cartesiano	9
1.2 Situación ecológica	14
1.3 Condición de la mujer	16
1.3.1. Género y salud.....	23
2. Cultura y procesos salud y enfermedad.....	27
2.1. Cáncer.....	33
2.2. El cáncer cervicouterino	36
2.2.1. Estadísticas	36
2.2.2. Cuello uterino, anatomía	39
2.2.3. Síntomas.....	39
2.2.4. Etapas del cáncer cervical	40
2.2.5. Factores de riesgo	41
2.2.6. Infección del virus del papiloma humano	43
2.2.7. Diagnóstico	46
2.2.8. Tratamiento	54
2.2.9. Prevención	56
3. Medicina psicosomática	57
Capítulo 2. La Construcción Social de la Enfermedad con base en la Medicina Tradicional China.....	64
1. Construcción social de la enfermedad.....	64

2. Medicina Tradicional China.....	74
2.1. Fundamentos de la Medicina Tradicional Chin.....	76
2.1.1. Teoría del Yin y del Yang.....	76
2.1.2. Teoría de los órganos y las entrañas Zang-Fu.....	77
2.1.3 Teoría de los Cinco Elementos.....	78
2.1.4. Relación entre los Zag-fu (órganos-vísceras) y los cinco elementos.....	80
2.1.5. Las emociones.....	86
2.2. Elementos diagnósticos en la práctica de la M.T.C.....	90
2.3. Tratamientos en la M.T.C.....	92
Capítulo 3. Metodología.....	99
1. Antecedentes y discusión teórica.....	99
2. Presentación de hipótesis.....	104
3. Delimitación del universo y de la muestra a analizar.....	104
4. Presentación de los instrumentos.....	104
5. Presentación del material empírico elaborado.....	105
Categorías de análisis.....	106
6. Resultados.....	154
7. Análisis de resultados.....	166
Capítulo 4. Conclusiones.....	177
Bibliografía.....	187
Anexos.....	192

INTRODUCCIÓN

El presente texto representa una argumentación teórica del proceso salud-enfermedad, es decir, de como se construyen las enfermedades denominadas como crónico degenerativas a través de una de ellas, el cáncer cérvico-uterino, desde una perspectiva holística del ser humano.

Actualmente se manifiesta el declive de la humanidad, por lo menos en este modo de vida, las crisis del sistema político anuncia su culminación y sus contradicciones se hacen más evidentes, dentro de este contexto las enfermedades se incrementan, en especial las denominadas crónico degenerativas dentro de las cuales se encuentra el cáncer. Este incremento tiene que ver entre muchos otros factores con los modos de vida que se adoptan y la importancia que se le da a la vida misma.

A partir de la década de los 90, las dos primeras causas de muerte son las enfermedades cardíacas y el cáncer. Esto, refleja un cambio en el patrón epidemiológico de la población al pasar de enfermedades evitables a las crónico degenerativas. Dentro de las estadísticas el cáncer cervicouterino, es considerado como la décima causa de muerte a nivel nacional en el conjunto de todas las enfermedades de la mujer. A nivel mundial, el cáncer cervical es el segundo tipo de cáncer más común en las mujeres. Mientras que en países desarrollados la incidencia y la mortalidad debidas a este padecimiento han decrecido de manera significativa a partir del siglo XX, en los países pobres o en vías de desarrollo no se ha observado este descenso y, en particular, los países de América Latina se han caracterizado por notificar las mayores tasas de incidencia en todo el orbe. En México el panorama es coincidente y a partir del último cuarto del siglo pasado la mortalidad ha mostrado una tendencia ascendente.

La vida cotidiana pierde su valor y su sentido en culturas como la nuestra, gobernadas por intereses privados, por el capital sobre todas las cosas, implantando en los medios de comunicación la verdad normalizadora que mata cualquier intento de subversión provocando enfermedades tanto mentales como corporales las cuales se empeñan en

separar, argumentando especialización y fragmentando tanto al individuo como a la sociedad, alejando más del bienestar al ser humano al hacerlo un autómatas del sistema, sin saber o ni siquiera interesarse ya no del por qué de su existencia sino el que va a hacer con ella.

Las concepciones dualistas han nutrido el desarrollo de las ciencias de la salud fragmentando al hombre y llevando al maltrato del cuerpo, la psicología no es la excepción. Lo podemos ver claramente con lo que estudiamos en Psicología clínica, cuando leemos las diferencias entre las corrientes o teorías psicológicas, y como cada uno de ellos tiene su “objeto de estudio” propio ya sea conducta, mente, inconsciente, etc., las cuales siguen partiendo de un sistema dualista semintegral. Actualmente, bajo la influencia oriental, existen alternativas psicológicas que poseen una visión integral del hombre.

Dentro de este marco la ciencia ha sido despojada de su origen y es hoy en día una de las armas más utilizadas por la clase dominante para consolidar verdades absolutas en su beneficio y por ende controlar a la sociedad. En este sentido la medicina que más consenso tiene actualmente, la denominada alópata, apenas considera la relación entre el tipo de situaciones que atañen al ser humano en su totalidad y la enfermedad. Si acaso este tipo de relación es esbozado por algunas teorías que aceptan alguna participación psicosomática en las dolencias, para considerar el estrés o los estados depresivos como factores que facilitan la aparición de síntomas físicos, en órganos débiles, o psíquicos, en personalidades más vulnerables. Y estos procesos hacen su aparición ante un sistema inmunológico alterado o frente a una personalidad especialmente susceptible a los influjos del medio ambiente.

El marco científico que se emplea convencionalmente no contempla la posibilidad de que factores sociales intervengan en el cáncer, bien sea en su producción, evolución y/o pronóstico, ya que se le considera como una enfermedad genética. En este marco el cáncer es la consecuencia de una serie de mutaciones en los genes, que ocasionan un crecimiento celular irrefrenable a causa de la activación de los protooncogenes y oncogenes y/o la supresión de los factores de inhibición del desarrollo de las células. Al mismo tiempo, desde este marco se postula la alteración del sistema inmune como causa del cáncer, de manera que esta enfermedad se considera un accidente evolutivo: al

aumentar la esperanza de vida en los últimos años de existencia de la especie humana en el planeta, el sistema inmunológico pierde su capacidad reguladora, lo que facilita el crecimiento de tumores o proliferaciones celulares.

Ante estos criterios, contruidos en el sistema de valores surgido en el entorno social de la cultura occidental durante los dos últimos siglos, en este texto se propone otro modelo explicativo del cáncer. La construcción histórico-social de la enfermedad a partir de la relación órgano-emoción con base en la medicina tradicional china que es, por un lado, un tipo de medicina totalitaria, fundamentalmente dialéctica y dinámica, que considera al ser como una unidad con el todo tanto. Como todas las grandes medicinas "tradicionales" considera al hombre como un "microcosmos" dentro de un "macrocosmos", ambos regidos por las mismas leyes. Por otro lado, es también una ciencia y como tal en consonancia con las teorías más modernas de la medicina, la física, la astronomía o la psicología.

La situación de la Mujer dentro de este contexto es otra parte muy importante de este trabajo, la desigualdad entre hombres y mujeres permea aún la organización de muchas de nuestras instituciones sociales. Ello ocurre así, tanto en el medio doméstico y familiar, como en diversos ámbitos públicos, lo que contribuye a reproducir su situación de desventaja. Esto forma parte de la fragmentación del pensamiento donde a la mujer se le considera diferente, extraña, porque a través de los siglos se ha perpetuado la visión de inferioridad, al no pertenecer al género dominante, el masculino.

El proceso de articulación entre lo emocional y lo corporal se trabaja en este texto a partir del tercer capítulo donde a través de la información recabada en las entrevistas semiestructuradas se comienza a estructurar la correlación entre enfermedad, afectos y emociones y como cambian el metabolismo del cuerpo, para poder comprender el proceso del sentir en el humano y en especial la negación explica los procesos sociales e histórico-culturales que hacen que lo orgánico pueda ser transformado a otro estado en su relación química. El cuerpo no es algo dado, sino es alterado por un proceso de construcción. Las normas sociales de la concepción del cuerpo son válidas en un tiempo y espacio determinados por lo que la subjetividad individual está atada a la colectiva, es decir, en el cuerpo humano influyen las representaciones de las relaciones con otros.

De acuerdo a la teoría holística, que dice que la suma de las parte no es igual al todo. Por tanto, en la Teoría de los cinco elementos, se hace necesario establecer una visión global del paciente, razón por lo cual los tratamientos establecen cambios de conducta, como un elemento primordial para que el paciente logre curarse, aparte del uso de medicamentos de origen natural (herbolaria) y la utilización de las agujas o moxas, logrando así que el paciente pueda vivir en cordial armonía con el flujo energético universal. Esta Teoría de los cinco elementos planteada por la medicina tradicional china sostiene que cada elemento tiene una relación con los órganos. Dentro de éste Teoría, los órganos encargados del buen funcionamiento del organismos son: el hígado, el corazón, el bazo, el pulmón y el riñón, los cuales esta interrelacionados entre ellos gracias a los ciclos generativos, de dominancia, de exceso en dominancia y de contradominancia que existen entre ellos, permitiendo así que se presente una adecuado flujo energético y por ende un buen estado de salud.

La acupuntura tiene como marco conceptual que una emoción o sentimiento se relaciona con un órgano y viceversa. Cuando la emoción domina se instala en un órgano, lo que permite que la persona manifieste trastornos energéticos en él. Se rompe el equilibrio que se guarda entre el órgano y la emoción; más allá de esa idea se puede ampliar el concepto y comprender que los órganos tienen una relación entre sí, es decir no son autónomos, lo que implica que el desequilibrio es energético. En caso de que se presente un estado inadecuado de flujo energético ocasionado por desacoplamiento de los ciclos, se llega a presentar un estado de enfermedad en el individuo, que nos conlleva a utilizar técnicas que permitan restablecer dichos flujos energéticos, como es el caso de la utilización de moxas y agujas.

CAPÍTULO 1. EXPLICACIÓN DEL ENTORNO SOCIAL EN LA GENERACIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

“Los presupuestos básicos de una teoría incorrecta pueden ser lo suficientemente generales como para permitir una amplia gama de acciones efectivas dentro de sus límites”.

M. Susser. División de Epidemiología de la Universidad de Columbia.

1. Contexto del mundo actual.

Son muchas las dificultades que hay que superar para acercarse al estudio de la problemática de la salud de la mujer a causa, principalmente, de la ausencia de un marco conceptual integrador que abarque una concepción adecuada del binomio salud-enfermedad. Lo que no se ha hecho todavía presente ni siquiera en el discurso médico, es la comprensión de lo que significa ser mujer y de los resultados dentro del tal contexto. Todavía se escucha decir que la enfermedad no tiene sexo. La única excepción -puesto que el hecho es innegable- es el reconocimiento de la especificidad de la salud femenina en lo que respecta a los procesos reproductivos. Se trata en este caso de una visión totalmente parcializada, que no contempla el conjunto de aspectos que constituyen la vida de la mujer; vida que está definida biológica, cultural e ideológicamente.

Comprender de qué se enferman y mueren las mujeres exige, en primer lugar, una revisión de las categorías de salud enfermedad, y segundo, la conciencia de que además de compartir con los hombres los riesgos inherentes a las condiciones materiales de un sector o clase social determinada, se ven afectadas de muy distinto modo por tales condiciones en virtud de no ser ni biológica, ni psicológica, ni socialmente iguales a los hombres.

La falta de este marco conceptual integrador tiene graves consecuencias que se manifiestan en los llamados diagnósticos de salud y en los programas institucionales que de ellos se derivan. Para poder entender como afecta el contexto cultural (social, ambiental, político, económico), a la generación del cáncer cérvico-uterino, es necesario hacer un recorrido histórico para evidenciar los elementos que han consolidado nuestra visión particular de la realidad.

Vivimos en una sociedad industrial en donde las relaciones de producción de carácter capitalista, y las desigualdades sociales se ven permanentemente naturalizadas, vivimos, en fin, en una sociedad caracterizada por plurales formas de dominación. En este sentido las contradicciones humanas se ven evidenciadas en cuestiones como en el que a pesar de la alta tecnicidad de la medicina vivimos más tiempo en enfermedad que en salud; vivimos constantemente alienados; desadaptados o mentalmente alterados; o preocupados hasta lo patológico por cosas y por valores que no tienen nada que ver con nuestra biología y con nuestro bienestar, vivimos destruyéndonos unos a otros.

El progreso de nuestra civilización ha sido basado en el desarrollo de lo racional e intelectual. La importancia del pensamiento en nuestra cultura se halla resumido en la afirmación de Descartes “cogito ergo sum” (pienso luego existo) en virtud de la cual el hombre occidental comenzó a identificar su identidad con respecto a la razón, dejando a un lado su organismo. Los efectos de esta separación del cuerpo y la mente se reflejan en todos los aspectos de nuestra cultura. Tomando como fundamento lo anterior, se ha impuesto la idea del universo como un sistema mecánico, formado de objetos aislados que a su vez, estaban reducidos a componentes básicos cuyas propiedades e interacción probablemente determinaban todos los fenómenos naturales.

Cuando los científicos reducen a una unidad íntegra en sus componentes elementales- sean estos genes, células o partículas elementales- y tratan de explicar todos los fenómenos desde el punto de vista de estos elementos, pierden la capacidad de comprender las actividades integradoras de todo el sistema. No debe sorprendernos que esta visión fragmentaria del mundo sea malsana en vista de la estrecha relación que existe entre la salud y la totalidad. El sentido de integridad y de equilibrio ha desaparecido de nuestra cultura.

Los riesgos para la salud creados por el sistema económico no sólo son el resultado del proceso de producción, sino también del consumo de muchos productos a los que se da gran publicidad para mantener la expansión económica. A fin de aumentar sus beneficios en un mercado saturado, los fabricantes tienen que producir sus bienes a un costo inferior, y una manera de hacerlo es reducir la calidad de estos productos. Para aumentar sus ganancias, los industriales añaden sustancias conservantes a los alimentos, con objeto de alargar su periodo de conservación en los almacenes;

reemplazan la sana comida orgánica con productos sintéticos, y tratan de compensar la falta de contenido nutritivo añadiendo sabores artificiales y colorantes.

El mercado ha sido inundado de miles de medicamentos superfluos que a veces sólo tienen efectos marginales y que siempre tienen efectos secundarios perjudiciales. La publicidad farmacéutica está diseñada específicamente para inducir a los médicos a recetar una cantidad cada vez mayor de fármacos, de ahí que estos medicamentos se describan como la solución ideal a una gran variedad de problemas cotidianos. Las situaciones angustiosas de la vida engendradas por causas físicas, psicológicas o sociales se presentan como enfermedades curables con tratamiento a base de fármacos.

Cuanto más estudiamos los problemas sociales de nuestra época, más nos damos cuenta de que la visión mecanicista del mundo y del sistema de valores relacionado con ella ha generado unas tecnologías, unas instituciones y unos modos de vida que son profundamente perjudiciales para la salud, (Rojas, 1990).

1.1. Paradigma cartesiano:

El cambio de valores culturales, al que también se le conoce como un cambio de paradigma, es un cambio profundo de la mentalidad, los conceptos y los valores que forman una visión particular de la realidad; dichos valores, relacionados con varias corrientes culturales Occidentales (la Revolución Científica, el Siglo de las Luces y la Revolución Industrial), incluyen el concepto del método científico como único enfoque válido para llegar al conocimiento; la idea del universo como un sistema mecánico compuesto de bloques elementales y la vida en sociedad vista como una lucha competitiva por la existencia y el crecimiento tecnológico y económico para obtener un progreso material ilimitado, (Capra, 1982).

Con base en Capra (1982) el colapso de una economía feudal, la emergencia del capitalismo a gran escala y la profunda alteración en las relaciones sociales que acompañaron a estos cambios, suministraron el contexto de la Revolución Científica en Europa Occidental. El igualar la verdad con la utilidad, o la cognición con la tecnología, fue una parte importante de este proceso general. El experimento, la cuantificación, la

predicción, y el control constituían los parámetros de una visión del mundo que no tenía ningún sentido dentro del marco del orden social y económico.

Berman (1987) mencionó que en el pensamiento occidental existen dos arquetipos de cómo se entiende la realidad; un extremo de estas dos posturas es representado por Platón quien enunciaba el racionalismo, donde se llegaba al conocimiento por medio de la razón pura; en el otro extremo se encontraba Aristóteles representando al empirismo donde a partir de generalizaciones de la información del mundo exterior se llega al conocimiento. En realidad, no existe ningún choque entre el racionalismo y el empirismo, ambos buscan las formas subyacentes de los fenómenos observados, los cuales siempre se expresan en términos teológicos; ésta metafísica se preservó hasta la Edad Media la cual poseía un gran simbolismo, las cosas jamás eran simplemente lo que eran, sino siempre llevaban corporalizadas en sí un principio no material visto como la esencia de su realidad.

Con base en Capra (1982), en la visión del mundo medieval el hombre está al centro del universo, que a su vez, está cercado en su esfera más externa por Dios, por lo que todo se mueve y existe de acuerdo a un objetivo divino. Todo menos Dios está en proceso de llegar a ser, el que todo tenga un propósito lo hace significativo. El tiempo es cíclico, estático. Las estaciones y los eventos de la vida se seguían unos a otros con una cómoda regularidad. La naturaleza es entendida por medio de lo concreto y cualitativo. La naturaleza es viva, orgánica, la observamos y hacemos deducciones de principios generales. En la Edad Media el significado estaba asegurado política y religiosamente. La Iglesia era la última referencia cuando se buscaba la explicación a un fenómeno. La justicia y el poder político eran administrados en términos de lealtad y apego.

Entre 1550 y 1700 se produjo un cambio radical en la mentalidad de las personas y en la idea que éstas tenían acerca de las cosas. La nueva mentalidad y la nueva percepción del mundo dieron a nuestra civilización occidental los rasgos que caracterizan la era moderna y se convirtieron en las bases del paradigma que ha dominado nuestra cultura durante los últimos trescientos años. La visión del universo como algo orgánico, vivo y espiritual fue reemplazada por la concepción de un mundo similar a una máquina. Se produjo la Revolución Comercial, consistente en una serie de acontecimientos que

aplastaron el sistema feudal y establecieron el modo de producción capitalista en Europa Occidental, (Capra, 1982).

Bajo la presión de los cambios técnicos y económicos acaecidos en el siglo XVI, la búsqueda de Dios o la armonía del mundo comenzaron a parecer cada vez más como un proyecto un tanto pintoresco. En 1600 la idea de que Dios no podía ser conjurado y que las ceremonias rituales no podían tener eficacia material, estaban ganando terreno. La idea de que los objetos físicos tenían Mente, o mana tras ellos y que podían ser alterados por procedimientos exorcistas o alquímicos, comenzó a ser seriamente atenuada. La noción de una ciencia libre de valores era parte de una campaña política y religiosa para crear un orden social y eclesiástico estable a lo largo de toda Europa. Lo que la ciencia moderna llegó a considerar verdades abstractas, como la separación radical entre la materia y el espíritu, o la mente y el cuerpo, fueron centrales para ésta campaña. El éxito de la visión del mundo mecánica no puede ser atribuido a la validez inherente que pudiera poseer, sino que (parcialmente) al poderoso ataque político y religioso hecho a la tradición hermética por las élites europeas reinantes, (Berman 1987).

Los valores puritanos de la competitividad, el orden y el auto-control llegaron para tipificar un mundo que previamente había considerado tal conducta aberrante. El modo de pensamiento, sentimiento y represión que ellos deseaban imponer era totalmente antinatural. Hoy día tenemos que vivir con las consecuencias de su éxito, y considerarlo junto a la visión mecánica del mundo, como algo normal. Lo que finalmente se creó mediante el cambio del animismo al mecanicismo no fue meramente una nueva ciencia, sino que una nueva personalidad que debía ir junto a ella.

La Revolución Científica comienza con Nicolás Copérnico a partir de este momento, el mundo ya no fue considerado el centro del universo sino un planeta más. La herencia de Copérnico fue recogida por Johannes Kepler quien con sus leyes sobre el movimiento planetario, que confirmaron ulteriormente el sistema ideado por Copérnico. De acuerdo con Capra (1982) la parte desempeñada por Galileo en la Revolución Científica va más allá de sus éxitos en el campo de la astronomía, fue el primero en utilizar la experimentación científica junto con el lenguaje matemático para formular las leyes naturales que descubrió. La estrategia de Galileo- dirigir el interés del científico a las propiedades cuantificables de la materia- ha tenido gran éxito en la ciencia moderna

pero, por otro lado, también le ha inflingido graves pérdidas. Galileo abstraigo los elementos y los adaptó a condiciones de laboratorio; representó el final en el desarrollo de la nueva conciencia, en donde la noción de que la naturaleza está viva es un obstáculo, porque al considerarla de este modo nos tornamos impotentes para controlarla y por lo tanto jamás podremos llegar a conocerla.

Según Capra (1982), mientras que en Italia Galileo ideaba sus ingeniosos experimentos, en Inglaterra Francis Bacon exponía sus teorías sobre el método empírico. Bacon ve los fundamentos del conocimiento en los datos sensoriales, la experimentación y las artes mecánicas; para él el concepto de experimento, es una situación artificial en que los secretos de la naturaleza, son extraídos bajo apremio, por lo tanto, el conocimiento de la naturaleza surge de condiciones artificiales, en donde se espera que los resultados se desprendan de los datos por su propio peso lo cual en la práctica nunca resulta. La acumulación de tablas de datos y las generalizaciones a partir de ellas se convirtió en el método.

Continuando con la historia a Descartes se le suele considerar el fundador de la filosofía moderna, creó un método que le permitiría construir toda una ciencia de la naturaleza de la que podía estar totalmente seguro; una ciencia que como la matemática, se apoyaría en ciertos principios básicos evidentes. El método del pensamiento cartesiano y su visión de la naturaleza han influido en todas las ramas de la ciencia moderna y pueden seguir utilizándose siempre y cuando se admitan sus limitaciones. Aceptar la visión de Descartes como la verdad absoluta y su método como una manera válida de lograr el conocimiento ha sido una de las principales causas de nuestro desequilibrio cultural (Berman, 1987). Descartes creía que la clave del universo se hallaba en su estructura matemática; la ciencia era sinónimo de matemáticas, ya que era el lenguaje de la naturaleza. El método cartesiano tenía como meta llegar a la verdad científica, la clave de este método se halla en la duda radical; pone en duda todo aquello de lo que sea posible dudar, hasta llegar a un punto sobre el cual no cabe albergar ninguna duda; de este principio deduce que la esencia de la naturaleza humana se halla en el pensamiento. Afirmó que el concepto de cuerpo no incluye nada que pertenezca a la mente y el concepto de mente nada que pertenezca al cuerpo. La distinción que Descartes hizo entre la mente y el cuerpo ha calado hondo en la civilización occidental aislados dentro de nuestro cuerpo; nos ha hecho conceder más valor al trabajo

intelectual que al manual. En los últimos tres siglos esta división ha ido penetrado profundamente en la mente humana.

De acuerdo con Berman (1987) el método cartesiano es analítico, esto es, consiste en dividir los pensamientos y problemas en cuantas partes sea posible y luego disponerlos según un orden lógico. El racionalismo se ha convertido en una característica esencial del pensamiento científico moderno y ha demostrado su utilidad en el desarrollo de teorías científicas y en la realización de proyectos tecnológicos extremadamente complejos. Toda la elaboración de la ciencia mecanicista que tuvo lugar entre el siglo XIX- incluida la grandiosa síntesis newtoniana- fue sólo una evolución de la idea cartesiana. En la ciencia del siglo XVII existían dos tendencias opuestas: el método empírico e inductivo propuesto por Bacon y el método racional y deductivo representado por Descartes. Newton combinó las dos tendencias en una sola y desarrolló la metodología que ha sido la base de las ciencias naturales desde entonces. Newton desarrolló toda una fórmula matemática del concepto mecanicista de la naturaleza y con ella sintetizó magníficamente las obras de Copérnico y de Kepler, y también las de Bacon, Galileo y Descartes. La física newtoniana estableció una teoría matemática del mundo que se convirtió en la base del pensamiento científico hasta mediados del siglo XX. Newton utilizó su nuevo método matemático para formular las leyes exactas del movimiento para todos los cuerpos en los que influye la fuerza de gravedad, que por el hecho de ser válidas para todos dentro del sistema solar parecían confirmar la visión cartesiana de la naturaleza. El universo newtoniano era, en efecto, un enorme sistema mecánico regido por las leyes matemáticas exactas.

El movimiento de las partículas era engendrado por la fuerza de gravedad. El universo era atomístico: estando la tierra y el sol compuestos por átomos estos se comportaban igual que otro par de átomos, por lo tanto los objetos más grandes y los más pequeños eran vistos como obedeciendo las mismas leyes. La lógica de la ciencia también tenía una lógica histórica. Fue la Revolución Industrial la que hizo que la Revolución Científica fuera reconocida en su verdadera magnitud. El paradigma cartesiano o tecnológico es, la igualdad de la verdad con la utilidad. La gente podía considerar el punto vista mecánico del mundo como la verdadera filosofía sin sentirse obligado a transformar el mundo de acuerdo con sus dictámenes.

Con base en Capra (1982) para captar el significado de la Revolución Científica en la historia de Occidente debemos considerar el medio social y económico que sirviera para sustentar este modo de pensar; el quiebre de la economía feudal y la oposición de la nueva burguesía a las prácticas monopólicas de la corona. Las fuerzas que triunfaron en la segunda mitad del siglo XVII fueron las de la ideología burguesa y del capitalismo. Para estos grupos la idea de la materia viviente no constituía tan sólo una herejía, sino que también era un inconveniente desde el punto de vista económico. Una tierra inanimada rompe el delicado equilibrio ecológico que se mantenía en la tradición alquímica, pero si la naturaleza es algo muerto no hay restricciones para explotarla en beneficio propio. El triunfo del punto de vista puritano de la vida, que junto con la energía sexual reprimida y su sublimación en un trabajo brutalizador, ayudaron a crear la personalidad de nuestro tiempo, una personalidad que es dócil y subyugada ante la autoridad, pero ferozmente agresiva ante los competidores y los subordinados.

1.2. Situación ecológica.

El exceso de la población y la tecnología industrial han contribuido a en algunos aspectos a la gran degradación del entorno natural, del que dependemos totalmente para vivir. La tecnología creada por los seres humanos está alterando y transformando los procesos ecológicos que sustentan nuestro sistema natural y que son la base misma de nuestra existencia. El envenenamiento del agua y del aire por los desechos químicos tóxicos, es un ejemplo de esto, enormes cantidades de desechos químicos peligrosos son resultado de los efectos combinados del crecimiento tecnológico y económico.

Obsesionados por la expansión, por el incremento de las ganancias y por el aumento de la productividad, los países industrializados han creado una sociedad de consumidores competitivos a quienes se les ha inducido a comprar, usar y tirar cada vez más productos de utilidad marginal. Mientras el consumo y la producción seguían este ritmo acelerado y frenético, no se crearon tecnologías adecuadas para resolver el problema de los residuos superfluos, ya que el necesario tratamiento y recuperación de los residuos no les traía beneficio alguno. A la larga, los problemas generados por los desechos químicos sólo podrán resolverse si se logra reducir al mínimo la producción de sustancias peligrosas, lo que supone un cambio radical en nuestras actitudes como productores y como consumidores.

El consumo excesivo y el fuerte énfasis que ponemos en la alta tecnología no sólo crean cantidades masivas de desechos, sino que también requieren enormes cantidades de energía. La energía no renovable derivada de los combustibles orgánicos impulsa la mayoría de nuestros procesos de producción, y con el agotamiento de esos recursos naturales la energía misma se ha convertido en recurso escaso y caro.

La producción de energía a través del carbón es aún más peligrosa y más contaminante que la producción de energía con petróleo. La minería subterránea perjudica gravemente la salud de los mineros, y la explotación de minas a cielo abierto trae consecuencias muy evidentes para el ambiente, pues las minas suelen abandonarse una vez agotado el carbón, dejando atrás inmensas zonas de terrenos devastados. Las fábricas que utilizan este procedimiento emiten grandes cantidades de humo, cenizas gases y varios compuestos orgánicos, muchos de ellos son tóxicos o carcinógenos. Cuando la lluvia ácida cae en un lago mata peces, insectos, plantas y otras formas de vida; los lagos acaban por desaparecer completamente a causa de una acidez que ya no pueden neutralizar. Las centrales nucleares y las instalaciones militares liberan sustancias radiactivas que contaminan el medio ambiente, afectando de esta manera a todos los organismos vivientes. Cada reactor produce anualmente toneladas de desechos radiactivos que mantienen su toxicidad durante miles de años, (Berman, 1987).

Cuando los agricultores sustituyeron los productos orgánicos por productos sintéticos se creó un vasto mercado para las compañías petroleras. El uso masivo de pesticidas y de fertilizantes químicos ha cambiado toda la estructura de la agricultura y la ganadería. Con base en Berman (1987), el monocultivo tuvo como resultado la inmensa pérdida de la variedad genética en los campos y un alto riesgo de que enormes extensiones de terreno fueran destruidas por un solo insecto. Con al nuevas sustancias químicas, la agricultura se hizo más mecanizada y más dependiente de un gran uso de energía; las segadoras, las alimentadoras, las regadoras automatizadas reemplazaron la mano de obra, realizando trabajos que antes habían hecho millones de personas. Aunado a esto el sistema industrializado trata a la materia viva como una sustancia muerta y usa a los animales como máquinas, encerrados en corrales y jaulas. Se ha comprobado que los efectos a largo plazo de una quimioterapia excesiva en la agricultura han sido desastrosos para la salud de la tierra y de las personas, y para todo el ecosistema del planeta. Una de las principales justificaciones de este cambio en la agricultura arguye

que la nueva tecnología agrícola es necesaria para alimentar a los hambrientos del mundo. Sin embargo, el hambre en el mundo no es en absoluto un problema técnico, sino un problema político y social. La cantidad de comida producida actualmente es el mundo es suficiente para proporcionar una dieta adecuada a millones de personas, más del doble de la población mundial actual. Así pues, las empresas agrícolas destruyen los terrenos de los que depende nuestra existencia, perpetúan la injusticia social y el hambre en el mundo, y amenazan gravemente el equilibrio ecológico mundial.

Todo lo anterior nos sitúa en un panorama donde el medio ambiente se encuentra sobreexplotado, ignorado como un ecosistema vivo y es visto únicamente como una herramienta para el enriquecimiento de unos pocos. Bajo estas condiciones no se toman las medidas necesarias para la regulación de la explotación y la contaminación del planeta incrementa constantemente, ya que detener la obtención de materia prima como se ha hecho hasta ahora equivaldría a pérdidas económicas inmediatas. Nosotros sufrimos las consecuencias, al agotarse y corromper los recursos naturales somos susceptibles a problemas de salud.

1.3. Condición de la mujer.

Mucho se ha hablado del papel que ha tenido la mujer a lo largo de la historia y cómo se ha desarrollado la condición social de su sexo. Esta discusión ha sido abordada por distintas disciplinas, partiendo de ópticas, marcos conceptuales y metodologías distintas.

Los trabajos realizados por algunos biólogos (Darwin, Wilson, Morris y Barash, entre otros) parten de una visión parcial del problema, ya que sólo han considerado las hormonas, los genes, la adecuación y la sobrevivencia, y se han olvidado de la historia, la ideología, la cultura, la economía, la moral y la espiritualidad, procesos específicamente humanos que han determinado el significado de ser mujer y de ser hombre. Con el título de científicidad estas propuestas refuerzan la idea de que existe un orden natural que decreta las tareas y conductas femeninas y masculinas, y que existen procesos biológicos que lo explican. Ello lleva a creer que la condición de los sexos, al ser natural, es eterna o, en el mejor de los casos, sólo puede cambiarse a través

de periodos largos de tiempo siguiendo el proceso evolutivo que le dio origen, (López, 1998).

Los trabajos antes mencionados caen dentro de la corriente reduccionista, según la cual hay mecanismos mínimos que regulan y explican todo y suponen que la vida humana se reduce a procesos biológicos. No consideran que en la especie humana operan procesos únicos que la diferencian de las demás especies animales (la conciencia, la generación de ideas y conceptos, el trabajo, el lenguaje, la transmisión de conocimientos, la herencia cultural, entre otros), por lo tanto, no son válidas las comparaciones simplistas entre animales y humanos ya que, en estos últimos, interactúan elementos históricos y culturales que van más allá de la herencia biológica.

Un ejemplo de esto se da cuando el modelo corporal de sexo único e indiferenciado (dominante en el pensamiento sobre la diferencia sexual desde la antigüedad hasta el siglo XVII) fue considerado y se insistió en diferencias fundamentales entre los sexos masculino y femenino, se realizaron investigaciones anatómicas para evidenciar distinciones corporales extremadamente marcadas entre hombres y mujeres. Entonces, los médicos se declararon capacitados para identificar características esenciales de la mujer, las cuales servían para distinguirlas de los hombres, dando lugar a un proceso de naturalización de la cultura, (López, 1998).

De acuerdo con López (1998) el estigma de las características fenotípicas y genéticas de la mujer sirvió para justificar su inferioridad. En la tradición galénica, los órganos sexuales femeninos eran entendidos como inversión de los masculinos. Esta descripción coloca a la mujer en una situación de desventaja a priori, porque la connotación de esta comparación anatómica supone la existencia de un modelo sexual que abarca dos géneros y en consecuencia, el dominio de un género sobre el otro. No hay fundamento científico en la biología para afirmar la existencia de una base biológica, que haga necesario adjudicar ciertas tareas y conductas a uno u otro sexo. En el género humano lo biológico no conduce a jerarquías y no existen explicaciones que comprueben lo contrario.

Desde nuestra perspectiva, la condición social de los sexos es un fenómeno muy complejo que comprende aspectos biológicos, sociales, psicológicos, etc.; por lo tanto,

para profundizar la discusión es necesario considerar estos elementos en su conjunto y no aisladamente, es decir, analizando los vínculos y la relación que han tenido y tienen en distintos sentidos. Esta discusión requiere de análisis concretos que rebasen explicaciones parciales, las cuales si bien pueden no ser falsas, son insuficientes.

En este contexto lo biológico deja de ser irremediable, deja de ser la limitante insalvable, se transforma en un elemento entre otros que conforma una realidad transformable. Por otra parte, es insuficiente sólo hablar de la mujer; es necesario analizar la conducta masculina es sus perfiles realistas. La condición del hombre no es mejor que la de la mujer, ni la lucha por la igualdad debe reconocer como modelo a éste. La ideología dominante oculta la realidad del hombre como oprimido; lo hace prisionero de una patología machista que cubre un campo mucho más amplio del de la directa relación con las mujeres.

Si algún rasgo constante hay en la vida de las mujeres de todos siglos y de todas las clases es el sometimiento, cuyas características justificadoras variaron en el tiempo: la ciencia médica concebía a la mujer como un ser débil sometido a las negligencias biológicas propias de su sexo, ésta visión justificó la reclusión de la mujer en el espacio doméstico. A mediados del siglo XIX, el discurso de la ilustración francesa designó una función social a la mujer, entonces la justificación del sometimiento femenino cambió; el planteamiento descalificador acerca de la evidencia biológica de la supuesta inferioridad intelectual femenina, y la consecuente exclusión de la vida pública, se le otorgó a la mujer un papel casi sublime; recibió el trono y el cetro del hogar, y tanto intelectuales como legos la nombraron la reina o el ama casa, (López, 1998).

La regulación eclesiástica del matrimonio, cuyos artículos demandaban el cumplimiento diferenciado de ciertos compromisos y obligaciones a los cónyuges; el imaginario que de lo femenino mostraban la poesía y los personajes femeninos de los cuentos e historias; los consejos ofrecidos por las mujeres en la literatura popular y la función reproductiva, constituían la variedad de vías por las cuales los intelectuales y políticos reforzaban el estereotipo de la mujer abnegada, dulce, buena madre y esposa comprensiva, cuyo comportamiento honraba al marido. Los hombres del siglo XIX tenían un imaginario sobre la mujer relacionado con el amor y el romanticismo. La mujer era personificación del amor en la tierra, los ideales religiosos y amorosos que se

conjugaban para buscar en ella la abnegación, el servicio a los demás y la resignación silenciosa ante el dolor, el sufrimiento y los malos tratos. Había una imagen de mujer ángel, de mujer demonio y la posibilidad de redimir a la mujer perdida.

De acuerdo con Oliva López (1998), el orden social en el México del siglo XIX es patrilineal. Tanto el nombre como los bienes materiales, y también los inmateriales, como el honor y el status social, se transmiten a través del padre. La garantía de la virilidad de un hombre y la confianza en que su descendencia le pertenecía sin lugar a dudas reside en la virginidad de su novia y en la fidelidad de su esposa. El imaginario femenino se llegó a interiorizar de una forma tan homogénea que las propias mujeres, a pesar de vivir las consecuencias de éste, se transformaron en las transmisoras de los valores impuestos y reprodujeron el sistema social que las determinaba.

Con base en lo revisado en López (1998), el matrimonio era el marco social adecuado moralmente para la reproducción de la vida y la única forma lícita de tener relaciones sexuales. La educación de las mujeres mexicanas en el siglo XIX era muy pobre, únicamente se les enseñaba a las mujeres de clase alta a leer, escribir, contar y coser. A las pobres se les enseñaba a ser sirvientas o buenas esposas para los hombres del pueblo. Según los intelectuales del siglo XIX, la educación de las mujeres de la clase alta constituía una preocupación porque eran las transmisoras de los valores sociales y morales que coadyuvarían al progreso de la nación mexicana. El imaginario social de lo femenino y la duda eterna del pecado original, según la visión judeo-cristiana fortaleció la idea de la mujer nerviosa, débil y mentirosa, que colocó a ésta en una suerte de eterna enferma, incapaz de ser dueña de su cuerpo y de su sentir.

Los médicos contribuyeron, desde su función de reguladores sociales, a reforzar la práctica de confinar a las mujeres, especialmente a las casadas, al espacio doméstico para que pudieran cumplir con uno de los papeles más importantes de su género: la procreación. La interpretación que los médicos formulaban de los padecimientos presentados por las mujeres reforzó su imagen como ser débil, dependiente y presa de su biología. A las enfermedades del útero se les imputó una etiología moral, es decir, los médicos supusieron que los excesos en el placer, tales como comer, beber, el coito y el onanismo, ocasionaban desajustes en el organismo. Por tal razón, la conducta sexual se debía regular a través de ciertas rutinas socialmente construidas para conservar la salud

y mantener la estabilidad social. Los médicos siguieron estigmatizando a las mujeres por la supuesta flaqueza y liviandad de su carácter, que las hacía víctimas de su sexualidad. El ejercicio de la sexualidad femenina estaba reglamentado desde los órdenes moral, legal y científico. Desde la lógica de la moral decimonónica, el asunto de la sexualidad masculina era más complejo. A los hombres, a diferencia de las mujeres, les estaba permitido experimentar placer en el coito, pero éste debía ser practicado entre heterosexuales. Además, los médicos estipularon que la penetración únicamente podía ser vaginal. Esta regla nos reafirma la aseveración de que la sexualidad tenía fines de reproducción, aunque en el caso de los hombres, el placer estaba incluido, (López, 1998).

Los médicos de finales del siglo XIX aseguraban que la mayoría de las mujeres, particularmente las jóvenes, presentaban en su conducta rasgos histéricos como consecuencia del funcionamiento bioquímico inherente a la condición femenina. Otras veces las reportaban como moralmente frágiles y de espíritu pusilánime. Los e incluso las mujeres, promovían no sólo la castidad, sino también la insensibilidad entre las jóvenes como muestra de su decencia. El placer sólo lo podían experimentar las mujeres galantes, de cascos ligeros o las mujeres de la vida alegre, adjetivos usuales para nombrar a las mujeres prostitutas.

Con base en López (1998) la mentira es considerada como un rasgo inherente a todas las mujeres, sin distinción de clase, raza, estado civil o edad. La imagen de la mujer como un ser mentiroso se convirtió en el eje del discurso acerca de lo femenino. La mujer perdió el derecho a la credibilidad de su sentir corporal, pues los médicos se empeñaron en protegerse de la mentira femenina. El cuidarse de la mentira de las mujeres era un tema que formaba parte de las cátedras de los médicos más prominentes. La ideología es un proceso de legitimación de ciertas construcciones sociales; en este periodo que hemos venido estudiando las mujeres fueron excluidas de la vida pública porque se dudó de su capacidad intelectual y moral

Todo lo anterior forma parte de nuestra historia y deja en claro que los modos de percibir la realidad no han cambiado tan radicalmente como se enuncia en los discursos democratistas, ya que el imaginario social presente en nosotros sigue conservando los rasgos principales impuestos en el siglo XIX. Por lo tanto, es necesario ubicar la

problemática desde la perspectiva histórica de las mujeres, en donde se nos ha relegado a la maternidad (entendida ésta como la capacidad de dar afecto), como mediadora de los efectos en la familia y, por tales razones, como una persona que reacciona ante los hechos, principalmente en forma más emotiva que reflexiva.

La mujer nunca ha dejado de colaborar en los llamados procesos de desarrollo; el problema es que tal colaboración no se ha hecho visible, pues los indicadores utilizados para medir las actividades económicas no son capaces de contabilizar su trabajo. La creciente participación de la mujer mexicana en las actividades económicas a lo largo de las últimas décadas ha rebasado incluso los índices de crecimiento de población.

El perfil de las mujeres en cuanto a su ubicación en los diferentes niveles de educación formal sigue siendo cualitativamente el mismo que en años pasados y está definido sobre todo por la feminización de ciertas carreras, cuyo objetivo es el de una rápida incorporación al mercado de trabajo. El carácter específico de la educación a que tienen acceso las mujeres produce además fuertes repercusiones en sus vidas, y está íntimamente relacionado con sus niveles de salud incluyendo toda el área correspondiente a su salud reproductiva, (Turbet, 1991)

Con base en Turbet (1991) las características del trabajo femenino incluyen los siguientes elementos distintivos: invisibilidad, dado que el trabajo de la mujer representa prácticamente la totalidad de actividades que realiza en su vida diaria; participación mayoritaria en sectores no formales, en el sector de servicios, principalmente en aquellos niveles de menor salario y estatus social; circunscripción en el terreno laboral al tipo de acciones consideradas tradicionalmente femeninas, en otras palabras, las mismas que realiza en el ámbito doméstico; eventualidad e intermitencia; doble jornada de trabajo; evasión en el cumplimiento de las leyes laborales, según las cuales se debe pagar igual salario por igual trabajo; acceso único o preferente a trabajos cuyo salario se considera complementario y no suficiente en el caso de que se trate de un jefe de familia.

Nos encontramos ante la realidad de una mujer que tiene que asumir multiplicidad de funciones incluyendo las responsabilidades domésticas, lo que conlleva un desgaste y deterioro fuerte en su salud. De esto se desprende que las amas de casa se caracterizan

por ser personas con escasas o nulas relaciones sociales, dedicada a un trabajo realizado en solitario y al margen de otras trabajadoras similares, aisladas en su hábitat cotidiano y no frecuentadoras de lugares de encuentro ni esparcimiento en general, por lo que no poseen otra fuente de gratificación alternativa y quedan en situación de mayor vulnerabilidad para los trastornos emocionales.

La categoría de ama de casa engloba a la mayoría de las mujeres, por un lado las que reducen su actividad al ámbito estrictamente doméstico y por otro lado aquellas que se han incorporado al trabajo productivo remunerado (proletarización), ambas siguen sin poderse desprender de la preocupación por la familia. En este contexto la mujer es atrapada por una dinámica familiar que la mantiene ocupada fuera de sí y la convierte en un ser para otros (Rivas, 2003).

Aunado a esto se encuentra la violencia, y en especial la violencia sexual hacia las mujeres, que es un problema ante el cual no existen respuestas sociales, ni siquiera medianamente satisfactorias. Además se reproduce en todos los ámbitos, en el doméstico, el laboral y la vía pública, y hay fuertes razones para pensar que se incrementa en épocas de crisis. En el caso de la mayor parte de violaciones a niñas en las áreas urbanas, el agresor es un miembro de la familia. La frecuencia de las denuncias de violaciones es mínima porque implican someterse a un proceso continuo de vejaciones, que se convierten en violaciones subsecuentes, y que empeoran aún más el estado de desequilibrio psicológico de las mujeres agredidas.

La opresión que se ejerce sobre las mujeres impide el libre ejercicio de la sexualidad, expropiando sus cuerpos y deseos, y confiriéndole a las mujeres un lugar exclusivo, es el de objeto del deseo del otro, lo cual les impide estar en una capacidad de elección. El cuerpo sexuado de las mujeres no es un dato diferente para el campo de la salud. Así como el discurso médico nombra la sexualidad femenina para la procreación o para la enfermedad. Los métodos de enseñanza hostiles al tema sexual influyen, asimismo, sobre las expectativas de comportamiento de papeles sexuales. Muchas mujeres están inhibidas por la angustia, en su propia actividad, tras haberseles inculcando que son congénitamente pasivas y dispuestas a la entrega, (Marín, 2003).

La mujer contemporánea, a la que no se imponen ya límites tan estrecho, y que ha de rivalizar con hombres en la vida profesional, está sometida, por tanto, a crisis de identidad, ya que el ideal de la feminidad predominantemente pasivo antes existente, resulta difícil de armonizar con la equiparación a la que ella aspira y con las elevadas exigencias que plantea nuestra sociedad, basada en el rendimiento.

Los discursos y prácticas sobre los cuerpos femeninos son en este momento el espacio donde se materializan las políticas y prácticas regulatorias más importantes de nuestra sociedad; se convierte entonces, en el espacio donde está la posibilidad de libertad más fundamental. Cuando las mujeres se sientan por fin libres de la demanda subjetiva de ser madres, o del mandato religioso/médico que dicta los límites para su placer sexual, se dará un verdadero cambio en la estructura social.

1.3.1. Género y salud.

Asumir que la salud es un producto social no resulta, pues, suficiente, si no se evidencia y saca a la luz la modalidad particular de situaciones en que las mujeres viven, tomando en cuenta, sobre todo, su doble participación en el ámbito económico-social: como reproductora de la mano de obra, al tiempo que productora de bienes y servicios, en francas condiciones discriminatorias. El fenómeno llamado de somatización, al que las mujeres recurren tan frecuentemente, no es más que el modo de hacer visible un trastorno que de otra manera no sería reconocido oficialmente como tal. No deja de ser ilustrativo que sean precisamente las mujeres quienes acuden con mayor frecuencia a los servicios médicos de salud mental.

La salud está íntimamente relacionada con las condiciones de vida de una población. Estas condiciones varían de acuerdo con la clase social de pertenencia, y ésta a su vez se define fundamentalmente por la inserción de los individuos al aparato productivo. La crisis económica que viven hoy muchos países, entre ellos el nuestro, no hace sino agravar las condiciones de salud de las mujeres, pues además de empeorar la situación estructural general en que vive, restringe su acceso a posibles medios de superación. Hay tres grupos que aparecen como particularmente vulnerables al riesgo en su salud: se trata de las mujeres campesinas, de las que viven en sectores marginados en las grandes ciudades y las obreras de ciertos ramos de la producción.

Siendo la mortalidad un reflejo de las condiciones de vida, es lógico que haya diferencias entre las causas que se registran para el caso de las mujeres y para el de los hombres. Las cifras demuestran además de las diferencias entre ambos sexos en lo que concierne a sus condiciones de vida, la diversidad de estas últimas en el conjunto heterogéneo de la población. Así, las enfermedades cardiovasculares, proporcionalmente más frecuentes en sociedades desarrolladas, se combinan con trastornos respiratorios e intestinales, resultantes de los factores característicos de la pobreza. Muchas muertes maternas así como las producidas por cánceres caen en el rubro de muertes evitables, (Meneses y Morian, 1999).

El acceso de las mujeres a los servicios médicos prenatales no puede concebirse nada más en términos geográficos. El hospital de la Mujer, ubicado en la propia ciudad de México, reporta que el 80% de las mujeres que acudió a tener ahí su parto. No había tenido ninguna consulta prenatal, (Alcaráz, 2004).

Los más altos niveles de desnutrición en las mujeres son, producto de su condición femenina. Una niña, hija de madre desnutrida, va acumulando durante la vida su propia desnutrición que se acentúa con la menstruación, la lactancia de los hijos, etc., todo ello agravado por las pautas culturales que la ubican en el último lugar de preferencia en la distribución de alimentos cuando estos son escasos. La complicidad entre la mala nutrición y la vulnerabilidad a las infecciones es reconocida en las mujeres, las probabilidades infecciosas aumentan tanto por ciertos procesos biológicos como por las pautas culturales a que están sujetas.

A fines de los años cincuenta y principios de los ochenta, cuando la tasa de fertilidad en América Latina era especialmente elevada, se iniciaron muchos programas de planificación familiar. Se ofrecían a las mujeres varios métodos para prevenir los embarazos, y debido a que todos requerían un examen ginecológico, se consideró apropiado aprovechar la oportunidad para tomar una muestra del cuello del útero y hacer un Papanicolaou a fin de detectar cambios precursores o cáncer. Se invirtieron grandes sumas de dinero en la construcción de laboratorios de citología, en la capacitación técnica del personal y en campañas para informar a las mujeres sobre la necesidad de hacerse un Papanicolaou cada año desde el inicio de su vida sexual (Robles, 2002).

Las mujeres campesinas y las que viven en zonas marginadas de los grandes conglomerados metropolitanos del país no tienen acceso a los servicios de planificación familiar. Además existen cuestiones que inciden negativamente sobre la necesidad de planificación como es el valor adjudicado socialmente a la maternidad y la paternidad, o bien el valor económico y de seguridad asociado a una fecundidad abundante y su manejo requiere de una gran capacidad por parte del personal de salud.

Con respecto a la relación médico-paciente, entre ambos se establece sin duda una dinámica de poder y dependencia que se agudiza cuando aquél es hombre y ésta es mujer. Es una queja generalizada por parte de las mujeres la de que los médicos no les brindan la información que ellas necesitan, información que no se atreven a preguntar por miedo a que él se enoje o la tome como tonta. El no ser bien tratada es otro argumento manejado para no asistir a consultas perinatales o de planificación familiar. Las mujeres hablan no acudiendo a las consultas más que cuando ya no queda más remedio. Ello deja de lado cualquier tipo de medida preventiva.

Uno de los problemas más controversiales dentro del área de la salud reproductiva de la mujer, es el aborto provocado. Se ha insistido en el hecho de que en México se produce un número impresionante de abortos, al grado de constituir éste un grave problema dentro de la salud pública. En él se involucran elementos de tipo religioso, jurídico y de salud. Nuestras leyes lo permiten en caso de que el embarazo sea producto de una violación, o de que se ponga en riesgo la vida de la madre, incluso en algunos estados de la República como el Distrito Federal se han ampliado las causales del aborto. El problema es que no se cumple: la legalización es sólo un paliativo, no soluciona el porque las mujeres sufren en su cuerpo la imposición.

Otro tipo de enfermedades que sufren las mujeres es el que se relaciona con su actividad económica y con las condiciones en que ésta se desarrolla. Afecciones en la columna vertebral por el mantenimiento de posturas inadecuadas, o en los ojos, son características de ciertos gremios mayoritariamente de mujeres como es el del vestido. Son también factores de alto riesgo las exposiciones alternadas a altas y bajas temperaturas, al manejo de material pesado y de ciertos instrumentos o herramientas, y al contacto con sustancias químicas o radiaciones de diferente tipo.

Las mujeres no están exentas del consumo de drogas, ni del alcoholismo y tabaquismo. Este último ha aumentado en la población femenina principalmente joven. Las mujeres sufren desproporcionadamente del tratamiento a base de fármacos, ellas toman el 60% de las drogas recetadas y más del 70% de todos los antidrepsivos.

El discurso y la práctica médica se fundaron en nuestro país, en cierto sentido, ignorantes de la fisiología del cuerpo femenino, y sordos respecto a lo que las mujeres tenían que decir sobre sus malestares y enfermedades, esto tenía que ver con un proceso histórico y un contexto social que sólo tiene sentido cuando se puede apreciar desde el horizonte temporal. La ciencia médica contribuyó, de manera directa y contundente, a definir la posición social de cada uno de los sexos a partir de la reglamentación del uso del cuerpo, (López, 1998) porque los modos de vida impropios derivan en enfermedades y, por consiguiente, eran generadores de desorden social. La regularización del cuerpo de las mujeres, así como su comportamiento y educación, tuvo un objetivo: la recomposición social. Las ganancias sociales de este control eran las siguientes: reproducir la fuerza de trabajo necesaria para lograr un desarrollo económico, fortalecer la estructura de poder patriarcal en el momento de heredar a los hijos legítimos y, finalmente, asegurar la educación de un tipo ideal de ciudadano según las creencias del Estado. La gran mayoría de los médicos cuyas prácticas estaban destinadas a las mujeres, nunca habían auscultado un cuerpo femenino. Otros ni siquiera habían visto un parto. Esto fue el resultado no sólo del desconocimiento acumulado a lo largo de la historia de la medicina, que data de los egipcios, los griegos y los cristianos; también fue el reflejo de las ideas humorales asociadas a los cuerpos de las mujeres. Bajo esta conceptualización habitaba el temor al contagio a partir del contacto con los fluidos y la humedad del cuerpo femenino. Todas las mujeres sin importar estrato social, eran clasificadas por su temperamento o humor.

Según López (1998) a partir de la laicización del control del cuerpo la vida de los individuos comenzó a ser regulada por la medicina. Sin embargo, siguieron repitiendo los mismos estereotipos de la moral católica. A finales del siglo XIX el modelo mariano sustituyó el discurso de la debilidad biológica de las mujeres, el cual a su vez había sustituido el discurso demoníaco acerca de la sexualidad femenina. La concepción mecánica acerca del funcionamiento del cuerpo colocó al médico en el papel de un mecánico cuyo trabajo requería diversos elementos: un conocimiento del

funcionamiento de cada sistema del cuerpo humano, y disponer de las herramientas necesarias para la reactivación del funcionamiento corporal, en caso de una falla. Además de funcionales, los instrumentos debían ofrecer cierta comodidad al médico. Desde ésta lógica mecanicista se comprende porque todo el instrumental quirúrgico (mesa de auscultación, fórceps, especulum) utilizado durante los partos estaba hecho pensando en la comodidad del médico para facilitar su labor. Incluso la propia posición en decúbito de las mujeres a la hora de parir corresponde a esta comodidad del médico. Ésta incómoda posición para las mujeres parturientas se incorporó en la representación social como la manera natural de parir

Todo lo anterior se ha instalado en nuestra concepción de la realidad y ha influido en nuestros cuerpos, en la manera en que nos enfermamos y le damos remedio a la enfermedad; y en el caso particular de las mujeres todo este enramado ideológico ha generalizado en nuestros días la idea de que las mujeres somos más propensas a las enfermedades debido a nuestra condición femenina.

2. Cultura y procesos salud-enfermedad

Situándonos ahora plenamente en el tema de la enfermedad, en el año de 1950 las dos primeras causas de muerte eran la gastroenteritis, la neumonía y la influenza, pero a partir de la década de los 90, las dos primeras causas de muerte son las enfermedades cardíacas y el cáncer. Esto según la Secretaría de Salud federal, refleja un cambio en el patrón epidemiológico de la población al pasar de enfermedades evitables a las crónicas degenerativas, (Alcaraz, 2004).

En el más reciente año se reportaron en el Distrito Federal 46 mil decesos provocados por enfermedades prevenibles como la diabetes, los infartos y el cáncer de mama y cervicouterino. Desgraciadamente estas cuatro causas de mortalidad son absolutamente prevenibles. En el caso de los cánceres de mama y cervicouterino sólo un 20 por ciento de las mujeres en edad fértil acuden a sus médicos para detectar alguna alteración en sus organismos por células cancerígenas, (Trujillo, citado en Alcaraz, 2004).

Es difícil juzgar la relación entre la medicina y la salud puesto que la mayoría de las estadísticas sobre salud utilizan cierto criterio parcial, definiéndola como la ausencia de

enfermedad. Una apreciación significativa tendría que abarcar tanto la salud individual como la salud social, y habría de incluir las enfermedades mentales y las patologías sociales. Sobre nosotros se cierne una crisis de confianza en la medicina moderna. Considerando la salud desde un punto de vista holístico, las enfermedades físicas no son sino manifestaciones de un desequilibrio básico del organismo. Otras manifestaciones pueden tomar la forma de patologías psicológicas y sociales, (Capra, 1982).

Cada cultura tiene su propia percepción característica de la enfermedad. Hacer de las personas enfermos legítimos está tan implícito en el poder del médico como el potencial venenoso del remedio que surte efecto. La ciencia médica es una empresa moral y por ello da inevitablemente contenido al bien y al mal. En cada sociedad la medicina, como la ley y la religión, define lo que es normal, propio o deseable, (Berman, 1987).

Durante las últimas generaciones el monopolio médico sobre la asistencia a la salud se ha expandido sin freno y ha cuarteado nuestra libertad con respecto a nuestro propio cuerpo. La sociedad ha transferido a los médicos el derecho exclusivo de determinar qué constituye la enfermedad, quién está enfermo o podría enfermarse y qué cosa se hará a estas personas. El compromiso social de proveer a todos los ciudadanos de las producciones casi ilimitadas del sistema médico amenaza con destruir las condiciones ambientales y culturales necesarias para que la gente viva una vida autónoma saludable. Esta tendencia debe de conocerse y eventualmente invertirse, (Illich, 1978).

El significado de la salud depende de la visión que se tenga de un organismo viviente y de la relación de éste con su entorno. Se necesitará un concepto de salud mucho más amplio que incluya sus dimensiones individuales, sociales y ecológicas, y que tenga una visión integral de los organismos vivientes y, por consiguiente, una visión integral de la salud. Podemos ver en la definición de la Organización Mundial de la Salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o de males”. Si bien la definición de la OMS es poco realista, al describir la salud como un estado de completo bienestar y no como un proceso en continuo cambio y evolución, sí sugiere la naturaleza holística de la salud, que es preciso tener en cuenta para entender el fenómeno de la curación, (Capra, 1982).

Con base en Capra (1982), el problema central de la asistencia sanitaria contemporánea es la definición biomédica de la enfermedad, según la cual las enfermedades son entidades bien definidas que implican ciertos cambios estructurales a nivel celular y que tienen unas raíces causales únicas. El modelo biomédico admite varias clases de factores causales, pero los investigadores tienden a subscribir la doctrina de una enfermedad, una causa.

En el concepto moderno, basado en múltiple causalidad de los fenómenos biológicos, enfermedad y salud son manifestaciones de la desarmonía o armonía en la relación del hombre y su ambiente. En ésta relación participan de manera dinámica y constante tres factores: el individuo (huésped), el agente y el ambiente que los constituye. Salud y enfermedad son pues, los resultantes de éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física y mentalmente a las condiciones variables del ambiente, ya por causa de los factores hostiles del mismo o debido a las imperfecciones biológicas del individuo (Martin-Abreu, 1986).

El error principal del enfoque biomédico radica en confundir el proceso de una enfermedad con el origen de ésta. Los orígenes de la enfermedad suelen encontrarse en varios factores causales que han de coincidir para engendrar la enfermedad. Además, sus efectos son diferentes en cada persona, pues dependen de las reacciones emocionales del individuo ante las situaciones cargadas de tensión y ante el medio social en el que estas situaciones ocurren. (Capra, 1982).

Al rebasar sus límites críticos, un sistema de asistencia a la salud basado en médicos y otros profesionales resulta patógeno por tres motivos: inevitablemente produce daños clínicos que superan sus posibles beneficios; no puede sino resaltar, en el acto mismo de obscurecer las condiciones políticas que hacen insalubre la sociedad; y tiende a mistificar y a expropiar el poder del individuo para sanarse a sí mismo y modelar su ambiente. Tal medicina es un ardid para convencer a quienes se sienten hartos y cansados de la sociedad, de que son ellos los enfermos e impotentes que necesitan de una reparación técnica, (Illich, 1978).

De acuerdo con Illich (1978), las causas de nuestra crisis sanitaria son varias y están indisolublemente ligadas a una mayor crisis cultural y social. Tras un siglo de perseguir

la utopía médica, y contrariamente a la actual sabiduría convencional, los servicios médicos no han tenido un efecto importante en producir los cambios ocurridos en la expectativa de vida. Durante más de un siglo el análisis de las tendencias patológicas ha mostrado que el ambiente es el determinante primordial del estado de salud general de cualquier población. La geografía médica, la historia de las enfermedades, la antropología médica y la historia social de las actitudes hacia la enfermedad han mostrado que la alimentación, el agua y el aire, en correlación con el nivel de igualdad sociopolítica y con los mecanismos culturales que hacen posible mantener la estabilidad de la población juegan el papel decisivo en determinar cuán saludables se sienten las personas y a qué edad tienden a morir los adultos.

Los efectos secundarios terapéuticos, son tan antiguos como la medicina misma y siempre han sido objeto de estudios médicos. Los medicamentos siempre han sido potencialmente tóxicos, pero sus efectos secundarios no deseados han aumentado con su poder y la difusión de su empleo. Ciertos medicamentos forman hábito, otros son rutilantes y otros mutágenos. En algunos pacientes los antibióticos alteran la flora bacteriana normal e inducen una superinfección, permitiendo a organismos más resistentes proliferar e invadir al huésped. Otros medicamentos contribuyen a criar cepas de bacterias resistentes. Así tipos sutiles de intoxicación se han difundido más rápidamente que la desconcertante variedad y ubicuidad de las panaceas. La cirugía innecesaria es un procedimiento habitual. La despersonalización del diagnóstico y la terapéutica hace que el ejercicio profesional impropio deje de ser un problema ético y se convierta en un problema técnico.

La medicina socava la salud no sólo por agresión directa contra los individuos sino también por el impacto de su organización social sobre el ambiente total. La burocracia médica crea una salud enferma aumentando las tensiones, multiplicando la dependencia inhabilitante, generando nuevas y dolorosas necesidades, disminuyendo los niveles de tolerancia al malestar o al dolor, reduciendo el trato que la gente acostumbra a conceder al que sufre, y aboliendo aún el derecho del cuidado a sí mismo. En este contexto, el cuidado de la salud se convierte en un artículo de consumo, (Berman, 1987).

De acuerdo con Capra (1982), a lo largo de la historia de la ciencia occidental el desarrollo de la biología ha sido paralelo al de la medicina. Es natural, por tanto, que la

visión mecanicista de la vida una vez establecida firmemente en el campo de la biología, haya dominado también la actitud de los médicos ante la salud y la enfermedad. De la influencia del paradigma cartesiano en el pensamiento médico resultó el llamado modelo biomédico, que constituye la base conceptual de la medicina científica moderna. Bajo este modelo el cuerpo humano es considerado como una máquina que puede analizarse desde el punto de vista de sus partes; la enfermedad es el funcionamiento defectuosos de los mecanismos biológicos que se estudian desde el punto de vista de la biología celular y molecular; la tarea del médico es intervenir, física o químicamente, para corregir las disfunciones de un mecanismo específico. La rigurosa separación que Descartes hizo entre mente y cuerpo llevó a los médicos a concentrarse en la máquina del cuerpo y a olvidar los aspectos psicológicos, sociales y ambientales de la enfermedad. La medicina suele perder de vista la humanidad del paciente, y al reducir la salud a una función mecánica, pierde la capacidad de tratar con el fenómeno de la curación.

Con base en Capra (1982), el auge de la medicina moderna comenzó en el siglo XIX, época en que se realizaron grandes descubrimientos en el campo de la biología. Uno de ellos fue el de Pasteur quien centraba sus esfuerzos en esclarecer el papel desempeñado por las bacterias en la aparición de una enfermedad, relacionando diferentes enfermedades con determinados microbios. La teoría de los gérmenes de Pasteur y su papel en la patología, interpretados de manera simplista, hizo que los investigadores biomédicos tendiesen a considerar las bacterias como la única causa de la enfermedad. La identificación de bacterias y el objeto de diseñar las medicinas que destruirían ciertas bacterias específicas sin dañar el resto del organismo se volvió una obsesión para los investigadores. La idea de una enfermedad causada por un solo factor coincidía perfectamente con la visión cartesiana de los seres vivos como máquinas cuya avería se remonta al funcionamiento defectuoso de un único mecanismo, sin embargo, pasaban por alto el hecho de que las ideas de Pasteur sobre la causas de la enfermedad eran mucho más sutiles, la visión pasteuriana de la vida era fundamentalmente ecológica, en su opinión, el buen fin de la terapia suele depender de la capacidad del médico para restituir las condiciones fisiológicas que favorezcan la resistencia natural; sugirió que el estado mental de la persona puede afectar a su resistencia a la infección. El fundador de la microbiología tenía una visión de la enfermedad lo suficientemente amplia para intuir

varias maneras de abordar la terapia; estas ideas sólo se han elaborado en los últimos años y siguen pareciendo sospechosas a la élite médica.

La distinción cartesiana ha influido de varias maneras en la práctica de la asistencia sanitaria. En el primer lugar, ha dividido a los profesionales en dos campos que rara vez se comunican. Los médicos se ocupan del tratamiento del cuerpo, mientras los psiquiatras y los psicólogos se encargan de la curación de la mente. La diferencia entre ambos grupos ha sido un grave obstáculo para la comprensión de la mayoría de las principales enfermedades. Esta visión dieciochesca de la medicina suele impedir a los médicos el ver los aspectos positivos y el significado potencial de la enfermedad. Con una visión tan parcial es imposible que los médicos comprendan los aspectos psicológicos y espirituales de la enfermedad; esta misma visión les impide darse cuenta, de que el estar totalmente libre de la enfermedad y de la lucha es prácticamente incompatible con el proceso vital, (Capra, 1982).

De acuerdo con Capra (1982), un aspecto significativo de la visión mecanicista de los organismos vivientes y del enfoque mecanizado de la salud que de ellas resulta es la creencia en la necesidad imperiosa de una intervención médica, sea física por medio de la cirugía o radioterapia o química mediante fármacos. En el modelo biomédico, el médico es la única persona que sabe qué es importante para la salud de sus pacientes, y sólo él puede hacer algo al respecto, pues todos los conocimientos sobre la salud son racionalistas, científicos y están basados en una observación objetiva de los datos clínicos. El crecimiento de un poder medicalizador constituye un eficaz dispositivo de control social. El arte de curar tiende también a monopolizar el arte de vivir. El cuerpo es un capital a preservar para mantenerse eternamente esbelto, joven y sano. En nombre de la salud los especialistas del cuerpo deciden sobre el peso, la alimentación, los horarios, el sueño, los deportes, los cánones estéticos. Una salud siempre frágil y por tanto sometida a vigilancia permanente porque los enemigos de la salud nos combaten y persiguen.

La desposesión del cuerpo propio, sobre la que se asienta la medicalización, constituye un episodio de la desposesión dominante en el sistema capitalista, por esto un cambio de sociedad implica acabar con un cúmulo de posesiones reales que subyacen al derecho formal. No habrá cambio social sin que la humanidad se libere de la lógica

reinante de los espacios en los que se opera su dominación socio-política de la que es parte crucial la dominación corporal y psicológica.

Dentro de este contexto médico se ubica el cáncer, que en la actualidad se reconoce como una enfermedad multideterminada, producto de la concurrencia de factores de carácter biológico, psicológico y sociocultural, los cuales se comportan de manera específica en cada individuo resultando en algún tipo particular de cáncer.

2.1 Cáncer.

A nivel mundial los distintos tipos de cánceres ocupan los primeros lugares de mortalidad. El cáncer se refiere a un grupo de más de 200 enfermedades diferentes. Cualquier tipo de cáncer se produce porque una célula del cuerpo se vuelve atípica, comenzará a crecer, se multiplicará rápidamente y de manera desorganizada provocando la aparición de lo que conocemos como tumor maligno o cáncer. Estas células anormales aparecen en un órgano determinado y después pueden invadir, a través de la sangre, otros órganos o tejidos. A este proceso se le denomina carcinogénesis, la cual dura años y pasa por diferentes fases. Las sustancias responsables de producir esta transformación se llaman agentes carcinógenos. Un ejemplo de ellos son las radiaciones ultravioleta del Sol, el asbesto o el virus del papiloma humano, (Belcher, 1995).

Ahondando el desarrollo del cáncer la primera fase comienza cuando estos agentes actúan sobre la célula alterando su material genético (mutación), una primera mutación no es suficiente para que se genere un cáncer, pero es el inicio del proceso, la condición indispensable es que la célula alterada sea capaz de dividirse. Como resultado, las células dañadas comienzan a multiplicarse a una velocidad ligeramente superior a la normal, transmitiendo a sus descendientes la mutación. A esto se le llama fase de iniciación tumoral y las células involucradas en esta fase se llaman células iniciadas. La alteración producida es irreversible, pero insuficiente para desarrollar el cáncer. Si sobre las células iniciadas actúan de nuevo y de forma repetida los agentes carcinógenos, la multiplicación celular comienza a ser más rápida y la probabilidad de que se produzcan nuevas mutaciones aumenta. A esto se le llama fase de promoción y las células involucradas en esta fase se denominan células promocionadas. Actualmente conocemos muchos factores que actúan sobre esta fase, como el tabaco, la alimentación

inadecuada, o el alcohol. Por último, las células iniciadas y promocionadas sufren nuevas mutaciones. Cada vez se hacen más anómalas en su crecimiento y comportamiento. Adquieren la capacidad de invasión, tanto a nivel local infiltrando los tejidos de alrededor, como a distancia, originando las metástasis. Es la fase de progresión (Asociación Española Contra el Cáncer, 2011).

Para que se produzca un cáncer es necesario que de forma acumulativa y continuada se produzcan alteraciones celulares durante un largo periodo de tiempo, generalmente años. Como resultado las células están aumentadas en su número, presentan alteraciones de forma, tamaño y función y poseen la capacidad de invadir otras partes del organismo.

De acuerdo con la Asociación Española Contra el Cáncer (2011), existen una serie de alteraciones benignas y /o premalignas de las células:

- Hiperplasia: incremento en el número de células (se dividen más rápido de lo normal) de un tejido en un área específica. El resultado es el agrandamiento del órgano, como por ejemplo, la hiperplasia benigna de próstata o la aparición de un nódulo benigno.
- Metaplasia: sustitución de un tipo de célula por otra de otra localización. Con el tiempo puede aparecer una displasia sobre estas células cambiadas de lugar.
- Displasia: se trata de un desarrollo anormal del tejido, debido a un crecimiento de células alteradas. Si se deja evolucionar sin tratamiento en algunos casos la displasia puede evolucionar a un cáncer, por tanto se trata de una lesión premaligna o precancerosa.

Con base en la información proporcionada por la Asociación Española Contra el Cáncer (2011), hay muchas denominaciones de cáncer según su anatomía patológica, y no sería posible elaborar un listado completo, con la clasificación estricta, de todas las posibilidades. Algunos de los términos aplicados a los tipos de cáncer más comunes son los siguientes:

- Carcinoma: Es el tumor maligno que se origina en la capa que recubre (células epiteliales) los órganos. Aproximadamente el 80% de los tumores cancerosos son carcinomas. Algunas de estas células tienen diferentes características y por tanto su nombre puede ser algo distinto. Dentro de este grupo encontramos:

- Adenocarcinoma: se denomina adenocarcinoma al cáncer que se origina en el tejido glandular (glándulas).
 - Carcinoma de células escamosas o epidermoide: cáncer que se origina en las células no glandulares, por ejemplo esófago.
 - Carcinoma de células basales: Se origina en la capa más profunda de la epidermis (piel), llamada la capa de células basales. Por lo general se origina en áreas expuestas al Sol.
 - Melanoma: es un tumor maligno que se origina en las células que producen la coloración de la piel (melanocitos).
- Sarcoma: se trata de un tumor maligno que se origina en los tejidos conectivos, tales como los cartílagos, la grasa, los músculos o los huesos. Dependiendo de la célula que lo origina pueden recibir diferentes nombres, siendo los más conocidos:
 - Osteosarcoma: (osteo = hueso) Sarcoma que deriva del hueso.
 - Liposarcoma: (lipo = grasa) Sarcoma que deriva de la grasa.
 - Condrosarcoma: (condro = cartílago) Sarcoma que deriva del cartílago.
 - Angiosarcoma: (angio = Vaso) Sarcoma que deriva de los vasos sanguíneos.
 - Leucemia: las personas con leucemia presentan un aumento notable en los niveles de glóbulos blancos o leucocitos (células encargadas de defendernos de las infecciones). En las leucemias no existe tumoración, se afectan la sangre y la médula ósea (zona interna de los huesos, donde se originan las células sanguíneas).
 - Linfoma Se denomina así al cáncer del sistema linfático. El sistema linfático es una red de ganglios y vasos finos que existe en todo el cuerpo, su función es combatir las infecciones. El linfoma afecta a un grupo de glóbulos blancos llamados linfocitos.

Las tasas de mortalidad por cáncer en México muestran una marcada tendencia creciente en las últimas décadas. Los tumores malignos en nuestro país ocupan el segundo lugar como causa de muerte en la población general y, dentro de éstos, el cáncer cervical representa el tercer lugar como causa de defunción por neoplasias malignas (Castañeda-Iñiguez y colaboradores, 1998).

2.2. El cáncer cervicouterino.

2.2.1. Estadísticas

Uno de los cánceres con mayor índice de mortalidad entre las mujeres es el Cervicouterino (aparición de células anormales en el cuello uterino) considerado un problema de salud pública y que ocupa el primer lugar como causa de muerte en féminas de entre los 25 y 60 años, las cuales son las más propensas a dicha enfermedad. Las estadísticas muestran que un promedio de 18 personas mueren diariamente a consecuencia de dicho padecimiento. Y es la causa del fallecimiento anual de 3 mil mujeres en México. Además de ser la primera causa de muerte en la mayoría de los países latinoamericanos, (American Cancer Society, 2004).

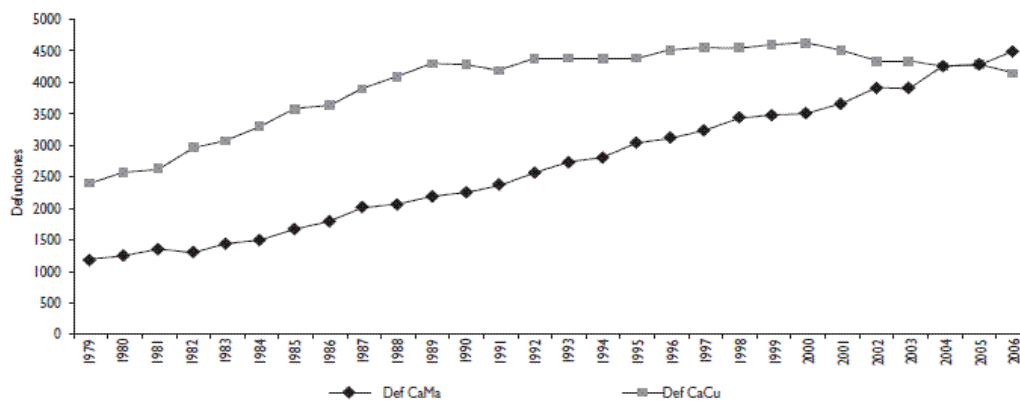
De acuerdo con Castañeda (1998), el cáncer cervicouterino representa el 15% de todas las variedades de cáncer diagnosticadas en mujeres y el segundo tipo de cáncer más común en el sexo femenino. Se calcula que su frecuencia es de aproximadamente 465 000 nuevos casos. En los últimos años se ha ido atenuando la marcada declinación en la mortalidad lograda hasta mediados de la década de los 80's, principalmente en los países desarrollados gracias al aumento de disponibilidad de programas de frotis de Papanicolaou. La incidencia, a su vez, muestra una tendencia al aumento en los años recientes entre mujeres menores de 50 años en los países de "alto riesgo" como Latinoamérica, el sudeste asiático y África en los cuales la mortalidad es notable con tasas que llegan a ser ocho veces más altas. En las últimas décadas se ha observado un aumento en la mortalidad por cáncer del cérvix en países como Chile, Costa Rica y México.

Se estima que el número de casos nuevos de cáncer cervicouterino en el mundo, pasó de 5.9 millones en 1975 a 10.3 millones en el año 2000. A pesar de dicho incremento la incidencia de cáncer cervicouterino muestra una tendencia a disminuir en la mayoría de los países. No obstante, continúa siendo la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres de África y América Latina. En México se observó que la tasa de mortalidad ajustada por CACU (Cáncer Cervicouterino), entre 1990 a 1999, presentó una disminución del 20% en los últimos diez años. Asimismo, se encontró una importante

reducción en la mortalidad en los grupos de 25 a 34 años (cercana al 50%), y en el grupo de 35 a 44 años (30%), (Torres y Tapia, 2002).

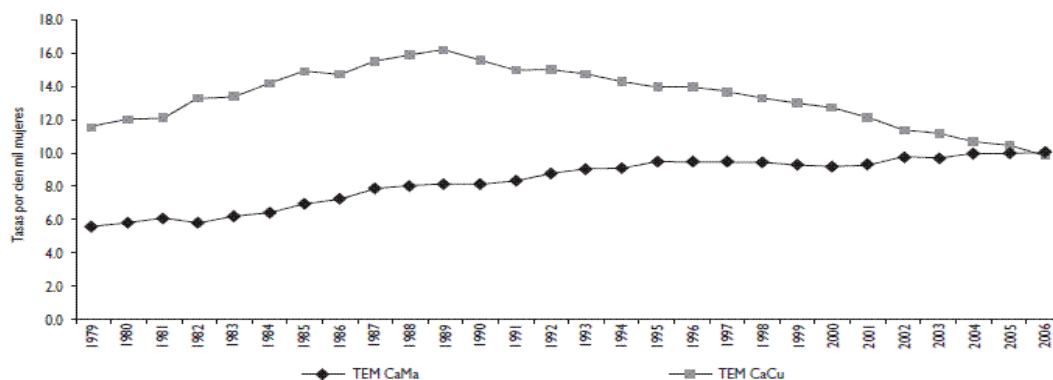
En la actualidad es posible documentar la existencia de una controversia sobre el curso real que tiene la mortalidad por este tipo de cáncer. Un estudio realizado por Lazcano P, Rascon R, Lozano R y Velasco, E, en 1996, que evaluó la influencia del programa en la tendencia de la mortalidad por cáncer cervicouterino de 1980 a 1990, mostró que dicha tendencia en esos años, se mantuvo estable. Por su parte, Escandón y colaboradores (1992) informan que la tasa de mortalidad por cien mil mujeres debida al CACU en el IMSS pasó de 8.9 en 1990 a 9.3 en 1993, por lo tanto estos autores consideran que la tendencia de la mortalidad ha sido más bien estable en los últimos veinte años. En otro estudio, también sobre la mortalidad por cáncer en el IMSS, Salmerón y colaboradores (1997), al analizar la mortalidad en el IMSS entre 1991 y 1995, encuentran un incremento de la mortalidad por CACU del 12%. Según el estudio de Torres y Tapia (2002), los estados del Norte del país pasaron del quintil más alto en 1990, al quintil más bajo en 1999. Por su parte, los estados del sur (Yucatán, Tabasco, Quintana Roo, Morelos y Oaxaca) tuvieron las tasas más elevadas; las entidades federativas del norte del país, junto con algunas de la zona centro, como el Distrito Federal e Hidalgo, parecen haber entrado en una fase de reducción de sus niveles de mortalidad por CACU. En contraste, los estados del sur de la República Mexicana, tienen cifras de mortalidad por CACU más altas,

Aunque las estadísticas nacionales muestran que el cáncer más común es el cérvicouterino, en algunas instituciones se observa que el de mama tiene una incidencia igual o mayor que éste. Abelardo Meneses, subdirector de Patología del Instituto Nacional de Cancerología, y Patricia Cortéz, oncóloga adscrita al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, aseguran que ven más pacientes con tumores malignos en la mama que en el cérvix. Meneses atribuye este cambio a que cada vez se detectan más lesiones premalignas o potencialmente curables en el cuello del útero, gracias a la aplicación del Papanicolau; mientras que el 80 por ciento de las pacientes con tumores mamarios llega en etapas avanzadas (Marín, 2003). A esto se suma que en la actualidad el acceso a un estudio de mamografía (que determina la presencia de cáncer en las mamas) se ve bloqueado para un gran sector de la población debido a los costos que este implica.



Fuente: Estadísticas vitales de mortalidad 1979 a 2006 INEGI/SSA

FIGURA 1. NÚMERO DE DEFUNCIONES DE POR CÁNCER CERVICAL Y CÁNCER DE MAMA, MÉXICO, 1979 A 2006



Fuente: Estadísticas vitales de mortalidad 1979 a 2006 INEGI/SSA. Proyecciones de población 1970 a 2030 CONAPO. División de Población del Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de la Secretaría de Naciones Unidas, Perspectivas de la Población Mundial: Revisión 2004 y Perspectivas de la Urbanización Mundial: Revisión 2003, <http://esa.un.org/unpp>, 24 de Febrero 2006
 TEM CaCu: Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer cervical por cien mil mujeres
 TEM CaMa: Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer de mama por cien mil mujeres

FIGURA 2. TASAS ESTANDARIZADAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER CERVICAL Y CÁNCER DE MAMA. MÉXICO, 1979 A 2006

Del tracto genital femenino, el carcinoma del cuello uterino es la principal causa de morbilidad y mortalidad. La mayor parte de las displasias son diagnosticadas en la mujer después de los 20 años de edad. El cáncer in situ se presenta de manera significativa entre los 30 a 39 años de edad y el carcinoma invasor después de los 40 años (Escandon, Benitez, Navarrete, Vazquez, Martinez, y Escobedo, 1992).

De acuerdo con Matsui, (2002), en el cáncer del cuello uterino, el 90% de los cánceres cervicales parten de las células planas o "escamosas" que cubren el cuello uterino. La mayoría del 10% restante se origina en las células glandulares secretoras de moco ubicadas en el conducto cervical que conduce al interior del útero

Se reconocen dos tipos histológicos: el epidermoide, espinocelular o de células escamosas, y el adenocarcinoma. El primero se origina en el epitelio plano

estratificado que recubre el ectocérvix y el segundo en el epitelio cilíndrico que tapiza el canal endocervical. Un tercer tipo se origina en la mucosa endometrial y constituye el adenocarcinoma del endometrio, (Escandón y colaboradores, 1992).

2.2.2. Cuello uterino, anatomía.

El útero o matriz es el órgano destinado a alojar al feto durante su formación hasta su nacimiento. El cérvix o cuello del útero (figura 3) es su porción más baja. Tiene un canal a través del cual en un sentido, del cuerpo del útero a la vagina, sale el flujo menstrual y en el otro, de la vagina hacia el útero, asciende el esperma que va en busca del óvulo para fecundarlo y dar origen al nuevo ser. El canal cervical se dilata o expande para dar salida al bebé en el momento del parto.

La parte del cérvix que da al fondo de la vagina, visible por el médico cuando coloca el espéculo e inspecciona el interior, tiene una cubierta de un tejido o grupo de células denominado epitelio escamoso o escamocelular; el interior del canal, parte también del cérvix, está recubierto de tipo columnar y contiene glándulas. Esa distinción es importante porque son las células normales del cuello las que pueden cambiar poco a poco hasta volverse tumorales. El cáncer cervical puede originarse en uno u otro tipo de tejido, siendo el escamoso el más frecuente (Matsui, 2002).



Figura 3. Ilustración de las estructuras anatómicas que comprenden los órganos reproductores femeninos.

2.2.3. Síntomas.

De acuerdo con Matsui (2002), en sus etapas más tempranas, el cáncer cervical es más tratable y por lo general no produce ningún síntoma. Cuando los síntomas aparecen, los más comunes son:

- sangrado vaginal anormal este puede ser entre períodos menstruales, luego del coito, de una ducha, después de la menopausia, pudiera durar más tiempo, tener más cantidad que lo usual, o presentarse después del examen pélvico.
- secreción vaginal pálida, aguada, rosada, marrón o con sangre y persistente; puede ser oscura y con mal olor.
- síntoma de obstrucción urinaria.

Los síntomas de la enfermedad avanzada son:

- anorexia (pérdida del apetito).
- pérdida de peso.
- fatiga.
- dolor en la espalda o dolor en las piernas.
- pérdida involuntaria de orina o heces por la vagina a través de un pasaje anormal tipo tubo (fístula) que conecta la vagina con la vejiga o el recto.

Sin embargo, todas estas señales y síntomas pueden ser causadas por otras condiciones que no son cáncer del cuello uterino.

2.2.4. Etapas del cáncer cervical.

La historia natural de esta enfermedad implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras. Dependiendo de la profundidad del tumor y de la extensión a otros órganos el cáncer cervical se clasifica en estados que van de 0 o cáncer in situ (en el sitio), hasta IV en el cual hay invasión de órganos pélvicos vecinos como la vejiga y el recto o distantes como los pulmones. El tratamiento y el pronóstico dependen del estado de la enfermedad que determina.

Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer cervicouterino (Marroqín, 2003):

Estadio 0 o carcinoma in situ. El carcinoma in situ es un cáncer muy temprano. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino, y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

Estadio I. El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

I-a: una cantidad muy pequeña de cáncer, sólo visible por microscopio, se encuentra ya en el tejido más profundo del cuello uterino.

I-b: una cantidad mayor de cáncer se encuentra en dicho tejido.

Estadio II. El cáncer se ha diseminado a áreas cercanas, pero aún se encuentra en el área pélvica.

II-a: el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

II-b: el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

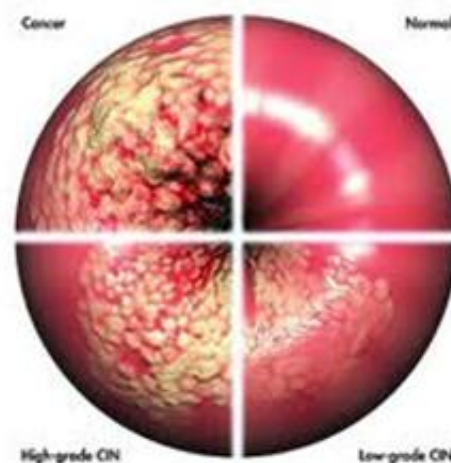


Fig. 4 . Progresión del cáncer cervicouterino

Estadio III. El cáncer se ha diseminado a toda el área pélvica. Puede haberse diseminado a la parte inferior de la vagina, o infiltrar los uréteres (los tubos que conectan los riñones a la vejiga).

Estadio IV. El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

IV-a: Diseminación a la vejiga o al recto (órganos cerca del cuello uterino).

IV-b: Diseminación a órganos distales como los pulmones.

Recurrente. Enfermedad recurrente (recidiva) significa que el cáncer ha vuelto después de haber sido tratado. Puede ocurrir en el propio cérvix o aparecer en otra localización.

2.2.5. Factores de riesgo.

En el cáncer cervicouterino, se reconocen como factores de riesgo (Montiel, C. y Urquidi, T, 1998; Castañeda-Iñiguez y colaboradores, 1998):

- Sociodemográficos: nivel socioeconómico (bajo), edad (25 a 60 años), procedencia, estado civil y nivel educativo.
- La edad temprana de menarca.
- La menopausia (consumo de estrógenos compensatorios en este período).

- La multiparidad: Una probable explicación se fundamenta en el hecho de que el embarazo provoca un estado de inmunosupresión que podría aumentar la susceptibilidad del organismo a los agentes infecciosos. Se ha señalado que la neoplasia cervical aparece con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix, zona donde el traumatismo obstétrico es más intenso.
- Los factores sexuales: edad de inicio de la vida sexual activa, número de compañeros sexuales. El riesgo de neoplasia cervical es mayor en la medida en que el inicio de la vida sexual activa es más temprano; la zona de transformación del epitelio cervical, la más proliferativa durante la pubertad y la adolescencia, es especialmente susceptible a alteraciones que pueden ser inducidas. Se ha observado el incremento en el riesgo de que se presente la neoplasia cervical cuando la vida sexual da comienzo antes de los 15 años de edad. Un elevado número de compañeros sexuales y la aparición de cáncer cervical está presente, y se considera que dicho número es una medida sustitutiva de la exposición a infección por VPH.
- Tabaquismo
- Antecedentes familiares de cáncer cervicouterino
- Antecedentes personales de cáncer cervicouterino
- Alimentación: las mujeres con dietas deficientes (con poco contenido de frutas y verduras) pueden tener un riesgo mayor de cáncer del cuello uterino.
- Infecciones vaginales: principalmente las ocasionadas por VPH (virus de papiloma humano) y al herpes simple tipo II. La elevada frecuencia de las infecciones de transmisión sexual, pueden provocar cambios inflamatorios que dificultan la extracción y la lectura de la muestra.
- Deficiencia de vitaminas A, E y C,
- Consumo de anticonceptivos orales: se puede observar que el consumo de anticonceptivos de tipo hormonal aumenta el riesgo de neoplasia cervical respecto a las mujeres que recurren a los anticonceptivos que no son de origen hormonal. Se sugiere la existencia de una interacción entre el uso de anticonceptivos de tipo hormonal y la infección por VPH en el desarrollo de cáncer cervical.
- Vida sedentaria
- Estrés

2.2.6. Infección del virus del papiloma humano.

De acuerdo con Xavier Bosh, (2002) del Instituto Catalán de Oncología, más de 90 por ciento de los cánceres de cuello del útero pueden atribuirse a ciertos tipos de VPH, de los cuales el tipo 16 representa la mayor proporción (50 por ciento); 18 (12 por ciento); 45 (ocho por ciento) y 31 (cinco por ciento).

Los virus son organismos ultramicroscópicos que infectan células para poder subsistir. El Papiloma Humano es un virus con ADN, y debido a éste tiene la capacidad o característica de que al infectar las células blanco se introduce hasta su núcleo, que es donde se encuentra el "cerebro" de la misma y provoca cambios en la biología y vida de ésta y la transforma en una célula cancerosa. El virus se trasmite por contacto de una piel enferma con una piel sana, de una mucosa enferma con una mucosa sana, es decir, la más de las veces se da por el simple contacto de una persona infectada con otra, independientemente del sexo y de la edad.

El virus del papiloma humano (VPH) afecta el tracto reproductor tanto masculino (pene, uretra y hasta próstata) como femenino (cervix, vagina y vulva). Los virus del papiloma humano son reconocidos ahora como la causa principal de cáncer cervical. Los estudios sugieren también que los VPH pueden tener un papel en los cánceres de ano, vulva, vagina y algunos cánceres de la orofaringe (la parte central de la garganta que incluye el paladar blando, la base de la lengua y las amígdalas). Los datos de varios estudios también sugieren que la infección de VPH es un factor de riesgo para cáncer de pene. Los virus del papiloma humano se encuentran también asociados con cáncer de conjuntiva e inclusive se han localizado en el tejido ubicado debajo de las uñas, (Pérez, 2003).

Existen más de 80 tipos distintos de virus de los cuales 30 se contagian por vía sexual, y pueden infectar los genitales. Al igual que ocurre con otras ETS (enfermedades de transmisión sexual), los VPH no provocan síntomas ni producen lesiones evidentes De acuerdo con José Ramón Orta, ginecólogo del Instituto Médico IMEDICA (Muñoz y Bosh, 1997), de Venezuela, las vías de contagio más conocidas son transmisión vertical madre-hijo, cuando la madre gestante portadora del virus se lo trasmite al feto o al recién nacido durante el momento del parto; por medio de relaciones sexuales, se ha

calculado que entre el contagio y la aparición de alguna lesión puede existir un periodo que oscila entre tres meses y 16 años, así como contacto con utensilios de baño húmedos, utilizados recientemente por el portador.

Los tipos de VPH de alto riesgo pueden llevar al cáncer. Los tipos de virus de papiloma humano que pueden llevar al desarrollo de cáncer se conocen como "tipos asociados con el cáncer". Los tipos de virus más importantes de papiloma humano, transmitidos sexualmente, asociados con el cáncer en hombres y mujeres incluyen los HPV-16, HPV-18, HPV-31, y HPV-45. Estos tipos de virus de papiloma humano asociados con el cáncer causan crecimientos que normalmente parecen planos y son casi invisibles, comparados con las verrugas causadas por los HPV-6 y HPV-11, (American Cancer Society, 2004).

El VPH recibe su nombre porque ciertos tipos pueden causar verrugas, o papilomas, que son tumores benignos. Diferentes tipos de virus de papiloma humano causan las verrugas comunes que crecen en las manos y en los pies y aquéllas que se desarrollan en la boca y en el área genital. Las verrugas genitales (técnicamente conocidas como condilomas acuminados) están relacionadas generalmente con dos tipos de virus del papiloma humano, el número 6 y el número 11. Los condilomas acuminados o verrugas venéreas se producen por algunos tipos de VPH, se transmiten por contagio sexual, apareciendo dentro de los 3 meses del contacto con el enfermo. En la mujer los condilomas aparecen en los labios vulvares, vagina, cuello uterino o cerca del ano. En el varón aparecen en el pene y en el escroto, y en la proximidad anal si tiene relaciones homosexuales, (Munóz y Bosh, 1997).

Ambos tipos de virus de papiloma humano, los asociados con el cáncer y los de bajo riesgo, pueden causar el crecimiento de células anormales en el cuello del útero, pero generalmente sólo los tipos de virus de papiloma humano asociados con el cáncer pueden llevar al desarrollo del cáncer del cuello del útero. Los estudios sugieren que si una mujer desarrolla cáncer o no, depende de una variedad de factores que actúan conjuntamente con los tipos de virus de papiloma humano asociados con el cáncer. Estos factores pueden incluir el fumar, la resistencia baja a la infección, e infección con agentes diferentes al papilomavirus humano.

Sabemos que al menos una de cada cuatro mujeres es infectada por este virus por lo menos una vez en su vida, pero no todas desarrollan lesiones precursoras o cáncer. La mayoría de las mujeres adquieren el virus antes de los 30 años y suelen presentar lesiones cervicales de bajo grado conocidas como displasias leves. Eliminan el virus a través de sus propios mecanismos inmunológicos y las lesiones se curan solas. Las mujeres que requieren una confirmación del diagnóstico y tratamiento son las que presentan lesiones persistentes, especialmente las mujeres mayores que tienen lesiones de alto grado o displasias graves, además de las mujeres que experimentan cambios que sugieran la posibilidad de un cáncer (Robles, 2002). Los hombres latinoamericanos suelen tener relaciones sexuales con un mayor número de mujeres, lo que favorece la transmisión del virus del papiloma humano (VPH), que en el hombre es de difícil diagnóstico (se usan muestras del meato uretral).

Con base en sus resultados, Bosh, (2002) enuncia que la presencia de DNA de VPH en el pene del varón incrementa cinco veces el riesgo de contagiar a la pareja. Mientras que la probabilidad de padecer cáncer entre mujeres monogámicas se incrementa nueve veces más cuando existen indicios de VPH en su esposo. Los varones circuncidados tienen tres veces menor riesgo de infectarse con VPH en comparación con los no circuncidados, de tal manera que la circuncisión masculina, practicada durante la infancia, reduce en ambos las infecciones genitales producidas por el virus y el cáncer de cuello uterino en su pareja. A pesar de estos avances, todavía la información al respecto se encuentra en fase de investigación, por lo que, en ocasiones no se toman medidas adecuadas cuando se descubre a un varón infectado, no se sabe que tratamiento proveerle.

Aunque actualmente no existe cura médica para eliminar una infección del papilomavirus, las lesiones intraepiteliales escamosas y las verrugas que estos virus causan pueden ser tratadas. Los métodos que se utilizan para tratar las lesiones intraepiteliales escamosas incluyen la cauterización en frío (enfriamiento que destruye el tejido), el tratamiento láser (cirugía con una luz de alta intensidad), el tratamiento de excisión quirúrgica por medio del asa eléctrica (LEEP), así como la cirugía convencional. Pueden usarse tratamientos similares para las verrugas genitales externas. Además, dos químicos poderosos (la podofilina y el ácido tricloroacético) pueden destruir las verrugas genitales externas cuando se aplican directamente en ellas. La

crema Imiquimod es otra droga efectiva para el tratamiento, éste trabaja estimulando el sistema inmune (defensa) para luchar contra el virus, (Alvarado R, 2000).

Actualmente se han aprobado dos vacunas para prevenir la infección por VPH: Gardasil® y Cervarix®. Ambas vacunas son muy efectivas en la prevención de infecciones persistentes por los tipos 16 y 18 de VPH, (los dos de “alto riesgo”) que causan la mayoría (70%) de los cánceres de cuello uterino. Gardasil impide también la infección por los tipos 6 y 11 de VPH, los cuales causan prácticamente todas (90%) las verrugas genitales. Además, hay datos iniciales que sugieren que Cervarix protege parcialmente contra algunos otros tipos de VPH que pueden causar cáncer. Sin embargo, se requieren más estudios para poder entender el impacto y la magnitud de este efecto. En general, por lo tanto, cerca de 30% de los casos de cáncer de cuello uterino no podrá prevenirse con estas vacunas. Ninguna de las vacunas impide otras enfermedades de transmisión sexual ni tratan la infección por VPH o el cáncer de cuello uterino. Ya que las vacunas no protegen contra todas las infecciones que causan cáncer de cuello uterino, es importante que las mujeres que reciban la vacuna sigan haciéndose exámenes selectivos de detección de cáncer de cuello uterino, tal y como se recomienda para las mujeres que no han sido vacunadas. (Garland, Hernandez-Avila, Wheeler, 2007).

Aunque estas vacunas pueden ayudar a impedir la infección por VPH, no ayudan a eliminar las infecciones ya presentes de VPH. Gardasil y Cervarix son altamente efectivas para impedir la infección por los tipos específicos de VPH a los que están dirigidas. Los estudios han indicado que tanto Gardasil como Cervarix impiden casi 100% de los cambios precancerosos de las células cervicales causados por los tipos de VPH a los que se dirige la vacuna hasta por 4 años después de la vacunación en mujeres que no estaban infectadas al momento de la vacunación (Paavonen, Naud, Salmerón, 2009) .

2.2.7. Diagnóstico.

Antes de llegar al cáncer declarado el epitelio o cubierta cervical puede pasar por una etapa premaligna denominada displasia (anomalía en el crecimiento de un tejido) que implica alteraciones, pero sin llegar a ser cáncer. Los cambios premalignos pueden volverse cáncer con el transcurso del tiempo. El cáncer de cuello uterino invasivo a

menudo aparece como un crecimiento carnosos irregular, con frecuencia firme o duro que tiende a sangrar fácilmente. Sin embargo, aún en el examen pélvico por parte de un médico, los pre-cánceres y aún los cánceres de cuello uterino iniciales con frecuencia no son visibles, por lo que son necesarios exámenes especiales para diagnosticarlos, (Matsui, 2002).

Muchas de las pruebas diagnósticas que se describen a continuación no son necesarias para cada paciente. La decisión de usar estas pruebas se basa en los resultados del examen físico y la biopsia inicial.

*** Historia clínica y examen físico.**

Incluye información relacionada con los factores de riesgo y los síntomas del cáncer del cuello uterino. Un examen físico completo ayudará a evaluar su estado general de salud. Además, se prestará especial atención a los ganglios linfáticos en busca de evidencia de metástasis (propagación del cáncer).

*** Examen pélvico.**

En un examen pélvico, el médico palpa el útero (matriz), la vagina, los ovarios, las trompas de Falopio, la vejiga y el recto, con el propósito de encontrar cualquier anomalía en su forma o tamaño. Durante el examen pélvico, se utiliza un instrumento conocido como espéculo para ensanchar la vagina de tal manera que la parte superior de la vagina y el cuello uterino puedan ser vistos, (CancerNet, 2000)

*** La citología cervicovaginal (Papanicolaou).**

El método más ampliamente usado para el diagnóstico temprano y oportuno de esta neoplasia (cáncer Cerviño-uterino) es un método desarrollado inicialmente hace más de 60 años, no es doloroso, es fácil de efectuar y tiene efectividad a un costo relativamente bajo. Es la citología exfoliativa cervicovaginal (o frotis cervicovaginal o prueba de Papanicolaou), la cual permite detectar si hay células anormales en el cuello uterino, y consiste en extraer células de la superficie de la cerviz y examinarlas para detectar la presencia o no de células anormales. En 1941, George Papanicolaou describió una forma de teñir las células que son despedidas desde el epitelio, o superficie exterior, del cerviz, lo que hace posible detectar las células con transformaciones anormales a través

de un microscopio. Esta técnica funcionaba tanto para las células precursoras como para las células plenamente cancerosas, (Robles, 2002).

Para realizar el Papanicolaou es necesario cumplir con los siguientes requisitos:

- Una mujer debe hacerse esta prueba cuando no esté menstruando; preferentemente hacia la mitad del ciclo, cuando las hormonas femeninas están en altos niveles y facilitan la lectura del extendido.
- Dos días antes de la prueba de Papanicolaou, se debe evitar el lavado vaginal o usar medicamentos vaginales o espumas, cremas o gelatinas espermicidas.
- el embarazo no contraindica la toma del Papanicolaou.
- no debe tener relaciones sexuales en las 24 horas anteriores a la toma

De acuerdo con la información obtenida en CancerNet, (2000), la toma del Papanicolaou se lleva a cabo en posición ginecológica, antes de cualquier otro procedimiento o exploración, se coloca un espejo vaginal sin lubricante ya que éste puede interferir con el estudio de las células. La toma se hace de 3 sitios diferentes: parte superior y lateral de la vagina, porción externa del cuello y, porción interna del cuello.



Figura 5. Prueba diagnóstica de Papanicolao

Para obtener las células se utilizan instrumentos como espátulas de madera, hisopos, cepillos milimétricos o espirales plásticas que suavemente recogen las células. Las células recogidas deben extenderse cuidadosamente para que se adhieran sobre un delgado vidrio, llamado laminilla o portaobjeto. De inmediato, antes que el extendido empiece a secarse, el portaobjeto se sumerge en alcohol al 70% o se rocía con algunos líquidos especiales, llamados en conjunto fijadores, ya que evitan la destrucción normal de las células cuando son separadas de nuestro organismo.

A cada citología se le asigna un número progresivo de identificación y se registra cada caso en sistema computarizado para control y referencia futura. El extendido se tiñe con los 3 colorantes de Papanicolaou para diferenciar más fácilmente los componentes de las células (núcleo y citoplasma). Las laminillas ya están listas para su observación microscópica. El citopatólogo deberá revisar todo el extendido (entre 50 mil y 300 mil células) a 100 y a veces hasta 1000 aumentos, para poder detectar anomalías celulares (Muñoz y Bosch, 1997).

Según Muñoz y Bosch, (1997), las alteraciones observadas tienen que resumirse en un documento (reporte) útil para la paciente y su médico. El informe debe cubrir 3 aspectos:

Valoración hormonal: El epitelio vaginal se modifica a lo largo del ciclo según la cantidad de hormonas que la mujer tenga circulando en su sangre, estas modificaciones pueden observarse en las células del frotis y es factible inferir los valores hormonales en el extendido. Esta valoración es aproximada y sólo indicativa. De ninguna manera sustituye a una titulación de hormonas en sangre.

Microbiología: La porción microbiológica informa de la presencia de algún microorganismo inespecífico (bacterias, cocos) o específico (virus del papiloma humano, cándida, tricomonas, etc.).

Informe morfológico: Tiene mucho arraigo la clasificación original de Papanicolaou, la cual menciona 5 clases, del I al V:

- clases I y II son negativas a neoplasia (cáncer o pre-cáncer) :
- las clases de III a V tienen diferentes grados de lesión que obligará al médico a instituir alguna otra medida de confirmación de la lesión observada.

Actualmente hay gran tendencia a abandonar el uso principalmente de las clases III a V y de describir la lesión observada, ésta clasificación se conoce como sistema Bethesda. Este sistema utiliza términos descriptivos de diagnóstico en lugar de números de clases, este sistema de informe incluye una evaluación de suficiencia del espécimen, (CancerNet, 2000). Existen varios términos que se pueden utilizar para describir los resultados anormales:

- Displasia es un término utilizado para describir células anormales, las células sufren una serie de cambios en su apariencia; pero no invaden los tejidos saludables de

alrededor. Existen tres grados clasificados como leve, moderado o grave, dependiendo de qué tan anormales se vean las células en el microscopio.

- Lesión intraepitelial escamosa (SIL, por siglas en inglés) describe cambios anormales de las células en la superficie del cuello del útero. Esto significa que las células anormales están presentes solamente en las capas superficiales de las células.
- Neoplasia intraepitelial cervical (CIN, por siglas en inglés) significa un nuevo crecimiento anormal de células. Intraepitelial se refiere a las capas superficiales de las células.
- Carcinoma in situ describe un cáncer pre-invasor que involucra solamente las células superficiales y no se ha extendido a tejidos más profundos.
- El cáncer del cuello del útero o cáncer invasor del cuello del útero, ocurre cuando las células anormales penetran con mayor profundidad el cuello de lútero u otros tejidos u órganos.

Las anomalías que no cumplen los criterios por medio de los cuales se define una lesión intraepitelial escamosa (SIL), una neoplasia intraepitelial cervical (CIN) o una displasia se denominan células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS). Las muestras persistentemente anormales por lo general son evaluadas con más detalle por un médico.

*** Colposcopia.**

Si ciertos síntomas indican la presencia de un cáncer, o si la prueba de Papanicolaou muestra células anormales, se tendrá que hacerse otra prueba llamada colposcopia. Esta es un examen del cérvix con aumento con el fin de localizar una anomalía del cuello uterino, examinando los genitales, vagina y el cuello del útero. Un colposcopio es un instrumento que tiene una luz que ilumina el cérvix y magnifica el área que ve. Al comienzo del examen la persona se acuesta de espaldas y coloca sus pies en los soportes para estos, del mismo modo en que lo haría para una tinción de Papanicolau. El médico inserta un espéculo dentro de la vagina y lo abre de modo tal que pueda ver el cérvix. Luego el médico le aplica una solución de vinagre a la cérvix y a la vagina. El vinagre hace que los tejidos anormales se hagan blancos de modo tal que el médico puede identificar las áreas que necesitan ser evaluadas adicionalmente. Este examen no es doloroso, no produce efectos secundarios y puede llevarse a cabo sin peligro aunque

usted esté embarazada. Si se observan áreas anormales en el cuello uterino, se efectúa una biopsia, (American Cancer Society, 2004).

*** Biopsia.**

Según la American Cancer Society (2004), la biopsia o toma de una muestra más profunda no sólo determina si la lesión es premaligna o maligna sino que indica qué tan profunda ("invasiva") es la lesión maligna; también se dictamina el grado de agresividad, datos todos útiles para decidir el diagnóstico y estimar el pronóstico. Existen varios tipos de biopsias que se utilizan para diagnosticar un cáncer o una condición precancerosa del cuello uterino. En el caso del cáncer en etapa temprana y de las condiciones precancerosas, algunos tipos de biopsia pueden eliminar por completo el tejido anormal, y es posible que éste sea el único tratamiento necesario.

Biopsia colposcópica: Para este tipo de biopsia, un médico con unas pinzas de biopsia, extirpará una pequeña sección del área anormal en la superficie del cuello uterino. Este procedimiento de biopsia puede causar calambres leves o dolor de breve duración, y un sangrado ligero posteriormente. Puede utilizarse anestesia local para insensibilizar el cuello uterino.

Curetaje endocervical (raspado endocervical): Por lo general, este procedimiento se lleva a cabo durante la misma sesión que la biopsia colposcópica. Un instrumento estrecho (cucharilla para biopsia) se introduce en el canal endocervical (el conducto entre la parte externa del cuello uterino y la parte interna del útero). Parte del tejido que recubre el canal endocervical se extrae mediante raspado con la cucharilla, y se envía al laboratorio para análisis. Puede utilizarse anestesia local para insensibilizar el cuello uterino. Es posible que la paciente experimente una sensación de calambre temporal, similar a un dolor menstrual intenso. Después del procedimiento, puede haber un sangrado ligero.

Biopsia cónica: En este procedimiento, también conocido como **conización**, se extrae del cuello uterino un fragmento de tejido en forma de cono. La base del cono está constituida por la ectocérvix (la parte externa del cuello uterino), y la punta está formada por el canal endocervical. La zona de transformación (el borde entre la ectocérvix y la endocérvix) está contenida dentro del cono, ésta es el área del cuello uterino en la que es más probable que se origine un cáncer o una condición precancerosa. La biopsia cónica también es un tratamiento y puede extirpar por completo muchas condiciones precancerosas, así como tumores cancerosos en etapas

muy tempranas. Para las biopsias cónicas se utilizan comúnmente dos métodos: el procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP o LLETZ, por sus siglas en inglés) y la biopsia cónica con bisturí frío:

- LEEP (LLETZ): en la escisión electroquirúrgica con asa se extirpa el tejido utilizando un cable que se calienta con corriente eléctrica. Para este procedimiento se emplea anestesia local, y se puede llevar a cabo en el consultorio del médico. Sólo toma unos 10 minutos. Pueden producirse calambres ligeros durante el procedimiento y después del mismo, y puede haber un sangrado de leve a moderado por varias semanas.

- Biopsia cónica con bisturí frío: utiliza un bisturí quirúrgico, o un láser como bisturí, en lugar de un cable calentado para extirpar el tejido. Requiere anestesia general. Se lleva a cabo en un hospital.

*** Citología en líquido.**

En este procedimiento, se extrae una muestra y se la somete a un proceso que elimina la mucosidad y otras células, de manera que la muestra se ve como una capa muy delgada de células aisladas, lo que permite una mejor visualización del material. Existen máquinas que realizan este procedimiento de manera exacta, pero también se puede hacer en forma manual, (Robles, 2002).

*** Ácido acético**

De acuerdo con Robles (2002), otro método consiste en la inspección visual del cuello del útero con ácido acético o una solución de 3% de vinagre, se aplica de manera que se pueden detectar las anomalías con más facilidad a medida que las células se tornan blancas.

*** Prueba de Schiller**

Para realizar esta prueba, el médico reviste el cuello del útero con una solución de yodo. Las células saludables se tornan color marrón y las células anormales se tornan blancas o amarillas, (CancerNet, 2000).

*** Cistoscopia, proctoscopia y examen bajo anestesia**

En la cistoscopia se introduce en la vejiga a través de la uretra un tubo delgado con una lente y una luz. Si se tiene cáncer del cuello uterino, esto le permite al médico examinar la vejiga y la uretra para ver si el cáncer está creciendo hacia estas estructuras. También

se pueden extraer pequeñas muestras de tejidos durante la cistoscopia para realizar pruebas patológicas (microscópicas).

*** Estudios por imágenes**

Si el médico encuentra que se tiene cáncer del cuello uterino, se podrían realizar ciertos estudios por imágenes, Con base en la información proporcionada por la American Cancer Society (2004), éstos incluyen:

- **Radiografía de tórax:** se realizará para ver si el cáncer se ha propagado a los pulmones. Esto es muy poco probable a menos que el cáncer esté bastante avanzado. Esta radiografía se puede realizar en una instalación para pacientes ambulatorios.

- **Tomografía computarizada (CT):** es un procedimiento radiográfico que produce imágenes transversales detalladas del cuerpo. La tomografía computarizada toma muchas fotografías al tiempo que rota a su alrededor, luego una computadora combina estas fotografías en una imagen de una sección del cuerpo. La máquina tomará imágenes de secciones múltiples de la parte del cuerpo bajo estudio. Después de tomar el primer grupo de imágenes, es probable realizar una inyección intravenosa de un "tinte", o agente de radiocontraste, que ayuda a delinear mejor las estructuras en el cuerpo. Luego se toma un segundo grupo de imágenes. La tomografía computarizada proveerá una información precisa sobre el tamaño, la forma, y la posición de un tumor, y puede ayudar a encontrar ganglios linfáticos inflamados que pudiesen contener cáncer.

- **Imágenes por resonancia magnética (MRI):** en esta prueba se usan ondas radiales e imanes potentes en vez de rayos X. La energía de las ondas radiales es absorbida y el tipo de tejido y ciertas enfermedades la liberan en un patrón. Una computadora traduce el patrón de ondas radiales emitido por los tejidos en una imagen muy detallada de las partes del cuerpo. Muestra secciones que son paralelas a la longitud del cuerpo. Usualmente la persona debe colocarse en el interior de un tubo, lo cual restringe el movimiento y puede molestar a los que padecen de claustrofobia. La máquina también produce un ruido martillante.

- **Tomografía mediante emisión de positrones (PET):** esta prueba usa glucosa (una forma de azúcar) que contiene un átomo radiactivo. Las células cancerosas en el cuerpo absorben grandes cantidades de azúcar radiactivo. Una cámara especial puede detectar la radiactividad. Este estudio es útil para determinar si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos. Los exámenes de PET se pueden usar en lugar de varias radiografías

diferentes debido a que exploran todo el cuerpo. El equipo más nuevo combina la CT con una PET para hacer aún mejor la localización del tumor.

-Urografía intravenosa: esta prueba (conocida también como pielograma intravenoso o IVP) es útil para encontrar anomalías en el tracto urinario, tales como cambios causados por la propagación del cáncer del cuello uterino a los ganglios linfáticos de la pelvis, que pueden comprimir o bloquear la uretra. La IVP consiste en una radiografía del sistema urinario, tomada después de inyectar un colorante especial en una vena. Este colorante es extraído del torrente sanguíneo por los riñones y pasa a los uréteres y a la vejiga.

2.2.8. Tratamiento.

Los tratamientos para cáncer cervicouterino dependerán de la etapa en que se encuentra la enfermedad, el tamaño del tumor, la edad y estado de salud general, y el deseo de tener hijos. En las etapas más tempranas, la enfermedad es curable con la remoción o destrucción de los tejidos pre-cancerosos o cancerosos. Con frecuencia, esto puede hacerse de varias maneras sin extirpar el útero ni dañar el cuello uterino, (Muñoz y Bosch, 1997).

El tratamiento puede consistir en (Marroquín, 2003):

Estadio 0 (carcinoma in situ).

1. Conización. Consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anomalía. Se emplea para biopsias, pero también para el tratamiento de cánceres tempranos del cuello uterino.
 2. Cirugía con rayo láser. Consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.
 3. Procedimiento de escisión electroquirúrgica (LEEP). Usa una corriente eléctrica que pasa por un aro de alambre delgado, el cual sirve como cuchilla.
 4. Criocirugía. Consiste en la eliminación del cáncer por congelamiento.
 5. Cirugía para eliminar el área cancerosa, cuello uterino y útero (total abdominal o histerectomía vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desean tener niños.
- *Histerectomía vaginal.* El útero se extrae a través de la vagina.

- *Histerectomía abdominal*. El útero se extrae mediante una incisión en el abdomen. Puede ser necesario extraer también los ovarios y las trompas de Falopio (*Salpingooforectomia bilateral*).

Estadio I. El tratamiento depende de la profundidad de invasión del tumor:

I-a: 1. Histerectomía abdominal total, con o sin salpingooforectomia bilateral.

2. Conización.

3. Histerectomía radical, con o sin disección de ganglios linfáticos. Es una operación en la cual se extraen el cuello uterino, el útero y parte de la vagina.

4. Radioterapia Hay dos tipos de tratamiento con radiaciones: en uno se coloca un instrumento cargado con pastillas radioactivas en la vagina, cerca del cáncer y se conserva en el sitio durante un cierto período de tiempo y, en el otro, un dispositivo externo que irradia las áreas a tratar durante las visitas al radioterapeuta

I-b: 1. Radioterapia.

2. Histerectomía radical ampliada con o sin radioterapia.

Estadio II. El tratamiento depende de la profundidad de invasión del tumor:

II-a: 1. Radioterapia.

2. Histerectomía abdominal total, con o sin salpingooforectomia bilateral.

II-b: 1. Radioterapia.

2. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia. (Medicamentos o "venenos" para eliminar las células cancerosas).

Estadio III.

III-a: Radioterapia.

III-b: Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

Estadio IV. El tratamiento podría consistir en:

IV-a: 1. Radioterapia.

2. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

IV-b: 1. Radioterapia para aliviar los síntomas como el dolor.

2. Quimioterapia.

Exenteración Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, puede ser necesario extraer el colon inferior, recto o vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, útero y vagina. La paciente puede necesitar cirugía plástica para formar una vagina artificial (*vaginoplastia*) después de esta operación.

Grupos de apoyo Como con cualquier enfermedad grave, cuando el cáncer cervical o los métodos utilizados para tratarlo afectan seriamente la vida de la paciente, puede ser de ayuda la asesoría o la participación en grupos de apoyo para enfrentar estas situaciones de estrés.

Expectativas (pronóstico)

Hay muchos factores que afectan el resultado de un cáncer cervical, de los cuales los más importantes son:

- El tipo de cáncer
- La etapa de la enfermedad
- La edad y condición física general de la mujer

Los índices de supervivencia para las mujeres con cáncer cervical con un tratamiento apropiado son aproximadamente los siguientes:

- 80 a 85% para tumores limitados al cuello uterino y al útero
- 60 a 80% cuando se ha extendido a la parte superior de la vagina
- 30 a 50% para tumores que llegan más allá del cérvix y la parte superior de la vagina pero que aún están en la pelvis
- 14% cuando el cáncer ha invadido la vejiga o el recto o se ha diseminado más allá de la pelvis

En las mujeres con cáncer cervical sin tratamiento o que no responden al tratamiento, la muerte sobreviene aproximadamente en un 95% dentro de un lapso de 2 años luego de la aparición de los síntomas.

2.2.9. Prevención.

Hay dos maneras de prevenir el cáncer cervical: la primera es prevenir las infecciones con VPH y la segunda es hacerse regularmente el examen de Papanicolaou para detectar las condiciones precancerosas y el VPH, ya que ambas pueden tratarse para detener la progresión hacia un cáncer cervical.

Para reducir las posibilidades de cáncer de cuello uterino, las niñas menores de 18 años de edad deben evitar la actividad sexual o utilizar condones siempre. Si una mujer ve verrugas en los genitales de su compañero sexual debe evitar la relación sexual. Para reducir más el riesgo de cáncer de cuello uterino, la mujer debe limitar su número de compañeros sexuales, evitar los compañeros promiscuos y suspender el consumo de cigarrillo. Debe enfatizarse, sobre todo a la juventud, que si bien no todos los casos de cáncer son imputables a la transmisión sexual muchos sí lo son y que el contagio con virus del papiloma humano es un factor de riesgo muy importante, (Pérez 2003).

3. Medicina Psicosomática.

En sentido restringido con este término se entiende la rama de la medicina que se ocupa de trastornos orgánicos que, al no revelar en su base una lesión anatómica o defecto funcional se refieren a un origen psicológico. En un sentido más amplio se entiende la concepción que superando el dualismo psicofísico, que según el modelo cartesiano separa el cuerpo de la mente, ve al hombre como un todo unitario en el cual la enfermedad se manifiesta en el nivel orgánico como síntoma y en el nivel psicológico como desajuste. Dentro de la Medicina Convencional, los trastornos psicosomáticos son entendidos como enfermedades físicas que tienen, ya sea un origen o un componente predominantemente psicológico; y la psicología psicosomática podría definirse como área de la medicina que se caracteriza por la aplicación de técnicas procedentes fundamentalmente del psicoanálisis para tratar de explicar la relación entre factores emocionales y la sintomatología de la enfermedad física.

Aunque en la medicina actual se vislumbran cambios (Burckhardt, 1994), las estructuras derivadas del pensamiento racionalista persisten y se han potenciado más por el reciente desarrollo científico y la necesaria especialización que inevitablemente ha desgajado aún más la visión global de la enfermedad. La medicina de cada sociedad refleja sus creencias, ideología y mentalidad, por ello la Medicina Occidental (MO), aborda las enfermedades psíquicas independientemente de las enfermedades físicas o del cuerpo propiamente dicho.

Las enfermedades psicosomáticas, actualmente clasificadas como factores psicológicos que afectan al estado físico (DSM-IV) ponen aún más de manifiesto la

importante interrelación entre la psique y la salud física. En los principios de nuestra medicina, en Grecia, *phyché* (el alma, lo no palpable) y *physis* (lo material, lo palpable) no eran sustancias distintas sino que eran parte de lo mismo. Mucho después la cosmovisión medieval del mundo fue sustituida por el mecanicismo racionalista cartesiano del renacimiento cuya filosofía estaba condicionada por el error de equiparar al espíritu con el mero pensamiento o razón consecuente, lo que le privaba de todo alcance superracional, y por tanto de toda presencia cósmica o inmanencia.

Con base en Giménez (2002), me voy a referir a continuación a los trastornos psicósomáticos tal como son actualmente considerados en la Medicina Occidental. Los trastornos psicósomáticos se contemplan en dos grandes grupos. Aquellos que cursan con patología somática subjetiva, y por tanto no demostrable tras las pertinentes exploraciones complementarias, los cuales se engloban bajo el concepto de Trastorno Somatomorfo, y aquellos que cursan con trastornos físicos demostrables, de mayor o menor gravedad, cuya causa se acepta de índole psicológica, y que constituyen el grupo de las Enfermedades Psicósomáticas.

En muchos estudios se ha explorado la utilización de pruebas psicológicas tradicionales para discriminar entre pacientes con trastornos psiquiátricos tradicionales y pacientes con trastornos psicósomáticos. La prueba Rorschach ha permitido a varios investigadores diferenciar entre sujetos control y pacientes asmáticos, ulcerosos, con hipertensión y pacientes con neurodermatitis. También se han utilizado el MMPI y el TAT. Sin embargo la prueba de este tipo más utilizada para la evaluación psicológica en cuanto a los trastornos psicósomáticos ha sido el programa de investigación continua de Fisher y Cleveland, basado en el Rorschach y en otro tipo de pruebas para reflejar los conceptos de una persona sobre su propio cuerpo, (Caballo, 1991). De acuerdo con Ruíz y Cano (1996) otro modo diagnóstico es el derivado de la Psiquiatría, representado por las pautas diagnósticas de los factores psicológicos que afectan al estado físico en el DSM-IV, en el cual se destacan:

- Presencia de estímulos ambientales psicológicamente significativos que se encuentran temporalmente relacionados con la iniciación o exacerbación de la enfermedad física.
- La enfermedad física tiene, o bien una patología física demostrable (artritis reumátide), o bien un proceso patofisiológico conocido (migrañas o vómitos)

- La enfermedad no es debida a un trastorno somatoforme.

Específicamente en el modelo cognitivo conductual se utilizan para la evaluación algunos de cuestionarios (Valdés y Flores, 1985) utilizados en el estudio del estrés y los trastornos psicosomáticos:

- **Locus de control** (Polaino y Villamisar, 1985): Da información sobre el estilo atribucional del sujeto, sobre si este sitúa el control en función de su conducta o factores incontrolables (internos o externos). Puede ser útil para diseñar una intervención que tenga como fin un cambio atribucional.
- **Alexitimia** (García Esteve y Nuñez, 1985): Da información sobre un estilo cognitivo consistente en una dificultad para traducir las emociones a términos verbales. Puede ser útil para diseñar intervenciones dirigidas a la "clarificación" de emociones.
- **Percepción de apoyo social** (Conde y French, 1984): Informa sobre el apoyo que cree tener el sujeto para afrontar sus dificultades. Una baja percepción de este apoyo, puede sugerir estrategias encaminadas a aumentarlo.
- **E.P.Q.** (Eysenck, 1975): Informa sobre distintos rasgos de la personalidad (neuroticismo, extraversión, psicoticismo y sinceridad). Puede ser utilizado en el diseño de la intervención.
- **Patrón de conducta A** (Valdes y Flores, 1982): Se refiere a un patrón estable de conducta caracterizado por una continua actividad conductual (sobre todo laboral), alta activación autonómica y unas actitudes cognitivas basadas en la competitividad, el éxito y el logro. Los sujetos con puntuaciones altas en esta escala suelen tener mas propensión a sufrir trastornos psicosomáticos y somáticos (sobre todo trastornos cardiovasculares). La información de altas puntuaciones puede servir para diseñar intervenciones orientadas a flexibilizar estos patrones.

De acuerdo con Humberto Calimberti (2002), existen algunos modelos interpretativos que explican los trastornos psicosomáticos:

- S. Freud y la teoría del conflicto. El trastorno psicosomático es el resultado de un conflicto psíquico entre la pulsión que tiende a la satisfacción del deseo y la instancia defensiva que tiende a su represión. El síntoma orgánico en la enfermedad

psicosomática es “significante” porque en el se identifica la satisfacción deformada y parcial de la pulsión y las exigencias de la represión. La línea terapéutica contempla rastrear el síntoma orgánico al conflicto reprimido, para encontrarle una forma de solución.

- G. Groddeck y la enfermedad como defensa. Todo proceso patológico es un proceso defensivo en el cual puede refugiarse el enfermo protegiéndose del mundo externo que lo humilla y le exige respuestas que superan sus capacidades. El proceso patológico es por consiguiente, en opinión de Groddeck, un recorrido simbólico en el que se observan las dificultades que cada uno encuentra al ser en el mundo.
- W. Reich y la interpretación energética. Todos los procesos biológicos siguen la vía de carga y descarga de acuerdo a la fórmula: tensión mecánica, carga eléctrica, descarga eléctrica y distensión mecánica. Cuando se impide la descarga, todo el organismo vive en un estado de carga sin desahogo; si ésta condición se vuelve un estado crónico, se forma en el nivel psíquico, una coraza de carácter y, en el nivel físico una coraza muscular. Los trastornos orgánicos y los psíquicos, por lo tanto, pueden referirse a las corazas en las que se manifiesta la sobrecarga crónica de la que dependen el hipertono simpático y la contracción muscular responsable de los trastornos de los tejidos y de las funciones con las que interfiere. Las teorías de Reich son las bases del análisis bioenergético que inició A. Lowen.
- K. M. Bikow y el condicionamiento anormal. Este modelo interpretativo se basa en la observación de los mecanismos de reacción al estímulo que involucran a las estructuras cerebrales superiores, cuyo mal funcionamiento repercute en las estructuras corticales y en los centros vegetativos, con la consiguiente respuesta patológica orgánica. La terapia consiguiente implica la suspensión del vínculo asociativo responsable de las respuestas alteradas por condicionamiento incorrecto y su sustitución por un vínculo asociativo normal.
- M. Boss y la manera de ser-en-el-mundo. De acuerdo con la hipótesis del análisis existencial, según la cual lo psíquico manifiesta las modalidades con las que un cuerpo es-en-el-mundo, Boss considera que la enfermedad manifiesta la modalidad única en la que el cuerpo se abre y se “intenciona” hacia el mundo, o bien las modalidades excluidas que, al no manifestarse en una experiencia global se anuncian patológicamente. Por lo tanto no existe una psicogénesis o una

somatogénesis que interactúen una relación causal, porque, en ocasión de la enfermedad corporal, la que está alterada es la relación con el mundo.

- P. Schilder y la imagen corporal. Subrayó cómo la percepción de un síntoma, su valor para el sujeto, las fantasías y los temores relacionados, están vinculados a la imagen corporal que tiene el paciente. Los estrés psicosociales y las enfermedades psíquicas aumentan la incidencia de los trastornos de la imagen corporal que se manifiestan mediante alteraciones somáticas que afectan partes o funciones del cuerpo investidas de significados simbólicos conscientes o inconscientes que influyen en la actitud del sujeto de su propio cuerpo.
- V. von Weizsäcker y el círculo gestáltico. Entiende que los acontecimientos de la esfera corporal percibidos como transformaciones físicas, los de la esfera psíquica manifestados con pensamientos, sueños, fantasías y los de la esfera social que se traducen en relaciones e interacciones con los demás, son tres aspectos en los que se manifiesta una única realidad existencial que en las tres esferas dispone de tres lenguajes diferentes, pero traducibles entre sí a condición de que se descubran las leyes que, regulando la decodificación y la remodificación de los mensajes en tres ámbitos, resultan indispensables para la plena comprensión de los fenómenos en curso.
- W. B. Cannon y las respuestas de “ataque y fuga”. Las enfermedades psicósomáticas se deben al estrés, o sea a respuestas emocionales muy intensas o muy prolongadas que activan respuestas fisiológicas o psicológicas cuya finalidad es atenuar el estrés. Cuando los esfuerzos del sujeto fallan porque el estrés supera la capacidad de respuesta, puede ser vulnerable a la enfermedad debida a una disminución de las defensas del organismo.
- J. C. Nemiah y la interpretación neurofisiológica. Conjeturo que, a causa de factores genéticos o de defectos de desarrollo, existiría una carencia de conexiones neuronales entre las áreas del sistema límbico, encargadas de la reelaboración de las pulsiones y de los afectos, y las áreas corticales, sede de las representaciones conscientes, de los sentimientos y de las fantasías. Dedujo de ello que las estimulaciones de las pulsiones no se elaboran en el nivel cortical sino que son desviadas hacia el hipotálamo, que genera estimulaciones sumamente intensas y prolongadas a cargo del sistema vegetativo.

- J. McDougall y la hipótesis psicodinámica. El paciente psicósomático es un sujeto incapaz de formular fantasías como medio de gratificación de pulsiones instintivas. Esta carencia permite que la atención se centre en el ambiente y en la realidad externa a la que el paciente psicósomático está sobreadaptado. El surgimiento de la energía instintiva en ausencia de una representación fantástica en la cual poderse manifestar, se descarga sobre el cuerpo con resultados nocivos.
- F. Alexander y la neurosis de órgano. Introduce la distinción entre los síntomas de la histeria que descargan en el cuerpo una tensión psíquica, y las neurosis de órgano, causadas por modificaciones fisiológicas que acompañan el estado emotivo, como por ejemplo la presión sanguínea bajo la influencia de la cólera, que no descarga la cólera sino que acompaña su aparición. Por lo que se refiere a las diferentes formas de enfermarse en el nivel de la neurosis de órgano, se remonta a las funciones del simpático y del parasimpático que regulan las funciones vegetativas, porque el simpático actúa principalmente en los procesos catabólicos de movilización de los recursos energéticos para enfrentar situaciones de emergencia, mientras el parasimpático estimula los procesos anabólicos de acumulación de las reservas de energía.

Dentro de la medicina actual, es precisamente en los campos de la psicología y de la psiquiatría, donde mayor convergencia se observa hacia los viejos postulados de las medicinas denominadas primitivas o tradicionales. Así el término 'psicósomático' ha desaparecido del capítulo de las enfermedades mentales de la clasificación no porque no exista la enfermedad psicósomática sino porque clasificar unas como psicósomáticas podría dar a entender que, en otras enfermedades, la psique no juega un papel determinante. Por la misma razón en la clasificación DSM-IV, de la Asociación Americana de Psiquiatría, ha desaparecido el 'trastorno mental orgánico' y se incluye un grupo de 'trastornos psicológicos que afectan al estado físico' en los que, además de una correcta etiquetación de la patología médica acompañante y de su curso y evolución, se propondría evaluar el tipo de sintomatología afectiva, para delimitar en un futuro asociaciones posibles que ayuden a discriminar mejor la confusión médica-psiquiátrica de estas enfermedades, así como la personalidad premórbida. La implicación entre personalidad y patologías médicas, especialmente crónicas, ha sido un factor, minusvalorado hasta ahora, pero de radical importancia para muchos autores, (Giménez,2002).

CAPÍTULO 2. CONCEPCIÓN METODOLÓGICA DE LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD CON BASE EN LA MEDICINA TRADICIONAL CHINA

En el panorama expuesto en el capítulo anterior se comienza a vislumbrar que la enfermedad es un proceso de construcción social, el objetivo principal de este capítulo es argumentar ésta idea y dar una alternativa para solucionar el proceso de enfermedad en nuestra sociedad actual.

De acuerdo con López (2000), elaborar un concepto de cuerpo en un periodo histórico marca las pautas de conocimiento en el presente inmediato con respecto a las ideologías dominantes en cada lapso de tiempo y las acciones realizadas para conservar la hegemonía del grupo en el poder, esto incluye las políticas de salud, las condiciones de vida de la población, los estereotipos asignados a cada grupo segregado por raza, edad, condición social o género que van conformando los cuerpos de los seres humanos hasta la actualidad. El fracaso de las políticas de salud y servicio, en nuestros días, sustentada en la atomización, nos demanda la búsqueda conceptual y la práctica para construir otra representación del cuerpo; por tanto, otras opciones en su cuidado y desarrollo.

1. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD.

Es necesario considerar el cuerpo humano como el fruto del símbolo social-cultural y un proceso en la construcción individual para llegar al problema o tema de la salud y de los sistemas de vida, es decir, el cuerpo es el espacio y la síntesis de una época de un sistema político, de una concepción de la vida y de la muerte. Para tener mayor comprensión de los problemas que nos atañen hoy en día, como las enfermedades crónico-degenerativas, es necesario hacer una lectura del cuerpo humano tomando en cuenta los procesos culturales con los recursos de la historia, la antropología, la política y la alimentación. En nuestra geografía concreta la historia del cuerpo de un gran sector de los mexicanos pone en evidencia los diversos matices en la construcción de los grupos sociales, por el acceso a la alimentación, a la salud y al tipo

de trabajo, sin contar que un cuerpo que ha sido sometido a procesos violentos desde el punto de vista ideológico, militar, político y nutricional gesta nuevos procesos de cooperación interna, esto implica un proceso que conjuga la condición emocional, corporal y espiritual, (López, 2000).

Con base en López (2000), la profundidad de una realidad como ésta hay que desentrañarla en su proceso de origen y como se le van agregando nuevas partes políticas para encubrir la intención de los grupos en el poder. Comenzaré el recorrido histórico con la Conquista, representada con la toma de Tenochtitlan por los españoles en 1521, porque marca aspectos centrales sobre el funcionamiento y construcción de redes de cooperación del cuerpo de los mexicanos, debido al cambio de forma radical de condiciones de vida ocasionado por el choque de dos culturas, el intercambio de bacterias, el enriquecimiento de la dieta por la introducción de nuevos productos y costumbres, la reglamentación de la salud, la imposición de una creencia religiosa que se encarna en el cuerpo y se alimenta de la culpa. A la par la imposición de un sistema de valores sustentado en la moral judeocristiana habrá de permitir el castigo al cuerpo y cubrirlo con atuendos de una cultura ajena. Renegar del cuerpo implica ocultarlo, minimizarlo, descalificarlo, tener vergüenza. Una sociedad que se organiza no sólo impone un sistema económico también trastoca la intimidad de las personas, tanto en su ida orgánica y espiritual.

Durante la colonia la esclavitud, las discriminaciones raciales, la implantación de un nuevo sistema de creencias, un cuerpo que come alimentos que pertenecen a otro territorio serán el panorama general en La Nueva España y tendrán sus implicaciones en el proceso de gestar nuevas reacciones y patologías que se complejizan en un ambiente donde las epidemias se convierten en factores de cambios. “Se deposita en el cuerpo una cultura del miedo, se nutre de las acciones y la educación familiar y social en a cual se conjuga la relación lógica de la causalidad y tiene sus modelos de lo que puede suceder si no se ajusta a la norma y la servidumbre voluntaria” (López, 2000, p. 29).

En esta época así como en los siglos posteriores la concreción de políticas de población, de mezcla de razas que habrá de dar una nueva convivencia entre criollos, indígenas, mestizos, mulatos, negros fue un factor predominante y algunos no podrán

soportar el choque cultural o la imposición de una cultura que los excluye y los deja en el lugar del olvido.

La discusión sobre la identidad nacional de los mexicanos es un discurso que los españoles y los criollos elaboraron con la intención de lograr algunos beneficios para poder escribir una historia nueva y uniforme para los deseos del poder político-económico de los criollos convertidos en liberales. Los originales no tenían problemas con su identidad, eran y son mayas, lacandones, yaquis, mixes, totzil, zapotecas, etc. La negación por parte de los gobernantes de la península Ibérica del derecho a ostentar el poder político de los criollos condujo a la lucha de la independencia. La sociedad mexicana que emerge del movimiento de independencia hereda un sistema educativo católico que censura, castiga y reprime acciones que se hacen con el cuerpo y no toma en cuenta la salud física y psicológica como resultado del cuerpo y su circunstancia. La herencia de la sociedad mexicana del siglo XIX no escapa al peso de la memoria de trescientos años de colonialismo, así que el sincretismo corporal también es fruto de esa mezcla de dos concepciones de lo moral y de lo ético. La apariencia es un factor que selecciona y acomoda lo racional y lo corporal y se concretiza en los estilos de vida y en las formas de ser en lo social y en lo individual.

Con base en López (2002) la recién nacida sociedad mexicana, en 1821, que deseaba ser cosmopolita tenía que negar lo oscuro o atrasado, según los parámetros de la incipiente ciencia positivista y su concepto de calidad de vida. Una sociedad que aspira a una representación diferente lucha con el pasado para depurar y construir una nueva representación simbólica para su sobrevivencia. El racismo iba construyéndose, la mezcla entre los habitantes de la naciente república mexicana tenía tres grupos sanguíneos a, o y b, formo otras combinaciones de rasgos, de cuerpos, de tipo de sangre, el hacer una selección del cuerpo de los mestizos, los mulatos, los coyotes, etcétera, sólo implicaba que en la escala social y de evolución tenían una función social específica y no se podía escapar de ella.

“Conformar la representación social que se tiene del cuerpo humano en un tiempo y en un espacio determinado permite la construcción sustentada sobre un tipo de moral, una ética y una estética, en los usos y sus cuidados” (Mauss, 1979, citado en López, 2000 p. 20). Asimismo, en las formas de vivir y de morir. En este sentido, el problema

de lo corporal se cruza con la disputa por el poder político y económico por un grupo en el poder, los criollos. En el siglo XIX se vivió este proceso de lucha ideológica entre los liberales y los conservadores. Hasta 1856 los liberales querían hacer de este país una emulación de los europeos. La educación es la guía de la nueva sociedad: la educación laica y el ejercicio de la razón. Ese anhelo importó estilos de vida y propició cambios culturales aún vigentes en la memoria colectiva de la sociedad mexicana.

En la representación simbólica del cuerpo en el siglo XIX instituye el valor de la posesión, la competencia y la reproducción de buenas costumbres en el horizonte que se planteó la meta era la paz social. Podemos ver que el cuerpo de los mexicanos es un espacio que se va configurando con cultura e ideas ajenas. Si agregamos a este panorama los cuerpos llevados a los extremos de la explotación, principalmente los de los grupos étnicos, entre otras cosas quitarles sus tierras, reafirma el imaginario social de inferioridad de los nativos, la herencia de un estigma del mal y que todos los pobres eran delincuentes potenciales y justifica aberraciones como la de encontrar las correlaciones entre delincuentes con una estructura corporal similar (la de los indios). Una subalimentación tiene un profundo sentido político y hacerles creer que son cuerpos inferiores tiene su efecto emocional en la autoestima y minimiza las expectativas de ascender en la escala social. Este cuerpo que se encierra se marca emocional y físicamente con la señal de un castigo

En base a López (2000), las formas de vivir en la naciente sociedad industrial, del siglo XIX, no fueron equitativas y la desigualdad en el crecimiento económico y cultural posibilitó la estratificación en las oportunidades de participación en la riqueza y los servicios. La nueva política en la sociedad de consumo hace posible la construcción de nuevas representaciones sociales en el campo de las relaciones humanas, la subjetividad en la familia, y permite la elaboración de nuevos símbolos y significados en la vida social y personal. De acuerdo con López (2002), la industria en el Valle de México habría de cambiar las relaciones de los espacios de la vivienda: hubo contaminación y aire enrarecido, las epidemias mermaron el cuerpo de los trabajadores y jornaleros, las deformaciones por el trabajo rutinario y las enfermedades profesionales serán los primeros impactos en un cuerpo que lo invadió la industria textil. Además se añaden condiciones tales como las inmigraciones del campo a la ciudad y el colapso cultural que sufren los individuos que las realizan; el abandono afectivo-emotivo es otra fuente

de construcción donde el sujeto se expone a la baja autoestima y en consecuencia a perturbaciones sobre el desempeño; encontrarse en una sociedad competitiva; nuevas expectativas de autorrealización que generan frustración y amargura por no poderse realizar; entre muchas otras condiciones atenuantes.

Lo corporal y las formas de vivir cambian en una estrecha relación con la industria del servicio y el consumo; en la creación de nuevas necesidades para el cuerpo. Los efectos de la producción en serie y las actividades rutinarias en el trabajo y la vida cotidiana en el cuerpo de los obreros aunado a problemas como la desintegración familiar, prostitución, guarderías, lavanderías, indigentes, construye, entonces las enfermedades o trastornos de orden mental como problema social.

Como parte de esta historia las mujeres latinoamericanas fuimos discriminadas dada nuestra condición de género y por pertenecer a un área del Tercer Mundo, empezando por los procedimientos utilizados por los españoles durante la conquista (1492 en adelante). Con base en López (1998), el papel preponderante de la religión católica marcó el posicionamiento de las mujeres no sólo como madre sino como servidora del varón: así lo hizo desde los tiempos de la conquista y de este modo se mantuvo a lo largo de los siglos, más allá de las modificaciones que las vanguardias del catolicismo intenten promover. La castidad, la sumisión al varón y la obediencia constituyeron ordenadores fundantes en la construcción de la subjetividad femenina y mantienen su eficacia, salvando las excepciones promovidas en algunos segmentos culturales.

América Latina convertida en proveedora de materias primas, de productos naturales no renovables que en poca y ninguna medida logran desarrollar industrias, incorpora el trabajo de las mujeres como mano de obra no calificada, fenómeno que persiste al mismo tiempo que, al limitar o impedir su acceso a la educación, las coloca en situación de inermidad para defender sus derechos, o a aspirar a posiciones de mayor rango. Mientras así continua sucediendo, en los países centrales los movimientos organizados por las mujeres fueron logrando legislaciones prometedoras. El trabajo realizado por las mujeres fuera del hogar, también resulta invisible para las estadísticas, ya se trate de trabajadoras en áreas rurales o urbanas. Así se desprende de los censos de población realizados entre 1970 y 1980, que indican el subregistro de las trabajadoras. También se define la discriminación a través de las ocupaciones denominadas femeninas:

enfermeras, maestras, secretarias, empleadas de servicio doméstico, es decir, profesiones y ocupaciones subcalificadas. La discriminación en el área trabajo también se reconoce en los diferentes salarios, más bajos para las mujeres, aunque realicen el mismo trabajo que los hombres, lo cual es violatorio de la legislación imperante en la mayoría de los países de la región pero es un fenómeno incorporado en el imaginario social como un hecho natural. Podemos enriquecer esta somera enunciación advirtiendo otro fenómeno: cuando se busca trabajo, innumerables avisos que así lo solicitan demandan "señoritas de buena presencia", lo que en algunos países implica la discriminación de la mujer aborigen, (López, 1998).

Los ritos sociales y familiares casi siempre se empatan y se amalgaman. En los espacios familiares se construyen ritos que se interiorizan y el sujeto no ve otras posibilidades en su vida ordinaria. Cada familia estructura sus formas de resistencia o de resignación a la normatividad social y eso se observará en su manera de ver y sentir el cuerpo. La historia de sus modos de construcción puede transformar el cuerpo, adoptando nuevas vinculaciones en la sensibilidad perceptiva.

“Los impactos psicológicos en la relación familiar posibilitan maneras de apropiación y se manifiestan en formas de ser y maneras de caminar y ello contribuye en las maneras de sentir y vivir el cuerpo por los sujetos, su actitud les parece normal. Los impactos emocionales y las maneras de ser de cada uno tienen una intención que contribuyen con la convicción de hacer un cuerpo humano que esté sometido a los deseos de los otros” (López, 2000, p. 40).

Bajo este panorama histórico el cuerpo se va construyendo y explotando o convirtiendo en objeto de discusiones y de políticas científicas que no tienen mayor preocupación que el dominio de los mercados y el control político. La industria del mercado sobrepasará las intenciones del control, se hará fino el proceso de clases sociales; la distinción con perfumes o ropa e incluso la nueva estética corporal. “La democracia y el libre mercado han de ser los que imponen las maneras de enfrentarse con un cuerpo lleno de nuevas deformaciones por los hábitos alimenticios; desde el uso de hormonas para engordar los animales de corral hasta los llamados transgénicos y el uso irracional de los medicamentos, las sociedades de consumo no serán sólo los santuarios para que se mueran en los hospitales los cuerpos con un ritual que degrada ala

que se queda vivo. Un cuerpo que se va destruyendo no sólo muestra la decadencia de una sociedad de consumo también muestra que la esperanza de vida no ha sido la mejor” (López, 2002, p. 37). La religión católica hizo una sofisticación de la represión corporal, el dolor se hace consigna. Lo psicossomático es sólo un refugio de los seres humanos ante la inmensidad de mensajes que reciben y no saben cómo procesar.

Las demandas sociales definen los procesos de hacer propias las formas y las categorías del cuerpo propio y del ajeno, lo suscriben a la reproducción y al consumo. Entendemos al ser humano como fruto de la historia, de una cultura que se empieza a colapsar y en ese colapso aplasta al sujeto social, lo destroza con sus contradicciones e imágenes, son los nuevos iconos que se develan como rituales en una sociedad altamente cognitiva (López, 2003).

Otro de los aspectos que debemos tomar en cuenta es el fenómeno de la alienación, donde la persona se experimenta a sí misma como un extraño, sus actos y las consecuencias de ellos se han erigido en amos, a los que obedece. Tenemos papeles para establecer nuestra identidad, y esta identidad de papel es algo fijo y definitivo. Es un símbolo notable de la identidad alienada. Un tipo de identidad producto de las necesidades burocráticas del comercio o la administración.

Muchas personas en nuestra época ya no están seguras de quienes son, porque en la sociedad industrial moderna se encuentran alienados con relación a su prójimo, a la naturaleza, a la obra de sus manos y su inteligencia, y a sí mismos. Muy a menudo, atributos físicos reales o imaginarios, partes de la imagen corporal, o la imagen corporal entera, se convierten en un punto eje de identidad. Mucha gente elabora en torno a una identidad tan negativa el sentimiento de que este rasgo particular determina inalterablemente el curso de sus vidas, y que, por lo tanto, están condenados a la infelicidad.

Observamos la desestructuración de una imagen del cuerpo ligada a la creatividad, a la expresión, a la solidaridad, a la imaginación, como temáticas habituales del trabajo corporal; en cambio tenemos un cuerpo presionado, exigido, demandado, con exceso de tensión, sin poder aflojar. Una imagen de cuerpo devaluada y mercantilista porque el eje

de la valoración corporal ya no pasa por lo que es, se siente o se piensa sino por el estar bajo los estereotipos, por lo que se posee.

Cuerpos que tienden a verse iguales donde la diferencia es vivida como peligrosa y el otro es siempre un rival en el mercado, la gente se repliega, pierde la capacidad para trabajar con otros, expresa la dificultad de escuchar o de ver perdido su precario equilibrio, evita el conmoverse junto al compañero. Un cuerpo inseguro, amenazado, violento, cuerpo con miedo, que tiene urgencia por acorazarse, encontrar rápidos mecanismos de defensa, donde aparecen estereotipos o respuestas exageradas; un cuerpo estresado que siempre está en peligro ya que aquel que debería cuidarlo es igual o más temible que el que ataca. Cuerpo desestructurado, confuso, donde tanto ser hombre como ser mujer pierden consistencia; las identidades clásicas están atravesadas por las problemáticas del empleo, los cuerpos masculinos pierden sus “apoyos” tradicionales. Cuerpo deprimido, cansado, sin fuerzas, que no encuentra el para qué, que no puede ni levantarse del piso, que necesita “re-pararse”, dormir, luz tenue, frazadita, venir al encuentro de la energía perdida. Cuerpo hiperinformado, con exceso de conexiones pero poco comunicado. Cuerpo de la virtualidad, cuerpo del celular, de la imagen, de estar en “lo último” (¡y en las últimas!). Cuerpo “traumado”, ya que la intensidad y la velocidad de los cambios impiden procesar los estímulos, representarlos, organizarlos y significarlos. Cuerpo que produce “síntomas” distintos a los conocidos en la historia personal. Síntomas corporales que no es suficiente pensar desde el mecanismo de la represión. Cuerpo que ante las graves fallas del entorno sólo puede atribuírselas a sí mismo, como forma desesperada de la espera, (Giberti, 1994).

Un tema de importancia para la contextualización de este trabajo es el de la condición de la mujer, teniendo en cuenta que la ideología expresa una representación social que individuos y grupos se forman para actuar y comunicar. Con base en López (1998), mucho se ha hablado del papel que ha detenido la mujer a lo largo de la historia y cómo se ha desarrollado la condición social de su sexo. Esta discusión ha sido abordada por distintas disciplinas, partiendo de ópticas, marcos teóricos y metodologías distintas. A través de la historia de la humanidad la explotación de la naturaleza ha ido de la mano de la explotación de la mujer. Las instituciones sociales son organismos que crean acuerdos tradicionales de normas y valores. Esta ideología de origen masculino, sobre la condición del deber ser femenino, llega a ser internalizada a tal grado en las mujeres,

que ellas mismas son agentes de su transmisión de valores que se les imponen y de la reproducción del sistema social que así las concibe.

La negación que hace la mujer de su sexualidad, de su cuerpo, de su capacidad de pensar y decidir; situación que propicia una actitud de dependencia y sumisión, inicialmente hacia la madre y posteriormente hacia el esposo y los hijos. Con base en lo anterior, podemos deducir que “mujer” es un conjunto de cualidades, capacidades y pensamientos que van reestructurándose de acuerdo a las diversas instituciones a que matizan su comportamiento social y sexual, ya que de acuerdo a éste será estereotipada de “buena” si cumple con las expectativas socioculturales, y de “mala” si rompe con los comportamientos socialmente aceptados.

De acuerdo con López (1998), en la educación judeo-cristiana (así como anteriormente en todas las culturas como la maya, la azteca, la griega, la romana, por ejemplificar algunas) los mitos han acompañado la construcción ideológica de la mujer. La reglas morales del comportamiento femenino están basadas en Eva donde se justifica la esclavitud como castigo divino; el de María es el retrato de la abnegación y la pureza pues ella concibió a Jesucristo sin llegar a la relación sexual, elaborando con esto una concepción mítica respecto a la maternidad virginal; además se encuentra a María Magdalena la mujer pérdida que puede ser redimida por el hombre. Confundido con creencias religiosas y establecido en actitudes culturales, el mito de la virginidad es una especie e garantía a priori de primera pertenencia. Revela la transacción que establece la relación entre un hombre y una mujer, como si se trata de adquirir un producto. El sello de garantía en las sociedades correspondiente a la virginidad. Sin ese sello, pareciera que la mercancía pierde su valor original, se ha gastado, tiene defecto, su precio ha disminuido o se ha convertido del todo en indeseable.

La mujer es idealizada como un ser siempre bueno, pasivo, obediente, servil, tierno, maternal, ama de casa eficiente y satisfecha, amable, comprensiva, delicada, dependiente, sin iniciativa, instintiva y sexual, y como ente viviente que cumple funciones “naturales”. Según López (1998), los trabajos realizados por biólogos (Ch. Darwin, E. O. Wilson, D. Morris y D. Barash, entre otros) parten de una visión parcial del problema, ya que sólo han considerado las hormonas, los genes, la adecuación y la sobrevivencia y se han olvidado de la historia, la ideología, la cultura, la economía, la

moral, los procesos específicamente humanos que han determinados el significado de ser mujer y de ser hombre. No hay fundamento científico en la biología para afirmar la existencia de una base biológica, que haga necesario adjudicar ciertas tareas y conductas a uno u otro sexo. En el género humano lo biológico no conduce a jerarquías sociales y no existen explicaciones que comprueben lo contrario. Las características estrictamente biológicas que diferencian a los sexos son hechos innegables, pero por sí mismas no explican ninguna diferencia de poder, ni de jerarquización o de inferioridad de un sexo con respecto a otro. El significado de estos hechos biológicos está dado desde la perspectiva humana y si puede dar alguna justificación es porque está reviste una serie de valores sociales.

Desde nuestra perspectiva, la condición social de los sexos es un fenómeno muy complejo que comprende aspectos biológicos, sociales, psicológicos, etc., por lo tanto para profundizar la discusión es necesario considerar estos elementos en su conjunto y no aisladamente, es decir, analizando los vínculos y la relación que han tenido y tienen en distintos sentidos. Dentro de este contexto, lo biológico deja de ser irremediable, deja de ser limitante insalvable, se transforma en un elemento entre otros que conforma una realidad transformable.

Dentro de este contexto y aterrizando en el tema de la salud de la femenina. Cuando una mujer asiste a una consulta ginecológica, lo hace incluyendo en ella a sus fantasmas, prejuicios, creencias y tabúes adquiridos a través de las prácticas sociales; la cultura ejerce su eficacia durante toda la vida de la mujer y sus contenidos formarán parte de la construcción de la subjetividad femenina. Lo que no siempre resulta explícito es la situación paradójica en la que suele efectuarse dicha consulta: por una parte, el profesional supone que se encontrará con una mujer (de acuerdo con lo que ha aprendido que es) pero al mismo tiempo-y por lo general-esa mujer no sabe quién es realmente, ya que colonizada por pautas convencionales, probablemente actúe de acuerdo con lo que cree que le corresponde, sin haber podido hacerse cargo de lo que ella piensa y siente acerca de sí misma. Este es uno de los problemas mayores dentro del estudio de género y en nuestro caso (cáncer Cervicouterino) remite específicamente a la relación sexualidad-conciencia del género mujer.

De acuerdo con López (1998), el origen de la concepción médica hacia lo femenino se puede rastrear desde lo presocráticos, pasando por Platón, Aristóteles, Hipócrates y Galeno, el cuerpo de la mujer fue considerado incompleto, además de serle reconocida como función mayor la de contener el semen destinado para la procreación. La tesis de la incompletud adquirió vigencia a través de los textos freudianos pero, más allá de su escritura, el éxito de esta concepción se debió y se debe a los profesionales, hombres y mujeres, que desde distintas ópticas y con distintas argumentaciones las sostienen como válida. El aprendizaje que la condujo a creer que su cuerpo es fuente de suciedad, debido a la menstruación o a la emisión circunstancial de flujo, adquiere eficacia en la construcción de mecanismos obsesivos tendientes a controlar permanentemente la higiene de sus genitales o bien a limitar la espontaneidad de una relación sexual, temiendo “no estar suficientemente limpia” También entran en juego cuando se intenta prever todo detalle de lo que será la relación sexual o la vida sexual, frenando la posibilidad de sorpresa y suspenso. La necesidad de ocultar el propio deseo sexual puede coadyuvar en la construcción de mecanismos reivindicativos que se expresan fuera de los ámbitos de la sexualidad.

El cuerpo parece que se diluye y no existe, todas las propuestas se encaminan a las enfermedades, a la higiene, a la aplicación de medicinas, a las cirugías, etc. La investigación sobre la salud o las enfermedades se centran en el aspecto institucional. Las representaciones sociales no son definitorias. El cuerpo es una posibilidad hay que construirlo o desarrollarlo y eso no se logra mediante la cultura instituida, no hace falta que se focalice el individuo sobre lo que piensa y desea hacer con su cuerpo. El cuerpo es sólo un elemento que se construye de acuerdo con las ilusiones que se piensan debe hacerse socialmente.

La respuesta se encuentra en el interior de las personas y no afuera, para el caso de lo psicossomático. El proceso de construcción que hace el individuo transforma las relaciones de los órganos y sus expresiones en un estilo de vivir con la familia. Esto nos pone ante un reto: construir opciones para nuestro tiempo basadas en la relación entre órganos, cuerpo, emociones y cultura, entre procesos complejos que produce el individuo. Del proceso corporal no podemos excluir las emociones y los sentimientos como parte importante en nuestra época y también el desarrollo espiritual de los seres humanos se conjuga en un cuerpo y presenta también un desarrollo espiritual de los

seres humanos se conjuga en un cuerpo y presenta síntomas y formas de enfermarse. Existen nuevas exploraciones sobre el espacio corporal que brindan la posibilidad de construir una nueva relación del cuerpo y la individualidad, (Durán, 2004).

Sabemos que el cuerpo es una síntesis donde confluyen el espacio y el tiempo de la realidad histórica-geográfica de una sociedad y las políticas públicas sobre la salud; le dan un aporte especial la cultura, la moral y la nutrición. El cuerpo no es una verdad biológica, es un fruto histórico, es un proceso complejo que, demanda el recurso mismo de la historia como la herramienta que nos permite darle una resignificación a los procesos y dimensionarlos.

Con todo lo anterior podemos vislumbrar que en una amplia visión de lo psicosomático la relación de los órganos con las emociones es donde podemos encontrar la construcción de un proceso que ha de interpretarse como la expresión de una emoción que ha logrado ser dominante en el organismo, vía la conjugación de lo que representa y siente el sujeto. La materialización de estos aspectos en un padecimiento psicosomático es susceptible de interpretación si seguimos la ruta de una expresión o contención de emoción y sentimientos, es decir, la historia personal.

2. MEDICINA TRADICIONAL CHINA.

Como he mencionado reiteradamente a lo largo de este texto en Occidente, debido a nuestra visión mecanicista del cuerpo humano, integramos con dificultad conceptos tales como espíritu y materia, o mente y cuerpo, y las enfermedades psíquicas y físicas permanecen a menudo como entidades cuyo abordaje médico especializado adolece de la necesaria visión integradora. Esto contrasta con la visión holística de las medicinas tradicionales o primitivas. La diferente visión cultural y filosófica de las sociedades orientales hace que problemas similares sean interpretados de forma diferente.

Cada sociedad, desde antiguo, ha desarrollado sus propios sistemas, procedimientos y modos de curar. Nuestra sociedad occidental, según Peter Brown (1988) es una más dentro de las que se desarrollan en el planeta y, por tanto, su medicina, la denominada medicina occidental, convencional, alopática, científica y tecnológica es el resultado de la búsqueda de soluciones a los problemas de salud dentro de esta cultura.

De acuerdo con Aparicio (2004) un sistema terapéutico es válido si resuelve o ayuda a resolver problemas de salud. Las medicinas tradicionales, por lo general miran más allá del cuerpo, intentando reequilibrar tanto los aspectos observables (afectados) como los de índole espiritual, vivencial y anímica. Y cada vez hay más demanda por parte de la población de sistemas como la medicina tradicional china, la homeopatía, la naturopatía, y los modos de curar de las tradiciones de cada pueblo, al lado de la medicina occidental. En la capital mexicana se puede observar una gran difusión de la medicina tradicional china. En Cuba existe un sistema de salud integral e integrado en el que conviven la medicina llamada científica y la medicina tradicional y natural junto con la medicina china como medicina intercultural.

La cultura tradicional de salud en Mesoamérica y en China, cada una con sus características propias y regionales, se ha forjado a partir de un pasado en el que el ser humano se hallaba absolutamente integrado y unido a la naturaleza y al mundo de creencias. Una cultura de hermandad con la naturaleza, de interacción con ella y con sus fuerzas ubicó a amerindios y asiáticos en tradiciones tremendamente ecológicas, tal como fue en el paleolítico. Y junto con lo que les rodeaba, perceptible por los sentidos, estaba el amplio y variado mundo de lo sobrenatural, aportado por la cultura y las tradiciones propias de cada pueblo. En las medicinas tradicionales, y concretamente en la Medicina Tradicional China (MTC), el mundo físico o corporal está íntima e inseparablemente unido al mundo de la psique, integrando ambos una esfera única en la que cualquier trastorno físico puede conllevar su correspondiente trastorno mental y viceversa. La salud, pues, en las culturas tradicionales mesoamericanas y amerindias, siberianas, chinas y coreanas no sólo se entiende como el bienestar del cuerpo, de la mente y del grupo sino como la vivencia conjunta y armónica de lo viejo y lo nuevo, del pasado y del presente, de lo que se ve y de lo que no se ve (llámense energías, llámense fuerzas espirituales, llámese *Ki*). Salud es, para ellos, prosperar en el plano del conocimiento, sentirse integrados en una naturaleza que se comparte, que se comprende como hermana, como madre, y se vive en armonía y respeto, (Aparicio, 2004).

El complejo lenguaje científico occidental era desconocido para las sociedades tradicionales que se expresaban de otro modo, con el lenguaje, no menos complejo, de la similitud cosmológica y de la simbología. Por ello, los argumentos por los que la MTC interpreta las enfermedades, desde hace más de 2.500 años, son difícilmente

comprensibles para nuestra mentalidad científica occidental, pero el resultado final de dicho análisis, esto es, la visión integradora de la enfermedad, coincide cada vez más con el que se va alcanzando por la vía de la razón científica. Es preciso, a la hora de enjuiciar las medicinas tradicionales, saber que ellas miran de otro modo y expresan otro lenguaje, y reconocer que el análisis científico occidental no es la única manera de analizar los hechos. No se debe pretender, en modo alguno, sustituir ni “orientalizar” nuestra sofisticada y avanzada medicina científica, sino aprovechar la luz de la experiencia ancestral para iluminar oscuros senderos ocultos a la razón, y permitir de este modo que el método científico entre donde de otro modo jamás lo hubiera hecho.

El legendario origen de la MTC se pierde en el inicio de la historia. Podría datarse en más de 2.500 años. Gran número de especialistas admiten que es difícil comprender cómo pudieron ser descubiertos ciertos aspectos sutiles de dicha medicina sin que sus inventores hubieran tenido acceso a modos de percepción del mundo y del ser humano que nos sobrepasan. Aunque mi intención no es abordar discutibles aspectos esotéricos, muchas veces oscuros o incomprensibles para nuestra mentalidad, es necesario para entender algo la MTC tener presente que ésta asienta, en gran medida, sobre fundamentos espirituales. Tratar de obviar la espiritualidad y la simbología para quedarnos con un análisis exclusivamente científico equivaldría a despojar de su esencia a la MTC, enfoque erróneo que nos llevaría a una pobre interpretación de su enorme saber. Por todo ello, previo al análisis de la concepción del psiquismo en MTC será preciso mencionar, siquiera sea brevemente, los fundamentos que sustentan el análisis, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades (Giménez, 2002).

2.1. Fundamentos de la Medicina Tradicional China

2.1.1. Teoría del Yin y del Yang:

Con base en Zhang y Zheng (1982) es el principio general de la filosofía china que se aplica en medicina. Es un principio clasificador de los fenómenos de la naturaleza, principio del cambio cíclico, los dos aspectos de una misma cosa, principio de oposición y de complementación, “la unidad que engendra dualidad”. Sostiene que todo fenómeno o cosa en el universo conlleva dos aspectos opuestos: yin y yang, los cuales se hallan a la vez en contradicción y en interdependencia. La relación entre yin y yang es la ley universal del mundo material, principio y razón de la existencia de millones de

cosas y causas de la aparición y desaparición de toda cosa. La teoría del yin-yang se compone de los principios de oposición interdependencia, crecimiento y decrecimiento e intertransformación del yin y yang. Los antiguos usaban el agua y el fuego para simbolizar las propiedades básicas del yin y yang. A Yin se asocian hechos o fenómenos relacionados con el agua, como abajo, noche, frío, oscuro, femenino; a Yang se asocia el fuego, arriba, día, calor, brillo, masculino, etc.

Las analogías macro-microscópicas permiten obtener sus equivalentes en medicina, es decir, los tejidos y órganos pueden pertenecer a yin o yang de acuerdo a su posición o función relativa; así los órganos parenquimatosos (con tejido esponjoso) son Yin, es decir, hígado, corazón, pulmón, riñón y bazo; en contraposición con las vísceras huecas o entrañas que son Yang (estómago, intestinos grueso y delgado, vejiga y vesícula); las enfermedades del interior son Yin en contraposición a la enfermedades externas que son Yang, las enfermedades crónicas son de carácter Yin frente a las enfermedades agudas que son Yang, (Giménez, 2002).

De acuerdo con Galo (2009) este principio también se aplica como diagnóstico y principio de tratamiento, ya que el desequilibrio entre ying y yang es la causa del síndrome, definir cual es su característica principal es de suma importancia para determinar si los síntomas son ying o yang y así elegir el tratamiento adecuado.

2.1.2. Teoría de los órganos y las entrañas Zang-Fu:

Es una aplicación de la teoría de los Cinco Elementos. Permite no solo la consideración anatómica de los mismos sino que establece principios de relación fisiológica entre ellos. Los órganos parenquimatosos Zang (hígado, corazón, bazo, pulmón y riñón) representan la vertiente funcional Yin y a cada uno se acopla una entraña o víscera hueca Fu (vesícula biliar, intestino delgado, estómago, intestino grueso y vejiga) que representa la vertiente funcional Yang. Existe en MTC una sexta entraña sin representación anatómica que es denominada triple calentador, tres fogones o San Jiao, cuya función está relacionada con las serosas y la circulación de los fluidos por todo el organismo. Esta teoría tiene aplicaciones en el campo de la fisiopatología. Así un exceso de generación o de dominancia, o la existencia de contradominancia (el órgano dominado pasa a ser dominador) producen órganos en exceso energético y otros en deficiencia, lo que se traduce en una alteración que causa patología (Giménez, 2002).

2.1.3 Teoría de los Cinco Elementos:

Mejor llamada de los Cinco Movimientos, esta teoría es una continuación del principio de transformación o mutación del Yin-Yang. Como éste, es también un principio filosófico general aplicable a la medicina y que está basado en la observación de las leyes de la naturaleza y en las analogías macro y microcosmos. En virtud de este principio los distintos estados de la materia se van transformando según una secuencia conocida y por tanto previsible.

Los cinco elementos son madera, fuego, tierra, metal y agua. Mientras el fuego y el agua corresponden, respectivamente, al Yang y al Yin máximos, madera y metal son estados intermedios. La tierra representa el centro. La secuencia de transformación responde al principio de generación o de engendramiento por el cual un elemento produce el siguiente en el orden que se ha mencionado, y al principio de dominancia por el cual cada elemento controla y es controlado por otro. El orden de generación es: la madera genera el fuego, el fuego genera la tierra, la tierra genera el metal, el metal genera el agua y el agua genera la madera, estableciendo un círculo que continúa repitiéndose en forma indefinida; bajo estas circunstancias cada elemento es siempre generado (hijo) y generador (madre); esto es conocido como la relación madre-hijo de los cinco elementos (Giménez, 2002).

La interdominancia implica control mutuo e inhibición mutua; significa que cada elemento puede ser a la vez dominante y dominado siguiendo el mismo orden de intergeneración, la madera domina la tierra, la tierra domina el agua, el agua domina el fuego, el fuego domina el metal y el metal domina la madera. Un equilibrio relativo es mantenido entre la intergeneración e interdominancia, lo cual asegura el normal crecimiento y desarrollo de las cosas. En caso de exceso o deficiencia en los cinco elementos aparece el fenómeno de interdominancia anormal que es conocido como exceso de dominancia o contradominancia. Según el So Wen (texto clásico de MTC), el metal corta a la madera, el agua apaga el fuego, la madera cubre la tierra, el fuego funde el metal, y la tierra encauza el agua (figura 6).

El exceso en dominancia es como el lanzamiento de un ataque cuando la contraparte está débil. Clínicamente se domina a este fenómeno interdominancia. El orden del exceso en dominancia es el mismo de la interdominancia, pero es un daño que ocurre

bajo ciertas condiciones. Así el fuego funde el metal; el metal corta la madera; la madera penetra en la tierra; la tierra absorbe el agua y, por último, el agua apaga el fuego. En esta misma consideración de dominancia y control, la energía del corazón domina pulmón; la energía del pulmón domina el hígado; la del hígado controla al bazo y la energía del bazo a riñón. Lo mismo sucede con los demás órganos con los que cooperan: el intestino delgado, el intestino grueso, la vesícula biliar, el estómago y la vejiga. Contradominancia implica atropello, el orden es justamente opuesto al de la interdominancia, (Zhang y Zheng, 1982).

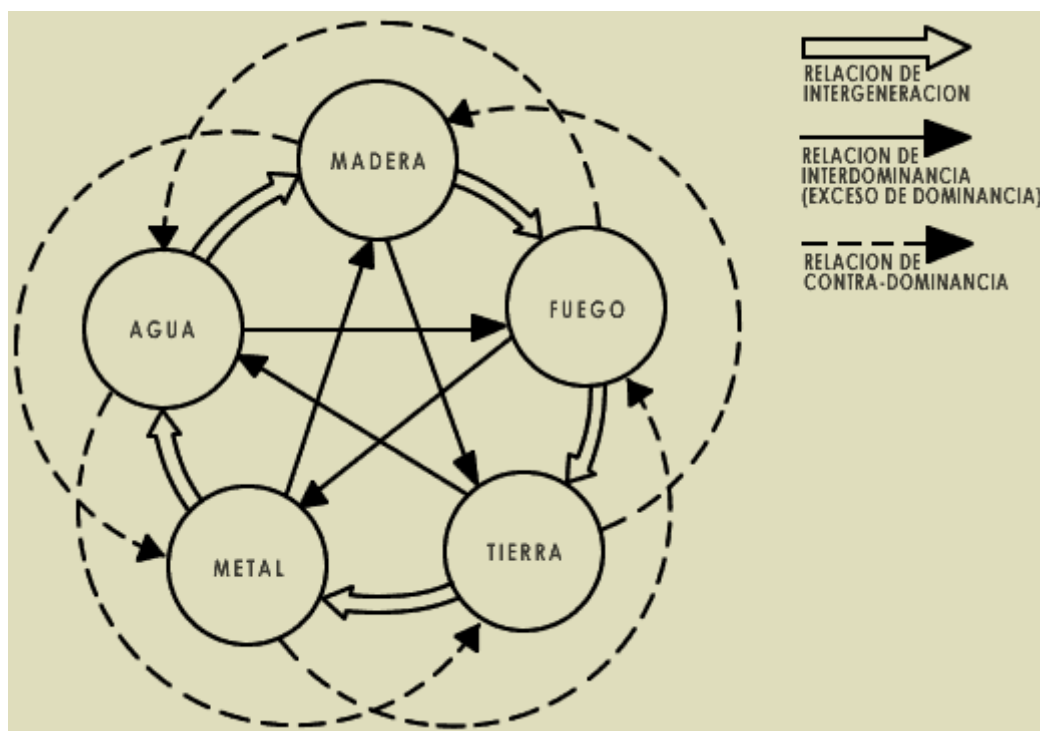


Figura 6. La relación de integración, interdominancia, exceso de dominancia y contradominancia entre los cinco elementos. Zhang y Zheng (1982).

Cada uno de estos elementos se asocia a conceptos diferentes, los cuales, al igual que el elemento material que los encabeza, se someten a los mismos mecanismos de transformación y control. Así a la madera se asocian conceptos como: viento, primavera, hígado, vesícula biliar, ira; al fuego se asocia: calor, verano, corazón, intestino delgado, alegría, etc.; a la tierra: humedad, verano tardío, bazo, estómago, obsesión; al metal: sequedad, otoño, pulmón, intestino grueso, tristeza, etc; al agua: frío, invierno, riñón, vejiga, miedo, etc. La destrucción de los recursos naturales tiene la relación, estrecha con la condición corporal; el cuerpo es un microcosmos que se integra en relación armoniosa con el agua, la madera, el fuego, la tierra y el metal. Cuando estos elementos se destruyen en el planeta tierra, el cuerpo también vive las consecuencias. El

desequilibrio energético en las personas es la primera de ellas y, por lo tanto, se altera o se rompe la relación que el cuerpo tiene con su entorno inmediato. El hombre vive en relación con su espacio e incluso puede nacer en los lugares donde se ha roto el equilibrio ecológico y el cuerpo desarrollará nuevas redes para su adaptación; de eso surgen nuevas personalidades y relaciones con el cuerpo: es un proceso complejo del que la epidemiología cartesiana no puede dar cuenta, (Durán, 2004).

2.1.4. Relación entre los Zag-fu (órganos-vísceras) y los cinco elementos.

- Corazón (xin)

De acuerdo con Durán (2004) el fuego representa el espacio universal y envolvente dentro del cual crecemos y nos expandimos, es la flor y el fruto, es el verano y está asociado al corazón. Cuando el ser humano obedece a su corazón, se articula a su origen, el fuego, al calor que el Sol proporcionó a la vida dándole luz y la conciencia de presencia en el mundo, la capacidad de amar lo que les rodea. Comenzar con esa pequeña pero importante intuición nos llevará a reconocer nuestra propia profundidad humana en la felicidad, porque en el corazón se anida la emoción de alegría. El corazón impulsa la sangre a través del cuerpo y esta actividad le sirve de vehículo para la comunicación con todas las células, en este recorrido infunde al cuerpo la conciencia, pues integra y comunica la experiencia de vida. Comunica sensaciones y sentimientos a lo largo del cuerpo, con ello apoya la interconexión entre nuestra vida íntima y el universo externo. La capacidad que tiene el ser humano de ser un ente individual unido al mismo tiempo a los otros y a lo que le rodea, la otorga el corazón; ese resulta ser el camino a la espiritualidad. Al acoplarse con la energía del intestino delgado que purifica y transporta los líquidos y las sustancias que ingresan a la sangre, aprovecha los nutrientes de los alimentos e inspira al cuerpo a vivir las experiencias de sorpresa y de regocijo.

Con base en lo que se ha dicho en los párrafos anteriores, la actividad Yin-Yang nos permite clasificar en patología por exceso o por defecto. Patología por exceso de energía en el corazón nos daría como resultado agitación, euforia, risa loca, delirio, alternancia desordenada de risas y llantos, sueños de risas y temores. En el plano orgánico, palpitations, sensación de calor en corazón, opresión torácica, pinchazos, hinchazón subdiafragmática, sed, sequedad de garganta, orina concentrada, orina con sangre,

vómitos de sangre, epistaxis, cara y ojos rojos y congestivos. Patología por deficiencia tristeza que procede del pulmón, en contradominancia (teoría de los Cinco Elementos), o por ausencia de alegría, vacío de corazón. Angustia, astenia mental, conciencia desordenada. Locura calmada, dificultad para hablar, insomnio, sueños de luchas contra incendios. En el plano orgánico, transpiración espontánea, sudores fríos, disnea, dolores de corazón que irradian a espalda.

- Bazo (Pi)

Según Durán (2004), siguiendo el ciclo vital, el fuego, al generar cenizas, permite la aparición de la tierra y ésta acoge y nutre la vida que depende de ella. El bazo es el órgano que se identifica con la energía de la tierra porque es el abastecedor constante, en donde el cuerpo se renueva. En lo correspondiente a las estaciones del año se asocia con la tercera luna de cada estación, de las doce que comprende el año, como una fase intermedia y central. Al nutrir, el bazo sostiene al cuerpo en unidad y en pie, manteniendo la integridad y la posición de la carne, los vasos sanguíneos y los órganos. El bazo gobierna la sangre al mantenerla dentro de las arterias y las venas, incorpora ideas e información a la mente y faculta al ser humano para la concentración y la formación del pensamiento. El recuerdo y la reflexión provienen del bazo; confiere el poder de la intuición. La mente no es ya la cosa que piensa, a la manera cartesiana, sino un proceso de cognición que se identifica con el proceso de la vida. La mente y el cuerpo se influyen mutuamente, por tal circunstancia uno no puede estar bajo la supremacía del otro. La mente se encuentra sujeta a cambios cuando se expone a diversas condiciones, por lo cual se puede reconocer como dinámica, bajo constantes ritmos. El bazo, al recibir y compartir los sólidos y los líquidos, las percepciones y las ideas, integra al cuerpo los alimentos y las experiencias.

En este órgano se da la facultad de comprender, pero también la memoria. Por su posición central controla todo. Ayuda a tomar decisiones. Representa la facultad de pensar, de concentrarse, analizar, sintetizar, clasificar, memorizar, imaginar, conceptualizar, crear y utilizar símbolos, emblemas, códigos, palabras imágenes, signos. Recibe información sensorial (cinco sentidos), los integra y los transmite. Nos permite una representación personal de la realidad. Mediante la capacidad que tiene el bazo para distribución de los alimentos en el cuerpo, nos ayuda a mantener las relaciones con los otros seres humanos, de tal manera que nutre y promueve en términos de cooperación

nuestra conexión con los demás y con nuestro mundo. Permite que el ser humano mantenga una sensación de identidad continua en relación con el lugar, la gente y los valores sociales a los que pertenece. Nos ayuda a concentrarnos en lo mutuamente compartido y a convertir lo dividido en unidad.

La energía que se genera en el bazo se acopla a la del estómago y, junto con la de éste, debe emanar libremente para nutrir el de forma adecuada a los pulmones e intestino grueso. Esta energía del bazo es necesaria para crear la perístasis y hacer avanzar los desechos por el intestino hasta salir del cuerpo. La energía en cooperación, desencadenada del movimiento entre el bazo y el estómago, tiene efectos directos en nuestra psique; si el Ki de Bazo está equilibrado, el pensamiento es claro, aunque cabe destacar que todo exceso de actividad intelectual, el darle vueltas a las ideas, las obsesiones, hieren el Ki del Bazo. Cuando existe un exceso de energía (Ki) se produce obsesión, pensamientos anclados en el pasado, sensación de pesadez del cuerpo, heces pastosas, dolores musculares y articulares, sueños de tener el cuerpo muy pesado; la persona tenderá a pensar demasiado en sí misma, a mostrar una enorme ambición o un fuerte apetito de la vida, siempre se encontrará insatisfecha, frustración. Si es escaso, lo que se producirá será lentitud mental, pensamiento confuso, difícil concentración y memorización, fatiga intelectual, dificultad para elaborar pensamiento creativo, la persona será malhumorada, maniática; digestión lenta y pesada, desplazamiento de gases y líquidos en el tubo digestivo, diarrea, miembros cansados, sin fuerza, tez pálida, (Durán, 2004).

- Pulmón (Fei).

Según Durán (2004) la tierra permitirá la formación de metales y minerales durante sus transpiraciones con el exterior; el metal es una sustancia que se encuentra en la tierra y se genera por un proceso de reducción. El pulmón tendrá la analogía con el metal y se correlacionará con el otoño. Por medio de su poder de diferenciar entre oxígeno y bióxido de carbono, destila lo bueno y lo puro de lo tosco y rudimentario. En su lucha por generar armonía a partir del caos, ayudado por la energía del pulmón, el ser humano moldea las situaciones con la intención de desarrollar sus tareas de forma precisa y sobresaliente. El pulmón limpia la sangre infundiéndole oxígeno y eliminando de ella el dióxido de carbono. Así, la aspiración de oxígeno es la introducción al cuerpo de fuerza vital. Los pulmones inspiran vida e infunden ritmo y armonía al impulsar la

energía por todo el cuerpo. El pulmón puede ser moldeado para las respiraciones para que estas sean profundas o cortas y permitir también que el cuerpo se deshaga de las toxinas, de los elementos e ideas añejos que lo perjudican y prejuician. Dicha condición impulsará al ser humano al cambio constante de formas de vida. Es también el órgano intermediario entre lo interno y lo externo y junto con la piel, que pone en el cuerpo en contacto con la bioquímica del planeta y con sus semejantes, nos contiene y protege del ingreso de agentes extraños. El pulmón transpira por medio de la dermis expulsando líquidos en forma de sudor. Regula la abertura de los poros y, es ese proceso, ajusta continuamente la humedad y la temperatura del cuerpo. Cuando los pulmones no funcionan bien, nuestra capacidad de inspirar vida del aire, afecto y enseñanzas de los otros, se ven disminuidas. La respiración del pulmón ayuda a transportar nutrientes al interior del cuerpo pues se acopla con el intestino grueso y éste coopera en la expulsión de los residuos hacia el exterior. El intestino grueso nos ayuda a configurar lo que ya no queremos, lo que es ajeno a nuestro sí mismo, y crea el espacio vacío para reconocer lo que sí queremos espiritualmente. Cuando se elimina en forma correcta lo viejo con los movimientos energéticos del pulmón e intestino grueso, queda lugar para lo fresco y lo nuevo. La energía de ambos favorece el proceso de separación, destilación y eliminación. Es la fuente del instinto de conservación individual, al mismo tiempo, esa conciencia del “otro” que hace que pueda alojar sentimientos solidarios y de compasión hacia sus semejantes. Controla mecanismos glandulares y endocrinos. Relacionado con la piel y el tacto, permite las sensaciones.

Si la energía del pulmón se agota, el cuerpo tendrá dificultades para eliminar el dióxido de carbono, por lo que el individuo mostrará ansiedad, pérdida de agudeza mental, depresión, pérdida del instinto de conservación, sueños de heridas sangrantes. En lo somático el pulmón no puede mover el Ki, lo que generará astenia, tristeza, voz débil, transpiración espontánea, disnea, tos sin fuerza. Si la patología es por exceso se tendrá obsesión por el futuro, sueños de llorar, flotar en el aire, volar... Sobreexcitación del Corazón. En lo somático, disnea, dolor torácico con plenitud, tos y expectoración espesa, sed.

- Riñón (shen).

“La energía del metal genera agua, y el agua es signo de vida: ésta se inició en ese espacio líquido y la vida celular continúa desarrollándose en un entorno acuoso. El agua

se asocia con las fuerzas primordiales de la naturaleza. El riñón, lo más íntimo del cuerpo, se asocia con el comportamiento del agua y el invierno. En él se atesora la energía ancestral genética, la heredada y la adquirida-energía vital por medio de la respiración y la alimentación-. La esencia del riñón se puede comparar con la información genética codificada en el ADN, que junto con las proteínas estructurales básicas forma las hormonas y las enzimas que dirigen el metabolismo celular. Consolida y almacena la energía que inicia y sostiene el crecimiento de la vida y de nuestro cuerpo, conserva lo que es esencial. En este sentido, es el germen de nuestros instintos e intuiciones de procrear y sobrevivir” (Durán, 2004, p. 88).

Purifica la sangre reconociendo lo bueno y lo innecesario o, incluso, dañino para el cuerpo. Cuando la energía del riñón es abundante, la vida sexual y reproductora es vigorosa y duradera. Es la fuente de la imaginación que nos permite crear las nociones de espacio y tiempo viviendo el aquí y el ahora. Es la base de la fuerza de voluntad, poder de determinación, ambición, perseverancia, voluntad de llevar a cabo sus intenciones, capacidad de desear. Permite a cada cual afirmarse en su voluntad de vivir. Gestiona la energía sexual. El riñón impulsa al ser humano a una insaciable búsqueda de la verdad, nos ayuda a expresar nuestras aspiraciones y nuestros propósitos, regula el miedo y el valor. Este órgano genera elementos estructurales del cuerpo (la médula ósea, el cerebro y la médula espinal, huesos, dientes, sangre y cabello) y regula el crecimiento físico. Se acopla con la vejiga y se asocia con la audición. Todos los órganos dependen del riñón para ser humedecidos, regenerados, estimulados y calentados. El riñón estimula la función del soma y la psique. El riñón da soporte a los órganos reproductores (ovarios, útero, testículos, próstata), a las sustancias reproductoras (esperma y óvulos) y la actividad reproductora (impulso sexual, ovulación, eyaculación, fertilización, gestación).

El mal funcionamiento de los riñones dificulta al hombre y a la mujer a distinguir entre lo bueno y lo malo en sus vidas, les afecta el juicio. Cuando eso sucede ambos se debaten en el temor o, en casos extremos, en la paranoia. No existe una patología por exceso, pero sí patología por plenitud secundaria a vacío de Ki de Riñón como edemas, acúfenos, diarrea de alimentos no digeridos, palpitaciones, y se sueña que la columna vertebral se separa del cuerpo (según la tradición), riesgo de locura agitada. Cuando hay pérdida se puede sufrir de impotencia, pérdida de memoria, apatía, senilidad.

- Hígado (Gan).

De acuerdo con Durán (2004), la energía del agua, al correr ésta sobre la superficie de la tierra y al filtrarse, permite el crecimiento de la madera, la que penetra en lo desconocido. Articulándose con el suelo y el espacio hunde sus raíces en el terreno, se expande y logra sobrepasar los límites recorriendo caminos no trazados. La energía del hígado induce al movimiento y despierta la mente permitiendo que crezca la tensión y la presión. Un hígado fuerte impulsa al ser humano a innovar, a enfrentar nuevos caminos, a crecer, un hígado débil, al nerviosismo y las contradicciones. La madera con el calor del Sol produce fuego, y representa la culminación del ciclo, ya que además de dar los frutos, fertiliza el suelo con sus hojas y semillas para enriquecerlo, y así, comenzar nuevamente el proceso de regeneración.

“El hígado asume la tarea de almacenar y distribuir la sangre, con este proceso de regulación determina la cantidad y presión de la misma en el cuerpo. Ayuda, en este mismo sentido de regulación, al equilibrio de las emociones y a la coherencia en los comportamientos del ser humano. Cuando la energía del hígado se estanca, esto es, que muestra incapacidad para almacenar y librar la sangre, se produce una actividad caótica en el cuerpo. En ocasiones es la misma persona la que ayuda a que esto suceda, por ciertas reacciones hacia el entorno que la rodea: temperamento voluble, tensión nerviosa, emociones contenidas y frustraciones experimentadas. La sangre que almacena el hígado nutre a los tendones, los ligamentos, los cartílagos, los músculos y los ojos; proporciona gracia y sensibilidad al cuerpo. Un sujeto con hígado sano muestra control y equilibrio en sus emociones y claridad en el juicio, decisiones firmes y acciones resueltas, o que le da capacidad para hacer frente a las vicisitudes de la vida. La vesícula biliar se complementa con el hígado, coopera con él en la regulación de la sangre. Almacena y segrega bilis, sustancia que estimula la peristalsis del estómago y ambos intestinos. La vesícula biliar infunde el poder para la toma de decisiones en el ser humano, y el hígado el poder para la acción. Ambos nos ayudan en la capacidad de previsión; por medio de dicha energía percibimos la existencia y anticipamos la realidad interior y exterior en el cuerpo” (Durán, 2004, p. 92).

Cuando se deterioran las funciones del Sistema del Hígado, un velo obstruye la visión y el pensamiento. Patología por exceso: Cólera, agresividad, sueños de cólera, muchos planes inadaptados. Comportamientos compulsivos y repetitivos para situaciones

distintas que exigirían respuestas distintas. En el plano orgánico, dolores torácicos, sensación de opresión, vómitos de bilis, vértigos, insomnio, reglas irregulares, alteraciones en la erección. Todo ello es patología por estancamiento de Ki de Hígado. Patología por vacío: Ausencia de proyectos; el miedo se apodera (agua, madre de la madera). Pérdida de la capacidad creadora y de la visión de futuro, no hay esperanza, falta de combatividad, deseo de morir. En el plano orgánico, parestesias, espasmos, convulsiones, migraña, insomnio, vértigos, alteraciones de la visión. Reglas prolongadas, frigidez, impotencia, eyaculación precoz.

2.1.5. Las emociones.

“Cuando la emoción domina se instala en un órgano, lo que permite que la persona manifieste trastornos energéticos en él. Se rompe el equilibrio que se guarda entre el órgano y la emoción; más allá de esa idea se puede ampliar el concepto y comprender que los órganos tienen relación entre sí, es decir, no son autónomos, lo que implica que el desequilibrio es energético. En esta lógica nada de lo que sucede a la persona es ajeno a su condición. La ruptura del equilibrio energético está en estrecha relación con las condiciones de vida y las formas en que se expresan los sentimientos, cómo se vive, con o sin estrés, los cuidados del cuerpo, tipo de trabajo y alimentación, las formas en que se guardan los rencores, abandonos afectivos, sobreprotección, resentimientos, etc., en la relación familiar. Esto es importante porque de ello depende la forma en que la persona elabora su proceso psicósomático: lo deposita en algún órgano, articulación o se produce alguna sintomatología. Cuando nosotros nos enfrentamos a este síntoma lo que hacemos es buscar la relación con el órgano o en algunos casos los órganos, porque la relación que existe entre los órganos es de madres-hijos, lo que significa que si se afecta un órgano, éste podrá a su vez afectar a otro, lo que desarmoniza el microcosmos” (López, 2002, p. 33).

Dentro de todo este panorama, las emociones son un fenómeno psíquico natural, fisiológico, todas las emociones tienen su razón de ser y participan en la adaptación al entorno y equilibrio interior. No deben ser vistas como nociones fijas ni ideas reductoras, sino en su sentido más amplio. Con base en Giménez (2002) las emociones son:

➤ La cólera: Abarca los conceptos de cólera, frustración, resentimiento, animosidad, irritabilidad, amargura. Es fisiológicamente necesaria. Preside los movimientos de exteriorización emocional necesarios para el combate. El exceso de cólera es la emoción más destructiva y desestabilizante. Se traduce en un movimiento excesivo de Ki que sube bruscamente. Es un síndrome Yang. Cuando se exterioriza provoca una acumulación de Ki que ataca Bazo-Estómago, o se transforma en fuego que daña al Corazón. La cólera sube todo hacia arriba y vacía lo bajo (hiere al Yin). La depresión mental, asociada erróneamente a la tristeza, se origina frecuentemente por una cólera retenida, frustración, resentimiento que suprime el Ki de Hígado, el cual está asociado directamente a ésta emoción.

➤ La obsesión: Abarca los conceptos de preocupación, pensamientos obsesivos, exceso de trabajo intelectual, exceso de actividad mental, exceso de estudio. Dependen de Bazo, la preocupación, ansiedad, inquietud. La reflexión, búsqueda de soluciones, es fisiológicamente necesaria. El exceso de reflexión es la preocupación, la obsesión. Tiende a dañar a Corazón y Bazo que se encuentran como desbordados de información. La obsesión bloquea el Ki de Bazo.

➤ La tristeza: depende del Pulmón. Abarca los conceptos de tristeza, melancolía, duelo, compasión. Es fisiológicamente necesaria. Compasión, sentimiento de compartir una pena. Subraya nuestra ligazón a algo o a alguien. En la tristeza (compasión) se basan muchos sentimientos y acciones altruistas. Se trata de un mecanismo psíquico que nos permite integrar que no somos inmortales, una protección contra el miedo a nuestra propia muerte. El exceso de tristeza actúa como oposición al movimiento normal del corazón que se asocia a la alegría de vivir. La tristeza entaña disgusto con nuestra propia vida, favorece el instinto de muerte. La tristeza afecta principalmente a tres órganos: Pulmón, Corazón, Hígado. Bloquea la función descendente del Ki de Pulmón. El estancamiento de Ki provoca calor y éste, vacío de Ki de Triple calentador superior. Además, el estancamiento de Ki suprime al Hígado, lo que produce fuego de Hígado que ataca Pulmón, y consecuentemente, tristeza.

➤ El Miedo-Terror: Está relacionado principalmente con el riñón y engloba los conceptos de miedo, inquietud, ciertas formas de ansiedad, o timidez, fobias, aprensión, pánico, terror. Es fisiológicamente necesario, es instinto de conservación, señal de alarma. El exceso de miedo, ser miedoso, temeroso, angustiado, fóbico, se opone a la alegría del Corazón. El miedo de vivir se opone a la alegría de vivir. Corazón y Riñón son los órganos principalmente afectados. El miedo rompe la comunicación

Riñón-Corazón. Fija el agua a los riñones que no sube a nutrir el Corazón, lo que produce fuego que agita. El miedo crónico impide la expansión creadora y el impulso de realización. El temor crónico produce leucorrea, metrorragias, espermatorrea.

➤ La Alegría: Comprende los conceptos de alegría, sensación de bienestar, risa, sentimiento de felicidad. Es la emoción de la salud y de la armonía. Se asienta en el corazón. Es un movimiento de fuego centrífugo y expansivo. La alegría inapropiada causa enfermedad: alegría desproporcionada, risas sin causa aparente. La ausencia de alegría (alegría de vivir): desinterés por la existencia. El exceso de alegría agita al Corazón.

Las emociones son causa de patología cuando son excesivas, duran mucho tiempo, o inciden sobre un organismo débil con predisposición a enfermar. Representan las causas internas más importantes de enfermedad. Toda emoción excesiva, consecuencia de una disfunción, produce afectación del órgano correspondiente y viceversa, la disfunción de un órgano Zang produce una alteración emocional. No puede haber mejor explicación para los trastornos psicósomáticos. Según el So Wen, lo primero que enferma es el espíritu, y por tanto es el Shen (el término Shen abarca tanto un concepto amplio, es decir el Shen espíritu, cósmico y trascendente, como un concepto restringido, el Shen mental, integrador de las funciones mentales de los órganos) es lo primero que hay que tratar.

Con base en Padilla (1998), para el Tao, el equilibrio estático no existe, todo está en movimiento, cambio, mutación. El equilibrio es moverse entre los extremos y debe haber movimiento, oscilación, en los estados emocionales. El bloqueo de las mutaciones cíclicas de la psique produce patología. Las emociones representan, en contraposición a los factores patógenos externos (frío, calor, humedad, sequedad y viento), las causas internas de enfermedad. Según Sionneau (citado en Giménez, 2002, p. 3):

- I) Las emociones son el factor principal de causa interna de patología. Toda emoción excesiva, consecuencia de una disfunción de los cinco espíritus produce afectación del órgano correspondiente y viceversa, la disfunción de un órgano Zang produce una alteración emocional.
- II) Cada emoción está ligada a un órgano Zang. Eso no quiere decir que afecte sólo a ese órgano.

- III) Una emoción que se repite frecuentemente (pero no siempre) revela la alteración de un órgano Zang.
- IV) Las alteraciones emocionales hieren sistemáticamente al corazón
- V) Las emociones inducen fácilmente estancamientos de Ki de Hígado que a su vez produce 6 estancamientos: Ki, sangre, humedad, mucosidades, calor, alimentos, que están en el origen de muchas enfermedades.
- VI) Los excesos emocionales se transforman en fuego. Las emociones vuelven irregular fácilmente el Hígado, cuya misión es favorecer la circulación de Ki y de sangre. El Ki de Hígado se estanca y produce fuego interno. “Las cinco emociones se transforman en fuego”, fuego interno que pueden producir viento interno y éste mucosidades-fuego que dañan al corazón.
- VII) El fuego emocional puede herir fácilmente el Yin de Riñón, lo que produce calor-vacío o un Yang hiperactivo: Subida de Yang de Hígado que afecta al Shen o ruptura de la comunicación Corazón-Riñón.
- VIII) Las emociones perturban las funciones del Qi y la sangre.
- IX) Las emociones disregulan y agotan el Qi de Bazo y el Qi de Pulmón.
- X) Toda emoción repentina y violenta hiere los riñones
- XI) Hígado, Corazón y Bazo son los órganos más a menudo afectados por las emociones Las emociones no son obligatoriamente causa de enfermedad. Pueden ser factores de agravamiento o de mejoría.

Según la Medicina Occidental, los trastornos psicósomáticos, tanto los Trastornos Somatomorfos como las Enfermedades Psicósomáticas, son enfermedades complejas para las que se acepta como causa un conflicto de índole psicológica. Los síntomas físicos asociados a los trastornos somatomorfos constituyen un listado sin orden ni sistematización posible. No se conoce una explicación patogénica que relacione las alteraciones psíquicas, con las alteraciones orgánicas, supuestamente secundarias. En estos casos, en MO, se procede a tratar el cuadro psíquico independientemente de las alteraciones orgánicas, las cuales, por su indefinición y ausencia de explicación patogénica, pueden ser únicamente tratadas sintomáticamente, con pobres resultados e importante iatrogenia medicamentosa e incluso quirúrgica.

Por el contrario, en MTC no caben enfermedades sólo psíquicas o sólo somáticas. Cuando así se da es porque el síndrome no se ha presentado completamente

desarrollado, pueden faltar determinados síntomas o algunas analíticas no evidencian todos los hallazgos esperables. La asociación mente-cuerpo (y espíritu) en MTC se lleva a cabo en los órganos Zang, cada uno de los cuales tiene asociados elementos propios del cosmos tales como planetas, estaciones climáticas, elementos materiales básicos (cinco elementos), órganos parenquimatosos, tejidos, compartimentos mentales, etc. La presencia de estos compartimentos mentales asociados a los órganos explican fisiopatológicamente por qué se asocian los trastornos físicos y psíquicos. El conjunto de síntomas físicos y psíquicos, unidos al resto de la historia clínica, el aspecto de la lengua y las características del pulso, configuran el diagnóstico del síndrome en MTC que, aunque muy distinto del de MO, se basa en una teoría fisiopatológica que procede de un marco doctrinal bien asentado, y que es tributario de tratamiento específico acupuntural y/o fitoterápico (Giménez, 2002).

Por lo tanto, los principios en que se apoya la MTC aportan una visión integradora que permite globalizar todos los procesos del ser humano de forma que no cabe imaginar una alteración psíquica sin repercusión física y viceversa.

2.2. Elementos diagnósticos en la práctica de la MTC:

Con base en Giménez (2002) el análisis de la dolencia de un paciente requiere la elaboración de una historia clínica en la que se evalúen los síntomas, el modo de inicio, evolución, ritmos cronológicos y posibles causas externas (viento, frío, calor de verano, humedad, sequedad y calor-fuego), internas (emociones), epidémicas, nutricionales, etc. Se debe explorar minuciosamente la coloración de la piel, especialmente del rostro, expresión de la cara, de los ojos, actitud y morfología del cuerpo, oír y valorar las características de la voz, excretas, etc. Todo ello en común con el más puro estilo de nuestra medicina clásica hipocrática. Clasificar los síntomas y signos según los Ocho Principios: superficie/profundidad, frío/calor, vacío/plenitud y Yin/Yang, permite una primera aproximación diagnóstica que facilitará el diagnóstico de síndrome de MTC y el seguimiento evolutivo de la enfermedad. Mención especial merecen, por ser específicos de la MTC, la observación de la lengua y la palpación del pulso. Ambos aportan datos de enorme valor para configurar el diagnóstico de síndrome.

-Observación de la lengua: Según Giménez, (2002) la parte representa al todo y de la simple observación de la misma se pueden deducir alteraciones de otras partes del organismo. Topográficamente, la punta representa a pulmón y corazón, la parte media al bazo-estómago (digestivo), la base a riñón y los laterales a hígado y vesícula biliar. Los cambios de coloración, forma o saburra en una de dichas regiones anatómicas de la lengua debe inducir a sospechar patología de los órganos correspondientes. La coloración del cuerpo de la lengua informa acerca de cambios generales, así una lengua pálida es sinónimo de vacío de Ki (energía), sangre, o Yang, si es roja, calor, si púrpura con puntos equimóticos, estasis de sangre, etc. Si el cuerpo de la lengua está hinchado, con huellas de los dientes en los laterales habrá retención de flema-humedad, si es una lengua delgada indica vacío de Yin, de sangre, o líquidos orgánicos, etc. La capa de saburra normal es fina y de color blanco, si mantiene su color pero es espesa indica humedad, frío, retención de comida, indigestión, si la saburra es amarilla, como reseca o quemada, indica calor y falta de líquidos, si es gris-negrizca, deficiencia de Yin, si es de aspecto geográfico, con áreas peladas o pelada del todo, sin saburra, indica una deficiencia de Ki y Yin de estómago, etc.

-Palpación del pulso: De acuerdo con Giménez (2002) constituye un método diagnóstico de primer orden en MTC. El pulso puede ser valorado en distintas localizaciones anatómicas (cabeza, miembros superiores e inferiores), obteniéndose en cada punto información relativa al Qi de distintos órganos o partes del cuerpo. Sin embargo el más comúnmente utilizado es el obtenido en las muñecas. A diferencia de la valoración del pulso en MO, en donde se valora exclusivamente la frecuencia y el ritmo, la MTC valora matices muy diversos tales como superficial/profundo, débil/fuerte, resbaladizo, filiforme, cuerda, corto, áspero, etc., con lo que se obtiene información general del estado energético del cuerpo. El pulso radial, a su vez, se divide en tres localizaciones contiguas: Distal (en la base del pulgar), medial (sobre la propia arteria radial) y proximal. Cada una de estas regiones, en cada lado, y en superficie y profundidad refleja la actividad de un órgano, por ejemplo, el pulso superficial en la parte proximal de la muñeca derecha representa a Intestino Grueso, la misma localización pero contralateral y profundo representa al Corazón, etc. Las características del pulso son muy variables y reflejan rápidamente los cambios evolutivos de la enfermedad, tanto si se agrava como si evoluciona hacia la curación.

- **El Síndrome en MTC:** Es la síntesis de los síntomas y signos recogidos en la historia clínica, junto al aspecto de la lengua y las características del pulso. De este conjunto se obtienen cuadros clínicos o síndromes encajables en diversos estados patológicos (deficiencias o excesos de Ki, Yang, Yin, entre otros) de los órganos Zang-Fu. En caso de patología atribuible a factores patógenos externos como calor, frío o humedad, se puede hacer una valoración según la teoría de las cuatro capas (Wen Bing), seis niveles (Shang Han Lun) o Síndromes del San Jiao, respectivamente. De dichos síndromes se derivarán tratamientos que pueden asentarse en uno o varios de los pilares de la terapéutica de la MTC que son la Fitoterapia o Farmacopea China, la Acupuntura y la Tuina (masaje). Todo ello dentro de un estricto marco doctrinal que requiere profunda formación académica previa, experiencia y rigor.

2.3. Tratamientos en la MTC

Acupuntura

Con base en Ping (2000) el Ki (energía) es movimiento y se distribuye por todo el cuerpo según ritmos circadianos establecidos a través de una compleja red de meridianos o canales que carecen de expresión anatómica. La teoría de los meridianos es específica de la MTC y es complementaria a la teoría de los órganos y entrañas. Dichos meridianos se relacionan con los órganos y las entrañas, y ante la aparición de una enfermedad pueden ser vías energéticas de progresión de la misma, pero permiten, al mismo tiempo, el diagnóstico y tratamiento. En ellos asientan puntos acupunturales de acción específica, que son lugares de concentración y transmisión de la energía, los cuales permiten actuar tanto localmente, en las patologías superficiales de los meridianos, como a distancia, en las patologías profundas de los órganos, tonificando en casos de deficiencia energética y dispersando en casos de excesos y bloqueos de la energía.

La teoría de los cinco elementos sostiene que cada elemento tiene una relación con los órganos. Con ésta idea trabaja la acupuntura. La concepción del cuerpo que maneja la acupuntura está sostenida en la analogía con un microcosmos en armonía que, al ser violentado, produce desequilibrios energéticos en el cuerpo; el desequilibrio puede tener orígenes diversos que van desde los alimentos que se consumen, la forma en como se

respira, el lugar donde se vive, el tipo de trabajo, las formas de expresar los sentimientos y cómo se vive la sexualidad.

La Acupuntura es parte de la medicina tradicional China y de los países del Extremo Oriente, habiéndose extendido desde hace más de dos siglos a todo el mundo Occidental. Es la medicina más antigua de todos los tiempos y consistente en introducir finas agujas en puntos muy precisos de la superficie cutánea con el fin de equilibrar la energía perturbada del paciente y recobrar, de esta manera, la salud. En la actualidad se utilizan agujas de acero inoxidable de 0,2 mm. de diámetro, lo que hace la técnica prácticamente indolora. La Acupuntura nació y se desarrolló en China más de 3000 años antes de Cristo, en el Valle del Huang-Ho o Río Amarillo, que desde el Monte Kunlun desemboca en el Océano Pacífico recorriendo 5.000 Kms. El Emperador Hoang-Ti ordenaba en esos tiempos abandonar todos los tratamientos médicos de la época y reemplazarlos por las agujas de acupuntura a fin de equilibrar la sangre y la energía, para devolver la salud al enfermo. De todas las dinastías chinas se destacaron la CHOU (1122 A.C. - 221 A.C.), en la cual aparece el NEI-KING, libro madre de la acupuntura, que contiene todo el conocimiento de ella. Otra importante dinastía fué la Sung (960 - 1280) ya en nuestra era; en este periodo el Emperador Wei-The, en el año 1027, hizo construir el llamado "hombre de bronce" o Ton-Je, un muñeco del tamaño natural de un hombre, hueco y con todos los puntos de acupuntura perforados y tapados con cera negra, (Zhang y Zheng, 1982).

Con base en Zhang y Zheng (1982), las dos últimas dinastías fueron la MING (1368-1643), en la que aparecen enciclopedias de acupuntura de 14 tomos y se establecen las leyes de la Moxibustión, y finalmente la CHING (1644-1911) con la invasión manchú y en la cual se prohíbe en 1822 en China el estudio y la práctica de la acupuntura durante 133 años, hasta que MAO-TSE-TUNG en 1955 coloca las dos medicinas, la occidental y la oriental, en igualdad. Así como en Occidente la Filosofía y la Medicina tuvieron una relación muy directa, diluyéndose más tarde con el desarrollo de la Medicina científica, en Oriente no ocurrió así, la Medicina china está tremendamente impregnada de conceptos filosóficos. El interés común que se manifestara en la mayoría de las escuelas filosóficas era social: la creación de una sociedad humana ideal. Las tres escuelas más importantes fueron el Confucionismo, el Budismo y el Taoismo; éste último es el movimiento que sustenta las bases de la Medicina China tradicional, puesto

que de él y de su época parte la idea del YIN y el YANG; el manejo de las distintas situaciones clínicas y terapéuticas no podría hacerse en Medicina China sin la existencia de este antagonismo. Japón, recién en el año 600 de nuestra era envía médicos a China para aprender la medicina de las agujas.

De acuerdo con Marie (1998), otros países asiáticos en donde se desarrolló la acupuntura fueron Corea y Vietnam. En Occidente, en el siglo XVII, los jesuitas misioneros de la corte de Luis XIV de Francia visitaron China y acuñaron el nombre ACUPUNTURA (ACUS: aguja y PUNTURA: punción). En el siglo pasado, Berlioz, coloca en 1809 la primer aguja de acupuntura en Europa. En 1825 la acupuntura está de moda en Paris, pero a fin de siglo ya no se hablaba más de ella; esto se debió a que los que la practicaban desconocían toda la teoría y la práctica. Recién en este siglo, Georges Soulie de Morant, que no era médico sino cónsul francés en Pekín, pero que hablaba y escribía chino y mongol, se pone a estudiar acupuntura con grandes maestros y vuelve a París en 1930 uniéndose con el Dr. Ferreyroles en el Hospital Bichat, atendiendo un consultorio de acupuntura y fundando la Sociedad Francesa de Acupuntura. Posteriormente esta técnica se extiende por toda Europa. La Acupuntura parte de la base que para que exista la salud en el organismo, la energía vital que circula por él debe estar en equilibrio.

Alimentación

La dietética china, junto con la Acupuntura, la fitoterapia y el masaje forman parte de los pilares terapéuticos fundamentales de la Medicina Tradicional China. Con la acupuntura y el masaje movilizamos y regulamos la energía; con la fitoterapia y la dieta preservamos y nutrimos la esencia. Si la nutrición es adecuada, la energía será abundante, los órganos estarán bien nutridos y el "Shen" florecerá (nuestro sistema nervioso y nuestras emociones estarán en armonía). La alimentación es pues, esencial para lograr el equilibrio, la armonía y por tanto la salud integral.

De acuerdo con Guerín (2000) la Medicina Tradicional China clasifica a los alimentos según diferentes criterios:

A) Según la energía intrínseca o naturaleza del alimento:

- Alimentos calientes y templados: tonifican, calientan, ascienden, mueven.

- Alimentos neutros: estabilizan, armonizan, centran.
- Alimentos frescos y fríos: refrescan, sedan, astringen, hidratan.

B) Según su sabor: Cada sabor tiene una característica energética diferente:

- Alimentos ácidos: astringen, contraen la energía hacia adentro. Actúan sobre el Hígado y la Vesícula Biliar (elemento Madera).
- Alimentos amargos: favorecen el drenaje y la evacuación, descienden y secan. Actúan sobre el Corazón y el Intestino Delgado (elemento Fuego).
- Alimentos salados: En cantidad moderada ablandan, lubrican. Actúan sobre el Riñón y la Vejiga Urinaria (elemento Agua).
- Alimentos dulces: ascienden la energía y lubrican. Actúan sobre el Bazo, Páncreas y Estómago (elemento Tierra).

C) Según su color:

- Alimentos rojos: revitalizan.
- Alimentos amarillos: estabilizan, equilibran.
- Alimentos verdes: desintoxican, depuran.
- Alimentos negros: astringen, tonifican el "Jing" (esencia).
- Alimentos blancos: purifican.

D) Según el tropismo del meridiano:

Cada alimento tiene un meridiano de impacto principal:

Ejemplo: La pera por el meridiano del pulmón, las espinacas por el del hígado, la calabaza por el del Bazo, las castañas por el corazón, los azukis por el riñón.

Teniendo en cuenta todos estos criterios y según el diagnóstico de la persona se determinan los alimentos más convenientes para corregir los desequilibrios existentes. No es una dieta fija sino que se adapta a las condiciones particulares de cada persona: constitución física, edad, época del año, país en que vive, tipo de trabajo que realiza, tipo de patología que presenta etc... No tiene en cuenta el aspecto cuantitativo (cantidad de alimento) sino el cualitativo (calidad energética del alimento). Está basada en los principios básicos de la Medicina Tradicional China que tiene en cuenta al ser humano desde la totalidad, desde la globalidad. Para aplicar este tipo de dietas se requieren

conocimientos previos de la Medicina Tradicional China o bien asesorarse por un profesional. Realmente la Dieta según la Medicina Tradicional China nos ayuda a ser consciente en todo momento de cómo nos sentimos (con calor o frío, cansados o excitados, con sequedad o exceso de sudor, etc.) y a partir de aquí modificar nuestra dieta con sólo unos retoques para recuperar el equilibrio.

Masaje (Tuina):

El TUI-NA es una terapia oriental para el cuerpo, que se ha utilizado en China por más de 2000 años. El TUI-NA tiene su fundamento en la Medicina Tradicional China y en la Teoría del flujo del Ki a través de los meridianos. Con la aplicación de los masajes y técnicas de TUI-NA se logra establecer un flujo más armonioso del Ki a través de los canales del cuerpo, permitiendo al organismo que también pueda curarse por sí mismo. Los métodos del TUI-NA incluyen el uso de las técnicas manuales para dar masajes a los finos y suaves tejidos (los músculos y tendones) del cuerpo, las técnicas de acupuntura para afectar directamente el flujo energético y las técnicas de manipulación para alinear los músculos, el esqueleto y las flexibilidades de los ligamentos (Galo, 2009).

La Moxas:

Consisten en pequeños conos de Artemisa Sinensis que, colocados sobre una sustancia aislante (como sal o una rodaja de ajo) se quemaban lentamente sobre la superficie cutánea. Frecuentemente estas moxas producían ignipunturas, es decir ligeras quemaduras cutáneas, por lo que en la actualidad suelen utilizarse cigarrillos de Artemisa que se acercan ligeramente a la piel, evitando la quemadura de la misma.

Fitoterapia.

Según el cónsul Dabry, en China "todo aquello que vuela por los aires, que nada por las aguas, que corre por la tierra o en el seno de la misma, ha sido estudiado por ellos con fines terapéuticos" (Ping, 2000, p. 236). La fitoterapia también se aplica de forma individualizada, por tal motivo varía de acuerdo constitución física, edad, época del año, tipo de trabajo que realiza, tipo de patología que presenta y por el país en que vive. Tomando en cuenta sobre todo la última característica antes mencionada las plantas que se deben utilizar para el tratamiento de las enfermedades deben ser principalmente las de cada región.

A continuación expondré un pequeño cuadro con algunas plantas utilizadas con fines terapéuticos en nuestro país, en algunos casos, su uso es más amplio del que se menciona en el cuadro o se enuncia su utilización en la herbolaria tradicional mexicana Con base en el artículo de Zedillo (1990):

Nombre vulgar	Nombre científico	Calidad	Afección	Aplicación
Anís de estrella	<i>Illicium verum</i>	Caliente	Para aire de niño chiquito.	Té.
Vinagre de manzana o de piña casero		Frío	Para resequedad de garganta causada por el smog y otros factores.	Gárgaras. Diluido en agua con unas gotas de limón.
Romero	<i>Rosmarinos officinalis</i>	Muy caliente	Para evitar la caída del cabello y conservarlo negro.	Lavado del cabello.
Ruda	<i>Ruta chalepensis</i>	Caliente	Para dolor de cabeza.	Chiqueadores en las sienes.
Huajes	<i>Leucaena esculenta</i>	Fresco	Contra el cáncer.	Al natural de preferencia o guisados.
Alfalfa	<i>Medicago sativa</i>	Fresca	Para la circulación.	Cruda licuada con jugo de piña.
Flor de Árbol de las Manitas	<i>Chiranthodendron pentadactylon</i>	Caliente	Para el corazón.	Té.
Nopal	<i>Opuntia ficus-indica</i>	Frío	Para diabetes.	Crudo, licuado.
Manzanilla	<i>Matricaria recutita</i>	Caliente	Para baño, después del parto.	En baño.
Tepozán	<i>Buddleia cordata</i>	Caliente	Dolor de empacho (del estómago, por frío).	Té endulzado.
Apio	<i>Apium graveolens</i>	Muy fresca	Para niños enlechados.	En té (hojas o tallos).
Epazote de comer	<i>Chenopodium ambrosioides</i>	Caliente	Para susto.	Té.
Ajenjo	<i>Artemisia absinthium</i>	Muy Caliente	Para que reaccione el niño con espasmo de sollozo.	Poner una hojita hecha pelotia en el paladar.
Estafiate	<i>Artemisia ludoviciana</i>	Caliente	Para parásitos y dolor de estomago.	Té.
Hojas de guayabo	<i>Psidium guajava</i>	Caliente	Para diarrea.	Té.
Jitomate	<i>Lycopersicum esculentum</i>	Fresco	Alivia la irritación del estomago.	Se come asado y sin cáscara.
Cebolla	<i>Allium cepa</i>	Caliente	Para desinflamar.	Hervida con un poco de alcohol, vinagre y sal, se aplica con cebolla en el golpe.
Limón	<i>Citrus aurantifolium</i>	Muy frío	Para la gripe, desinflamar la laringe, voz afónica.	Se bebe caliente por la noche, ¼ de vaso de jugo con ¾ partes de jugo de naranja, una yema de huevo y miel.
Berros	<i>Nasturtium officinale</i>	Fresco	Para limpiar el hígado.	Crudo en ensalada.
Árnica	<i>Heterotheca</i>	Fresca	Para lavar heridas.	Externa.

	<i>inuloides</i>			
Mirto	<i>Salvia coccinea</i>	Caliente	Para contrarrestar malos aires, aires maléficos.	Limpia.
Orégano	<i>Origanum vulgare</i>	Muy caliente	Para cólicos y para regularizar la menstruación.	Té con piloncillo.
Azahares	<i>Citrus sinensis</i>	Frescos	Para nervios.	Té.
Siempreviva	<i>Sedum dentroideum</i>	Fresca	Para conjuntivitis.	Gotas en los ojos.
Nuez moscada	<i>Myristica fragrans</i>	Fría	Para el aire: parálisis facial, causada por hemiplejía.	Se coloca en la boca, sin tragarla, se escupe la flema.
Zapote blanco	<i>Casimiroa edulis</i>	Fresco	Para bajar la presión.	Té de las hojas.
Verdolaga	<i>Portulaca oleracea</i>	Caliente	Punsadas del pulmón.	Cataplasma caliente.
Violeta	<i>Viola odorata</i>	Caliente	Para bronquitis crónica y asma.	Té.
Ajo	<i>Allium sativum</i>		Para dolor de piernas.	Crudo, picado, de preferencia en ayunas.
Chícharos	<i>Pisum sativum</i>	Fresco	Para limpiar los riñones.	Las cáscaras hevidas como agua de tiempo.
Zarzaparrilla	<i>Smilax aristolochiaefolia</i>		Para clarificar la sangre.	Té.
Rosa de castilla	<i>Rosa centifolia</i>	Fresca	Para bajar la temperatura.	Externa, con manteca de cerdo.
Papa	<i>Solanum tuberosum</i>	Fría	Para úlceras internas.	Papa colorada, cruda en rebanadas muy finas, en ayunas.
Piña	<i>Ananas comosus</i>	Fresca	Elimina el ácido úrico.	En jugo, licuada, se toma con jugo de alfalfa.
Verbena	<i>Verbena carolina</i>	Fresca	Vomitivo.	El jugo en agua.
Papaya	<i>Carica papaya</i>	Muy fresca	Para adelgazar.	Se ingieren cinco semillas molidas en ayunas.

Cuadro 1. Plantas medicinales más comunes en México.

Trabajar con el cuerpo, tomar la decisión de transformar los procesos instituidos por la cultura, la familia, la escuela, para poder hacer cambios en el interior y exterior del cuerpo, eso implica una redimensión del estilo de vida que nos lleva a como quiero vivir y morir. Si conocemos sus manifestaciones y el camino que recorrieron hasta llegar a esa manifestación que está consumiendo a la persona: lo psicósomático.

Tanto los conceptos básicos como la terminología de la MTC resultan prácticamente inabordables para los médicos occidentales no formados en MTC. Entre tanto, una y otra forma de entender la medicina deben ser capaces de coexistir, complementarse y aportarse mutuamente beneficios porque, a pesar de tantas diferencias, la MO y la MTC comparten el objetivo final de ayudar solidariamente al ser humano que sufre.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

Crear que se puede hacer avanzar una investigación científica aplicándole un método tipo, elegido porque ha dado buenos resultados en otra investigación, a la que se adaptaba naturalmente, es una extraña alucinación que tiene que ver muy poco con la ciencia. Existen, sin embargo, criterios generales que puede decirse que constituyen la conciencia crítica de todos los científicos, cualquiera que sea su especialización, y que deben estar siempre presentes espontáneamente en su labor (Antonio Gramsci, La política y el estado moderno, p.29)

1. Antecedentes y discusión teórica.

El positivismo ha tendido a rechazar los planteamientos teóricos generales sin una fuerte base empírica, al hacer esto reduce la complejidad del comportamiento humano y sus motivaciones a variables abstractas que olvidan la relación dialéctica entre la acción humana y la estructura social (Ferrarotti, 1981, p 20. Citado en: Pujadas, 1992).

Lo histórico-social es una herramienta interpretativa que rompe con el dogmatismo y la atomización, su conjugación con la cultura, la antropología, la semiótica y el universo de las relaciones intersubjetivas, son posibilidades que rompen con la verdad absoluta y las afirmaciones tajantes. La conjugación de lo anterior conlleva una relación más compleja y es en ella en la que estamos trabajando, para comprender como un individuo construye signos y síntomas que se convierten en manifestaciones de una relación entre los órganos cuyo equilibrio armónico se ha roto, lo que conlleva al deterioro de la salud física y emocional, (López, 2006).

El hombre no puede manejar la realidad en toda su complejidad. Necesita las categorías como mediación simplificadora en su tratamiento cognoscitivo y racional. Se puede decir que esto es una simplificación empobrecedora, pero necesaria (Rábade, 1994, p. 259). Los individuos no totalizan una sociedad en general, cada uno la totaliza a través de la mediación de su contexto social inmediato de cuyos grupos restringidos él forma parte. Se necesita reconocer también al sujeto cotidiano, la otra vertiente del sujeto, que se origina en la experiencia. Como el sujeto que evoca un intercambio constante con su cultura.

Se convierte en el hombre reflejado ante sí mismo; en un hombre transparente que se indica y nos indica cómo cada quien le da sentido a su vida. En ese momento toma conciencia mediante una reflexión en acción, como sujeto social en práctica, (Durán, 2005).

El método biográfico permite situarse en ese punto de convergencia vital entre el testimonio subjetivo de un individuo a la luz de su trayectoria vital, de sus experiencias, de su visión particular, y de una vida como el reflejo de una época, de unas normas sociales y de unos valores esencialmente compartidos con la comunidad de lo que el sujeto forma parte (Pujada, 1992).

Con base en Santamarina y Marinas (1993) la historia oral es una propuesta de método adecuado para estudiar, por un lado, la historia de los grupos subalternos, o en este caso en particular, la de un grupo de mujeres que comparten una enfermedad, y, por otro lado, como uno de los métodos más pertinentes para recoger y conocer de “voz propia”, de los sujetos históricos los hechos sociales y experiencias humanas. Hacer historia oral significa, por lo tanto, producir conocimientos históricos y científicos, no simplemente hacer una relación sistemática de la vida y experiencias de los otros.

Los estudios biográficos ponen en el centro de la investigación la experiencia del sujeto. Al pedir a los interlocutores que digan lo que hacen y lo que son (lo que creen ser y hacer) se está entrando al terreno de la etnografía. El yo social y enfocado en su relación con el pasado. El individuo habla de sí mismo en relación y dentro de su contexto (De Garay, 1993).

La historia oral conserva una etiqueta de segunda clase, menospreciada por los seguidores de las versiones actuales del cuantitativismo y positivismo en las ciencias, tanto naturales, como sociales, esto se debe a la naturaleza de la materia prima del historiador oral: el testimonio, el relato, la narración, el recuerdo, la memoria, el olvido, la vivencia, etcétera, clasificados como elementos subjetivos de difícil manejo científico, (Santamarina y Marinas, 1993)

La autobiografía, sin embargo, viene usándose en las ciencias sociales y en concreto en psicología de un modo, por así decirlo, más flexible, hasta confundirse con un tipo de narraciones de vida, largamente empleado en sociología y antropología las historias de vida. Un ejemplo de su uso lo tenemos en los recientes estudios de Bruner (1986; 1990) en los que explícitamente se designa como autobiografía, a aquellas historias de vida que, narradas por los sujetos que participan en un programa de investigador se construyen en diálogo con el investigador en una suerte de “autobiografía consensuada” (Serrano J., 1995)

Quien trabaja con historia oral, con frecuencia, ha podido construir una historia de vida que, en rigor, es el relato autobiográfico del sujeto entrevistado o informante clave de una investigación y, además, el resultado de un trabajo de investigación y análisis por parte del investigador. Las historias de vida, como un método, forman parte del territorio de la historia oral en el amplio sentido del término. Y aunque su fuente principal es el testimonio o relato autobiográfico expuesto, de manera voluntaria, por el sujeto-objeto de la entrevista, grabación y transcripción de la evidencia oral, y el fruto de una investigación de carácter científico, donde se emplean diversos tipos de fuentes, y donde se lleva a cabo una crítica y contextualización del relato autobiográfico para, en la medida de lo posible, realizar un análisis del contenido del relato testimonial y analizar la relación establecida entre el informante y el investigador (Santamarina y Marinas, 1993)

Las historias de vida no se limitan simplemente a la recogida descontextualizada de los relatos biográficos, sino que construyen su análisis de sus trayectorias individuales en el marco de los grupos primarios de referencia (grupo doméstico, parentela, banda, minoría étnica); por lo tanto se pueden utilizar como forma de conseguir conocer tanto el punto de vista del sujeto, el ambiente socio-cultural, y la secuencia de experiencias pasadas.

Dentro del ámbito de la salud existe especial sensibilidad por el tema de las trayectorias vitales de enfermos, como en el caso de Strauss y Glaser (1977) (citado en: Santamarina y Marinas, 1993) en su estudio de enfermos terminales. Otro ejemplo de su utilización es dentro del estudio de la mujer; para el estudio de sus roles, consideración social, experiencias y, sobre todo, de los procesos e cambio de su posición en la sociedad, los

relatos biográficos constituyen prácticamente el único recurso metodológico, dada la abrumadora escasez de documentación escrita.

En el estudio empírico directo del comportamiento humano, en su doble vertiente social y psicológica, la entrevista construye uno de los métodos generales (junto con la observación y la participación) que mayor uso y desarrollo ha tenido (Vallés, 1997).

La entrevista (o serie de entrevistas) que da lugar a una historia de vida tiene por objeto los modos y maneras con los que un individuo particular construye y da sentido a su vida en un momento dado. Destaca por su capacidad de recoger información concreta, detallada, altamente cargada de significado y perteneciente a las capas profundas de la identidad y de la personalidad del entrevistado. Como tal, por tanto, facilita la formulación de hipótesis más incisivas y precisa para el estudio científico. Almacena gran cantidad de información entre la que no siempre es fácil distinguir lo relevante o lo insignificante y no existen métodos o técnicas que guíen en la difícil tarea de distinguir estos dos bloques de información.

Por último, en esta justificación de la elección de método, Juan José Pujadas Muñoz en su texto “El Uso De Las Historias De Vida En Ciencias Sociales” nos señala las ventajas y desventajas de la utilización de la historia de vida como método de obtención de datos.

Ventajas principales:

1. Posibilita la formulación de hipótesis debido a la profundidad del testimonio, que nos permite conocer en un caso concreto la correlación causal entre variables.
2. Nos introduce en las relaciones sociales, foco de análisis hacia las relaciones familiares, hacia las pautas de formación y funcionamiento de las relaciones de sociabilidad.
3. Nos proporciona un control de las variables que explican el comportamiento de un individuo dentro de su grupo primario.
4. Nos permite la observación del participante debido al detalle con que se recogen las experiencias vitales.

5. En los estudios de cambio social, el relato biográfico constituye el tipo de material más valioso para conocer y evaluar el impacto de las transformaciones, su orden y su importancia en la vida cotidiana.
6. Muestra universales particulares ya que integra esferas sociales y de actividad diferente (familia, amistad, trabajo) y a la vez, presenta trayectorias concretas y no abstracciones estructurales.
7. El uso de relatos de vida paralelos, constituye una muestra representativa respecto a nuestro universo de análisis, sustituye a la mejor encuesta o batería de entrevistas.
8. En la etapa de conclusiones la realización de una o varias entrevistas biográficas nos sirve como un eficaz control de los resultados.
9. En la etapa de publicación le da la lector un amplio panorama

INCONVENIENTES

1. La dificultad práctica de obtener buenos informantes dispuestos a colaborar.
2. La dificultad de completar los relatos biográficos iniciados por cualquier circunstancia aleatoria.
3. Controlar la información obtenida sino es mediante observación del participante, la realización de relatos biográficos cruzados o por medio de catas para validar la veracidad.
4. Muchos científicos renuncian al análisis en profundidad de la narrativa recopilada.
5. Debido a la morosidad del sujeto, se suele suponer una presión hacia ese o direccionalismo.
6. En ocasiones el relato no se encuentra dentro de los parámetros de validez y representatividad.
7. El exceso de suspicacia o de actitud crítica respecto al informante.
8. La fetichización del método biográfico, es decir, pensar que con uno o varios buenos relatos ya tenemos toda la información y todas las evidencias necesarias para un análisis y llegar a conclusiones válidas sobre un determinado problema social.
9. Que hacer con el material recogido, lo cual depende de las características del propio material, así como del tipo de problemática teórica que hayamos planteado.

10. La forma de presentación: la transcripción literal en forma de anexos, pero ilustrar el análisis previo y también para mostrar la fiabilidad del procedimiento seguido. Utilizar la técnica de citas en la composición del texto del informe, intercalándolas constantemente para apoyar las afirmaciones analíticas del autor.

2. Presentación de hipótesis.

Objetivo:

Analizar los factores sociales e individuales en la construcción de la enfermedad con base en la relación órgano-emoción en mujeres diagnosticadas con cáncer cérvico-uterino.

Hipótesis 1.

Los resultados referentes a emoción y sabor predominantes en la vida serán significativamente concordantes entre las participantes.

Hipótesis 2.

Se encontrará la ruta de la enfermedad de las participantes a través de los datos recabados en sus historias de vida.

3. Delimitación del universo y de la muestra a analizar.

Las participantes de este estudio son mujeres diagnosticadas con cáncer cérvico-uterino y virus del papiloma humano, de edades entre 26 y 65 años, que viven en el área metropolitana del país; las cuales, por cuestiones de privacidad, sólo serán mencionadas dentro de la investigación con un número (folio) asignado previamente durante la entrevista.

4. Presentación de los instrumentos de encuesta.

Como se argumentó al principio de este capítulo se utilizará como herramienta técnica una entrevista semiestructurada con base en la historia de vida, que surge de la metodología

de la historia oral con el fin de conocer el pasado de las participantes para poder entender el presente de éstas, para ello se tomo en cuenta su vida familiar, laboral, emocional y sexual, además de la de su padecimiento, cómo lo construyo, como lo ha vivido, desde su comienzo hasta el momento final de la entrevista.

Para realizar las entrevistas fueron utilizados:

Aparatos

1. Micrograbadora.
2. Computadora.

Instrumentos

1. Microcassettes.
2. Pilas.
3. Lápiz.
4. Hojas.
5. Entrevista semi-estructurada previamente foliada (anexo 1)

Lugar.

Por comodidad de las participantes, las entrevistas se realizaron en los domicilios particulares de cada una de ellas, tomando como precaución que fuera en el día y hora indicados para que no hubiera distractores que interfirieran con la obtención de datos.

5. Presentación del material empírico elaborado.

Obtenidas las entrevistas fueron transcritas en su totalidad, es decir de la grabación en cassette se revisaron los fallos de concordancia; se recogieron las pausas, énfasis, dudas y cualquier otro tipo de expresividad oral por medio de un código preestablecido; se mantuvieron todas las expresiones y giros idiosincráticos, así como el léxico jerga. Para fines de este trabajo, sin embargo, los resultados se presentan de la siguiente manera:

1. En categorías que muestran pasajes relevantes de la vida de las participantes en este estudio.
2. Una tabla de resultados donde se reúnen datos, resumiendo la información recabada en cada una de las entrevistas (anexo 2)

Categorías de análisis.

❖ Familia: Al ser ésta el núcleo básico de la sociedad dentro del cual el individuo aprende valores, costumbres, manera de relacionarse con los demás, formas de comer y de enfermarse; es una fuente muy importante de información. Dentro de ésta categoría podemos encontrar:

-Relación con la madre: es la base de la construcción de lo femenino, implica los roles que se deben desempeñar como mujer, lo cual es transmitido por la madre durante la infancia. Dependiendo de estos patrones de comportamiento las mujeres reproducimos las maneras de relacionarnos, de formar a los demás, las actividades y obligaciones propias del género.

“Hay mira. Yo quise mucho a mi madre. Era muy buena, la relación. Hubo una época en mi juventud a los 15 años que mi hermana, la mayor, me enveneno, me enveneno el alma, llegándome a hacer creer que mi mamá andaba con otro hombre, cosa que mi mamá ¡nunca! Nos dio el respeto. Pero me enfermaba tanto, que este yo llegue a tenerle rencor a mi mamá, pero con el tiempo llegue a darme cuenta de que lo que mi hermana hacía aparte de difamar este eraaa, yo no sé que se imaginaba, que yo me peleara con mi mamá o no sé que... yo amo mucho a mi mamá ¿que pensaba de ella? Huy que es una picuda, era, no sabes una señora tan era toda una mujer tan amorosa, tan cariñosa, no yo ya primeramente, que te puedo decir lo mejor que me pudo haber tocado como mamá” 001

“Buena, excelente. Igual buena, porque digo a veces te tienen que corregir no de algún modo, osea, vamos que de repente te reprenda alguien no implica que una relación sea mala es parte de una relación, parte del crecimiento” 002

“mi mamá se dedicaba al hogar, casi siempre estaba en la cocina, haciendo la comida o lavando trastes, se distraía al ir al mercado, siempre estaba enojada, me regañaba mucho, pero también me consentía, me daba abrazos, me ponía atención, a veces me pegaba, y siempre ella tenía la última palabra en la familia, se hacía lo que ella decía, era una relación buena, porque me trataba igual que a los demás” 003

“mi mamá era muy estricta, nos regañaba, me trataba mal, me pegaba, trabajaba vendiendo verduras en el mercado de la merced, siempre estaba enojada, nos ponía a ayudarla en el puesto a que trabajáramos cargando bolsas, o con el quehacer de la casa. Ahora cuando me case, me decía que me tenía que aguantar, que yo había escogido ese marido y que me aguantaré, por eso seguí enojada con ella, ahora me llevo mejor ya está viejita y muy enferma, por eso le voy a ayudar cuando puedo y le llevo dinero, pero todavía como que le guardo rencor” 004

“Ninguna, ya nunca más la vi desde que se fue...casi no me acuerdo de ella, cuando estaba, estábamos bien, eso recuerdo, pero recuerdo que estábamos bien” 005

“La relación con mi mamá es normal, nos tratamos con respeto, nunca fue mala o grosera. Mi mamá ha sido una persona muy nerviosa, demasiado nerviosa, siempre anduvo en el acelerado total, entonces siempre nos traía a las carreras, toda la vida íbamos corriendo con ella, siempre nos regañaba y si no hacíamos las cosas como ella quería nos pegabas, y por no tener problemas con ella yo siempre fui muy tranquila, deje que ella me dijera lo que quisiera...era costurera, su jornada de trabajo era muy pesada diario era de las 9 a las 8 de la noche, no era mala, pero no tenía tiempo para platicar con nosotros” 006

“Bueno mi mamá estaba dedicada a las labores domésticas, la convivencia con ella era distante, estábamos mucho tiempo juntas, pero siempre estaba ocupada siendo una esposa ejemplar, era muy estricta con nosotros, más con mis hermanas y conmigo, cuando nos daba consejos eran respecto a como conseguir un buen esposo o como hacer esto o aquello de la casa, como tratar a los demás, como ser una buena mujer. Nunca platico con nosotras de sentimientos, nunca nos pregunto cómo estábamos, ni nada de eso, lo único que

conocimos de ella era eso, que le gustaban las cosas bien hechas, limpias, correctas, por eso era tan estricta” 007

“La relación con mi mamá, fue buena, si era regañona y muy nerviosa, supongo porque tenía muchas cosas que hacer, pero me daba consejos, me decía que hacer, me acompañaba en los momentos importantes, a pesar de que trabajaban los dos, nunca faltaron a nada de la escuela, ni bailables, ni homenajes cuando nos tocaba participar, ni en entrega de diplomas firma de boletas, en nada faltaron, mi mamá siempre estaba al pendiente de nuestras necesidades, a pesar de trabajar” 008

“Con mi mamá era una relación un poco alejada, nos cuidaba y nos hablaba, siempre estaba pendiente de nosotros de nuestras tareas, cuando nos enfermábamos, cuando teníamos algún problema, nos apoyaba, pero sólo ante los problemas, era lejana ante lo cotidiano, estaba tan ocupada todo el tiempo, y para jugar no estaba con nosotros” 009

“No muy buena, me maltrataba mucho y yo tenía que cuidar a todos mis hermanos. Se desquitaba con nosotros sus sufrimientos. Nunca me abrazó, ni me dijo cosas buenas, a mí y a mi hermano el que sigue nos pego mucho” 010

“Buena, trabajadora dos turnos, nos cuidaba, nos saco adelante sola” 011

“Buena podíamos platicar... mi madre supo escuchar mis inquietudes de estudiar, y pude platicar con ella sobre lo que leía o aprendía y me apoya mucho en mis concursos de poesía, de la escuela, yo memorizaba los poemas y ella me corregía mientras los leía. Me aconsejaba programas de radio y autores por leer” 012

“Buena eh en realidad es muy buena, este, le tengo confianza, platicamos cosas, a lo mejor no tan abiertas, pero si, sí tengo buena comunicación” 013 “La relación que llevo con mi madre es de mucha paciencia, a veces me desespera, siempre está corriendo, estresada, no escucha bien y me molesta que no haga cosas para ella. Constantemente nos reclama de que la tratamos mal o que no la consideramos, pero ella no se considera. Mi mama siempre

escucha lo que nosotros decimos y lo que pensamos yo casi no hablo con ella y menos desde que llegue de Canadá” 014

“La relación con mi madre fue difícil hasta los 26-27 años, sobre todo porque fue padre y madre a la vez, más sin embargo sé que fue difícil para ella” 015

-Relación con el padre: a través de ésta, las mujeres aprendemos el rol masculino, los patrones de conducta, el manifestar y recibir amor con el género contrario, a relacionarnos, y la búsqueda y consolidación de una relación de pareja de determinado tipo.

“Huy pues, fijate que muuuy buena, porque mi papá siempre me dejaba que yo siempre hiciera todo lo que yo quisiera con él. Le arrancaba las canas, me subía a las piernas, este, me le colgaba del cuello, lo apapachaba, lo besuqueaba, mi papá siempre me dejó, pero en cambio sentí que con mis hermanas era un poco reacio... Hay pues una etapa de mi vida que si le guarde rencor, porque, porque se, cuando se me entere que se había ido con una... mujer, me sentí muy traicionada, muy dolida por mi mamá, me dolía mucho que halla traicionado, yo creo que fue primer experimento, mi primera experiencia de traición. Le guarde mucho coraje, de hecho hasta le deje de hablar. Ya iba y venía, pero de hecho hasta la autoridad perdió ehh, yo hacia él, perdí la autoridad, ya para mí no significaba nada, cuando llegaba a visitarme, lo veía como una visita” 001

“Mmm pues el ser que te protege, te cuida, está contigo, te dice que hacer, te quiere. No sé, una persona que necesita cariño y respeto” 002

“Yo quiero mucho a mi papá, aunque tomaba mucho siempre se preocupaba por nosotros, y en la casa nunca faltó nada...no teníamos muchas cosas, pero nunca pasamos hambre, mi papá estaba pendiente de que nos faltaba y nos daba consejos de la vida, mi mamá lo trataba mal muchas veces y él se aguantaba ...Mi papá era velador, ahora ya no está con nosotros falleció hace 3 años, por su trabajo siempre estaba dormido en las tardes, sólo se levantaba para comer y estaba un rato en la casa y nos platicaba a todos como le había ido,

y mi papá estuvo con nosotros siempre, claro, cuando podía pues, el pobre, estaba muy cansado todo el tiempo, por eso creo que se enfermó” 003

“mi padre era un hombre muy trabajador, nunca faltó nada en la casa y mi mamá trabajaba para juntar más, mi papá trabajo siempre en fábricas, bueno desde que llegaron acá, antes trabajaba en el rancho, eso me cuentan, pero cuando yo era chica trabaja en fábrica y le daba lo que ganaba a mi mamá, quien administraba el dinero. Mi papá siempre fue muy cariñoso con nosotros, más que mi mamá y no nos regañaba de eso se encargaba ella porque era quien nos cuidaba” 004

“Bueno, también...no, tampoco sé de él, lo veo como más bueno que a mi madre, nunca supe porque lo dejaron, a mí se me hacía buen hombre, muy trabajador, con mala suerte, pero muy trabajador, nunca tomó, hasta lo de mi mamá, nunca las golpeo...no las engañó, que yo sepa, los problemas eran siempre por el dinero, pero no sé... no nos desamparo, según él, siempre les mando dinero a mi abuela y tías para nosotros, pero ellas se lo quedaban, pero él lo mandaba para nosotros, creo que vivió engañado, decía que no podía vivir con nosotros porque lo poníamos triste y que no podía, por eso nos dejaba con la mamá...de mi mamá, yo creo que él pensaba que estaríamos mejor” 005

“Mi papá estaba con nosotros cuando podía, porque sus trabajos eran de estar afuera, es mariachi, trabajan toda la noche y parte del día, llegaba a dormirse a la casa; siempre cumplió con el gasto, todo lo que necesitáramos, nunca fue agresivo con nosotros” 006

“Mi padre fue un buen hombre, distante, pero bueno, siempre nos trato bien, no pasaba mucho tiempo con nosotros, porque trabajaba y además como rentaba unos cuartos, tenía que estar al pendiente de eso, y pasaba solo los fines de semana con nosotros. Nunca nos descuido, cuando nos enfermábamos nos llevaba al médico, cuando necesitábamos algo, nos llevaba a comprarlo” 007

“Mi padre es un hombre muy responsable, trabajador, amistoso, tierno, es muy inteligente, nunca tuvo una formación formal, estudio hasta primaria, pero siempre fue muy inquieto y trataba de entender todo, sabía muchas cosas” 008

“Con mi pá fue una relación bonita, se ponía a enseñarnos cosas, de todo, de la vida, de las personas, de cómo se hacían las cosas, cómo se pescaba, cómo se construía una casa, cómo se preparaba una comida, todo, se ponía a jugar con nosotros, nos llevaba de paseo, nos compraba nieves, siempre nos oía aunque dijéramos tonterías, nos cargaba, y ya de grandes con él era con quien más hablábamos” 009

“lo poco que convivió con nosotros fue bueno, él era mariachi y casi no lo veíamos porque cuando no andaba fuera, trabajaba en las noches. Estaba muy apegada a él, me defendía de mi madre” 010

“Agresivo, no daba gasto, metía a sus amigos a la casa” 011

“Mi papá tenía un carácter y personalidad fuerte, sabía muchas cosas y había tenido muchos trabajos, pero el que duró toda su vida, hasta que murió fue el de construir edificios que ahora son muy conocidos. Fue muy cariñoso conmigo, pero no con mis hermanos, cuando estaban chicos; podía pelear bien en la calle y defenderse, no permitía que alguien lo golpeará o insultara y sentí mucho su cariño, me lo demostró y él siempre esperó que yo fuera una gran profesionalista” 012

“Autoritario” 013

“Distante, siempre con el trabajo o sus cosas, explosivo” 014

“La imagen de mi padre siempre fue la mejor, el tiempo que compartí con él fue maravilloso, por lo que para mí fue perfecto, mi madre me ha contado situaciones que yo no recuerdo, pero creo firmemente que eso lo hace sin ninguna intención, sé que como

esposa vivió muchas situaciones con él, y tan sólo me dedico a escuchar, pero no opino”
015

-Hermanos: es importante ya que al saber que lugar se ocupa en la familia se redefinen roles, la formación de personalidad, el tipo de compañerismo, si hubo envidia, manera de relacionarse y entablar relaciones.

“soy el sándwich exactamente la de en medio, ahí, esteee, una, dos, tres, arriba de mí, y tres debajo de mí. Lo que pasa es que mi mamá adoptó una niña... todos allí éramos iguales y parejos. Yo creo que se hacía más una distinción hacia la mayor de hecho le cantábamos a mi mamá que quería más a la mayor que a todos, ¿no?, pero ahora entiendo ya esa situación con mis hijos” 001

“Hija única” 002

“mis hermanos Ana, Carolina, Edgar soy la más chica y muy chica, mis papás me tuvieron ya grandes. Mi mamá había tenido muchos abortos, de milagro me logre, eso es lo que dicen” 003

“papá, mamá y los hijos, fuimos 6 hermanos, soy la más grande” 004

“Mis hermanos son 5, bueno, hermanos, hermanos dos, Guadalupe y Lilia, Y mis medios hermanos, María, Gerardo, y Vicente. Con ellos no sé... ya no los vemos casi” 005

“Pues yo tengo 3 hermanos, somos 4, somos dos mujeres y dos hombres...La relación no fue muy estrecha, de hermanos, hermanos que diga hay mis hermanitos, no, más bien yo asumía el rol de mamá, casi casi me comportaba como mi mamá se comportaba con nosotros” 006

“Con mis papás fuimos 10 hermanos, quedamos 7, mis hermanos ya están casados todos y tienen hijos y nietos. Soy de las últimas tengo dos hermanos más chicos que yo soy la octava” 007

“mi hermana mayor Fátima, mi hermano José, yo, Angélica mi hermana que sigue, y Pedro el más chico, todos crecimos juntos, mis papas vienen de provincia” 008

“Bueno de con mis papas son como la cuarta” 009

“6 casados, 3 solteros, soy la primer lugar.la familia ha sido poco unida. No me sentía amada por mi madre” 010

“Soy la mayor, después Celso, Rita, Domingo, Cándido, Julieta Angélica, Juan Carlos, mi primo Ramón, que se crío con nosotros, los cuidaba a todos.” 011

“7 hermanos varones, 3 hermanas soy la penúltima; ha sido una familia rencorosa y somos desunidos” 012

“Mi hermana este, tiene 27 años, ella es estudiante y también trabaja. Mis hermanas mayores una tiene 36 años, bueno 35 ya casi tiene los 36, este, ella es, ama de casa mi otra hermana tiene 33 años, y ella es empleada, ellas viven en unión libre, tienen hijos, cada una tiene dos hijos. Soy la menor de todas mis hermanas... nos dejaban jugar mucho...Pues en realidad sí ha sido algo conflictiva, mis hermanas tienen un carácter muy fuerte, entonces este, si llegamos a chocar mucho, más porque siento que en caracteres si somos, bueno, sí somos muy similares, muy explosivos, entonces si chocamos mucho de repente, porque una cosa no le parece a uno y a otro también y entonces, pus ya exploto todo, si ha habido muchos, muchos problemas en cuestiones de muchas peleas y todo, pero en realidad, hemos podido sobrellevarlo y no ha trascendido, pues no nos ha afectado como familia” 013

“Diana, Mario y Oliver, soy la tercera... yo creo que si, en mi familia no se manifiesta el afecto. La comunicación cada vez se ha ido reduciendo. La aceptación la veía más por parte de mi mamá que por parte de mi papá. No se si llamarlo aceptación, lo que pasa es que mi mamá tenía muchos problemas con mi hermana, no se llevaban bien y pues yo creo que por eso mi mamá me prefería” 014

“Mi hermano mayor, mi hermana. De mi hermano no se nada desde hace aproximadamente 15 años y mi hermana trabaja en la venta de relojes. Soy la menor. Cuando era pequeña y aproximadamente hasta los 20 años pensaba que mi madre no me amaba, si me sentía aceptada, con mi hermano la relación fue de rivalidad ya que mi padre mostraba preferencias por mi, con mi hermana nunca tuve ninguna fricción y actualmente tenemos una bonita relación” 015

- ❖ Relación de pareja: Es un indicativo de cómo se materialización de roles de géneros, y como se concretizan concepciones distintas del mundo, es decir, la educación, la moral y las costumbres diferentes.

“Pues yo creo que fue una necesidad porque si hace falta, pero nunca tuve un bonito recuerdo yo, ya después de la separación yo quise recuperar bonitos recuerdos nunca los tuve, nunca los tuve, eran como... realmente bonitos recuerdos... Siempre fue como una relación muy, muy... este muy impositiva como que no, mmm...mi personalidad la hicieron pomada, osea yo no existía, yo no vivía y lo peor es que lo que yo no puedo... comprender es por qué lo deje, porque lo permití (enojo, cambio de voz, puños apretados) es obvio que la rabia después apareció ya en mí, por que el coraje conmigo misma porque permití que ésta persona me pisoteara tanto, porque realmente mis únicos recuerdos yo creo que los únicos, cuando me decía el médico fue niño... hubo infidelidad, traicionada, humillada, este, devaluad.... La traición dentro del matrimonio, algo que no se puedo perdonar, que es como... como, como...detestar con ira a una persona horrible para lo que uno siente como mujer, sobretodo cuando se siente engañada y yo creo que .los hombres deben sentir lo mismo, no debe de ser diferente....mmm fue divorcio necesario del cual no

se ha concluido, porque él no ha querido, sí, un, un divorcio en que hubieron unas golpizas a todos donde yo vivía, me corrían por los escándalos” 001

“Siempre he sido muy expresiva cuando yo siento algo lo hago saber, no me guardo las cosas, me encuentro a alguien que me cae bien me emociono mucho, abrazo, me llevo bien con todos” 002

“Pasadas, solamente tuve un novio, fue en la secundaria y duré mucho tiempo con él dos años, yo conocía a su familia y él a la mía, muchos besos, abrazos, fiestas, bailes, era la edad, y terminamos mal, cosas de niños, lo vi con una compañera, en realidad era mi amiga, y con eso, les deje de hablarles a los dos, fue muy...triste. Después conocí a mi esposo en el trabajo, tenía que trabajar, para ayudar con mis estudios y lo conocí en la tienda, el era vendedor y yo empleada de mostrador, tuvimos un noviazgo largo, en lo que terminaba la escuela y pues bueno, ya éramos más grandes y nos queríamos mucho y bueno tuvimos relaciones antes de casarnos, pero sí nos casamos y todo” 003

“No tengo, ya no me quedaron ganas. Me fue muy mal con mi marido, siempre fue muy caliente y como yo no, él decía que buscaba lo que no le daba, a veces hasta llegaba con las sinvergüenzas esas, me pegaba a mí y a los niños, llegaba todo borracho, sucio, a veces no iba a trabajar, por lo que tuve que lavar ropa ajena, para comer, para que pudiéramos comer. Y el sexo feo, a veces me forzaba a que estuviera con él, muy violento. (cambio de voz a un tono quebrado y agresivo)” 004

“Novios nada más tuve uno antes de Fernando y ya lo tuve grande, como a los veinticinco...o más y al principio fue muy bonito, yo pensé que nos queríamos...estuvimos juntos como un año, pero el una y otra vez quería que tuviéramos relaciones y yo no, porque nunca había tenido...y no sabía nada de eso...y pues cuando por fin, fue muy feo y me dejo (silencio prolongado). Después conocía a Fernando en el mercado, yo vendo cosas por temporada...y estaba viendo lo de acomodarme en el mercado y él también y allí nos conocimos, después supe que era de por aquí, comenzamos a salir, nos hicimos novios, nos casamos vivimos juntos y eso. Comenzamos a tener problemas porque yo nunca me pude

embarazar y el quería hijos, comenzó a no llegar a la casa, teníamos...como diez años de casados... él es más chico que yo por seis años, y me enteré que traía novia, me quise morir y después quise matarlo...siempre nos llevamos muy bien, nos entendemos en todo...no sé porque hizo eso, el decía que porque yo estaba seca, que quería niños, pero con la otra tampoco tuvo, nos peleábamos mucho, de hecho, fue la época en la que paso lo de las cortadas y dijeron que me quería matar, tal vez sí, pero bueno, después mis hermanas, lo corrieron de la casa, porque esa casa es mía y él se fue con la otra, pero se me hace que el seco es él, porque con la otra tampoco pudo embarazarla..., después me comenzó a buscar, con ella no se llevaba bien como conmigo, y aunque seguía con ella me rogaba mucho, y le dije que la dejara y la dejó, pero desde entonces, dormimos en cuartos separados, y ya no le tengo la misma confianza, pero prefiero estar con él que sola” 005

“Tengo 15 años de casada...me case a los 20...nos casamos yo tenía 20 y él 23...me case precisamente porque estaba embarazada, pero fue una decisión de los dos... fue por el civil y por la iglesia...Me casé en mi cumpleaños y a los meses tuve a mi hija, 7 u 8 meses después porque cuando me case yo ya llevaba como mes y medio de embarazo. Después de años de casados, comenzamos a tener muchos problemas, él como que salía mucho con una compañera de trabajo y pues claro me estaba engañando, en cuanto me enteré, pues comenzaron las peleas, yo fui la que pidió la separación y él no quiso, él se aferro tanto a nosotros que aquí estamos, entonces que me queda, eh, por que también hubo chantaje por parte de él, que si me dejas me mato, que si me dejas voy a hacer esto, esto, esto otro, yo creo que también fue eso uno poco de temor que si me separo va a suceder una desgracia. Es el único con el que he estado hasta la fecha” 006

“Nada más he estado con mi esposo de joven tuve varios pretendientes, pero mi único novio fue mi esposo, duramos juntos como 40 años, nos dejamos o mejor dicho le pedí que se fuera, porque él tenía otra familia, me engaño con una de sus secretarias, y ella es mucho más chica que él, pero allí andaban los dos, me enteré que estaba con ella, pero el me juro que la iba a dejar, pero después ella salió embarazada y pues bueno le pedí que se fuera y que se hiciera cargo de su nueva familia, no nos divorciamos ni por lo civil, porque no creo

en eso, para la iglesia es pecado, que peque él no yo, que culpa tengo. Me da todavía dinero y eso, me dejo la casa porque está a mi nombre, pero ya no lo veo” 007

“Tuve pretendientes de chica, cuando vivía con mis papás, de la colonia, pero nunca me llamo la atención, porque si no eran borrachos, eran mujeriegos o flojos, tuve un novio, sólo uno antes de mi marido, lo conocí en la prepa y nos llevamos bien por un tiempo, pero comenzamos a tener problemas, porque me presionaba mucho en el aspecto sexual y lo deje, al poco tiempo, él salió con otra chica y pues bueno, ya no lo volvía a ver más. Con mi esposo todo fue como cuento de hadas desde el principio, nos gustábamos los dos, comenzamos a salir, nos hicimos novios, nos enamoramos y seguimos así, hemos tenido nuestros altibajos como pareja, pero menores, la mayor parte del tiempo son desacuerdos pequeños, con respecto a un gasto o con alguno de nuestros hijos, hasta la fecha, nos llevamos bien, a mi hijo menor le da asco, dice que parecemos novios. Nunca ha ocurrido una infidelidad, nos llevamos tan bien que no hace falta, nos complementamos y tenemos un proyecto de vida en común” 008

“Me case chica, mis papás me mandaron a trabajar a la ciudad, porque en el pueblo ya no había trabajo, todos estábamos pasando muchas carencias, y nos acomodaron para llegar y trabajar, cuando llegue aquí tenía como 14 o 15 años, y me dedique a eso, trabajaba en casa mis días libres veía a mis hermanos o cosas así, entonces conocí a mi esposo y comenzamos a salir y bueno me agarro sonsa, nos casamos como a los 16, 17 años fue un matrimonio bonito, él era muy amoroso, trabajador, los dos luchamos para construir la casa cuidar los hijos, pero sus últimos años de vida, el comenzó a descomponerse, de repente le dio por tomar, por ser mujeriego, por andar fuera, como joven sin compromisos, empezaron los problemas, las peleas, todo lo que no sufrí de joven, me paso de vieja, pero mis hijos ya estaban grandes y me apoyaron, y cuando se enfermó, todos lo cuidamos y acompañamos” 009

“Solo he tenido una pareja, la actual y todo va bien, nunca me había sentido con la confianza de tener novio, me daba como coraje o miedo, por lo que me enseñó mi mamá y lo que había visto con mis hermanas” 010

“Tenía 13 años cuando tuve novio, mi relación con él fue al principio, nos llevábamos bien, pero después él empezó a ser celoso conmigo, él trabajaba de taxista en Satélite y me presumía que las chavas estaban mejor que yo. Nos llegamos a pelear varias veces, incluso cuando jugábamos basquetbol, siempre se pelaba con cualquier chavo, incluso me dejaron de hablar mis amigos. Después viví en unión libre con el papá de mi hija, pero se fue. Años después conocí a mi actual pareja con el tengo un niño, mi esposo es más chico que yo y por eso nadie nos daba el beneficio de la duda, pero es con quien mejor he estado” 011

“Con mi primer esposo, hubo infidelidades, muy mala relación muchas agresiones, verbales y golpes; con mi segunda pareja tuve una hija y me llevé muy bien sexual y emocionalmente, con mi tercer pareja me llevo bien, sexualmente, intelectualmente, sólo que siento que me quiere dirigir” 012

“Actualmente si tengo pareja desde hace 2 años 10 meses, Noviazgos anteriores como cinco y parejas sin noviazgo formal como 5 también” 013

“Mi primer relación formal fue a los 16 años, dure 3 años con este chico, me gusto esa relación, nos la pasábamos bien, Con él tuve mi primera relación sexual. Tal vez me gusto por que éramos muy jóvenes, hacíamos cosas de adolescentes. Cuando nos separamos fue muy doloroso para mí, de hecho yo fui la que termino la relación. Él ya era muy indiferente conmigo, casi no nos veíamos. Al mes regresamos, el me empezó a buscar pensé que me quería que por eso había regresado pero al siguiente mes me dijo que tenía que casarse con una chica que estaba embarazada de él, me pidió disculpas y me dijo que no lo quería. Por cierto, cuando termine con él fue al Ginecólogo y me detectaron VPH y una infección vaginal, con esa doctora estuve un año en tratamiento sin tener mucha mejoría. Emocionalmente me sentía muy mal, me la pasaba triste todo el tiempo, lloraba por cualquier cosa. Tiempo después conocí a Jorge, de hecho desde el primer día que lo vi me gusto, además de que nos llevamos muy bien, empezamos a salir como amigos, íbamos a escalar, a fiestas, a veces iba por mí a la escuela. Me la pasaba bien con él, de hecho creo que ha sido con el que mejor me he sentido y mas me ha gustado estar. Empezamos a tener muchos problemas, la relación no andaba bien. Después nos enteramos que él tenía

leucemia, a partir de ese momento nos acercamos más. A veces la relación iba bien, a veces iba mal, me parecía muy desgastante, es difícil una relación con una persona enfermedad terminal. Solo puedo decirte que con él me la pase bien, teníamos muchos planes, nos gustaba estar juntos. Con el dure tres años, En mi viaje a Canadá lleve una relación como de 3 meses con un chico, era mexicano, al principio me llevaba bien con él, disfrutaba mucho la relación, hasta que ya no me gusto la manera en la que me trataba, y fue que nos separamos, de hecho yo lo deje por que ya no podía seguir así, al parecer el se sentía a gusto con la dinámica, a mi me hacía sentir infeliz. He salido con otros chicos, nada formal, con alguno de ellos llevo una amistad muy padre, a otros simplemente los aparto de mi vida” 014

“En el pasado, y de ello hablo desde el momento en que me case y 12 años posteriores fue buena, hubo comunicación y equilibrio y ello también degeneró en gran parte de cómo fui educada (o mal educada) creí que lo que tenía o lo que daban era bueno y era hasta donde podía llegar, consentí que mi capacidad era hasta allí, realizarme como profesionista, como mujer y como madre, pero antes de que naciera mi tercera hija, las cosas comenzaron a cambiar, la carga de la casa era al 100% mía, los gastos los compartíamos, pero la situación económica fue en disminución, y las demandas aumentaban, mi pareja consideraba que con lo que daba era suficiente, jamás hubo un gasto para mí, mi dinero lo administró él, en fin muchas situaciones o decisiones que posteriormente fueron cambiando, cuando nació Ary, mi vida y decisiones tuvieron un giro a 360° por lo que mi esposo se sintió extraño, pero en este largo andar y vacío a mi vida de afecto, cariño, amor, en el ámbito sexual de abandono llego a mi vida una persona, que en nuestras conversaciones pido observar estas carencias y muy súbitamente supo ocupar una posición en mi vida. Cuando mi esposo se enteró, porque se lo dije, comenzó a celarme, y pensaba que todo el tiempo iba a estar con la otra persona, le dijo a toda su familia y desde entonces ya no me tratan igual” 015

- ❖ Emoción predominante: con base a la teoría de los cinco elementos dentro de la Medicina Tradicional China se relaciona a los órganos del cuerpo humano con una emoción, por lo tanto si a través de la historia de vida, se hace evidente la predominancia de una emoción y a su vez el órgano correspondiente, este dato toma

importancia debido a que nos da un indicativo muy significativo de las enfermedades relacionadas, por las funciones corporales.

- Predominante en la vida

“la emoción... la ira, siento que predomina la ira cuando me siento...me siento agredida, en cualquier aspecto, la ira. Huy no tardo en explotar por eso empiezo a mandar:¡me están cansando! Porque cuando exploto...soy hiper iracunda, exploto, entonces como soy muy en bulto y entonces luego me arrepiento, porque ya lastime gente porque ya herí gente en el sentido de la boca” 001

“Alegre” 002

“No me considero una persona enojona, pero si me enojo fácilmente, siempre he sido muy tranquila, mi vida ha sido buena, dentro de lo que cabe, pero no tiendo mucho a ser muy alegre, de esas personas que siempre están contentas, no, pero, bueeeno, creo que si me enojo fácilmente” 003

“Pus ...yo diría que la tristeza o la mortificación, aunque ahora estoy mejor” 004

“La tristeza y la alegría, ambas...estoy solita y a veces me pongo muy triste, por eso busco a la gente...y tal vez el rencor, no puedo perdonar a mis padres, ni a mi abuela ni a mis tías, nos hicieron sufrir mucho” 005

“La emoción que siempre ha estado presente es el enojo...siempre he sido muy preocupona, por todo, por todo, que si porque los niños se enferman, que si porque el trabajo tiene que salir bien, que x, me preocupo demasiado, me gusta que las cosas salgan bien” 006

“Yo diría que la felicidad, estoy casi todo el tiempo contenta, a veces también me enojo, cuando me hacen algo a mí o a mi familia, triste muy pocas veces” 007

“No sé, la ansiedad, el nerviosismo, tal vez, como me gusta mucho trabajar y hacer las cosas, me pongo nerviosa cuando no salen bien o no se dan las cosas, soy muy organizada, precisamente para no alterarme más, para no ponerme nerviosa, eso también me lleva después a estar enojada, tal vez una mezcla de las dos, pero si soy más nerviosa” 008

“Creo que la tranquilidad, a veces me preocupo, me mortifico, por los demás, pero soy una persona feliz” 009

“El coraje” 010

“Nerviosismo” 011

“De felicidad” 012

“Este creo que muy tranquila, muy feliz en realidad, ahorita no he tenido otros sentimientos, hay veces que si tengo como así como que la frustración o el estrés, por el trabajo, pero personalmente casi todo el tiempo estoy feliz” 013

“Creo que la tristeza y el enojo” 014

“La emoción predominante es el amor, porque sé que de allí vienen los mejores sueños, creo firmemente en ello” 015

- Emoción más frecuente luego del diagnóstico.

“La pérdida, de que mis hijos me perdieran. Mucho coraje, mucha rabia, tristeza, frustración, porque esos no eran mis planes de vida” 001

“Angustia, miedo” 002

“El estrés, el estrés, como que todo el tiempo estaba corriendo haciendo cosas, con muchos pendientes, era horrible, no digo que ahora haga menos, si no que le doy la importancia que se merece y no me preocupa, y he cambiado mucho, antes también me enojaba más, sobretodo, me enojaba por cualquier cosita, era muy explosiva, y ahora como me organizo o mejor dicho nos organizamos, no me estreso tanto” 003

“Mortificación, pensé que me iba a morir, bien harta tristeza por estar enferma, y por que le fuera a pasar a mis hijos, coraje, porque también es por no ser valiente y salirme antes de mi esposo y nos estarle soportando tanto” 004

“Miedo y tristeza, miedo a morirme y tristeza por lo mismo. De por sí tengo depresión y luego, me dicen que me estoy muriendo, peor, así sí se pone uno triste. Ya ni las pastillas para eso me hacían, me sentía tan mal como antes, cuando lo del hospital, cuando lo del dichoso suicidio. 005

“Tristeza y angustia. No sabía ni sé que va a pasar, si estoy sana o no” 006

“El miedo, tenía mucho miedo de que algo me pasará en verdad, no quería morirme” 007

“Angustia” 008

“Mortificación” 009

“Miedo, ahora más positividad” 010

“Ansiedad” 011

“Confusión” 012

“Pues no sé a lo mejor en algún momento si llegue a estar medio tristonera, así como que cuando llegaba a pensar en eso y en lo que pudiera ocasionarme ¿no? En este caso alguna enfermedad más importante” 013

“Tristeza, coraje, melancolía, fueron muchos sentimientos y más por el recuerdo de la persona que me contagio” 014

“El sentimiento más frecuente luego del diagnóstico es el de la culpa por haber perdido tanto tiempo en tratar de encontrar una respuesta a lo sucedido” 015

- Actualmente

“Con más frecuencia, mmmm la satisfacción de que, de que estoy sola con mis hijos que todos los días lucho por hacer mejor mi vida, y me siento viva” 001

“Alegría” 002

“Tranquilidad, ya he disminuido todas mis emociones negativas, es increíble como cambia una situación como la que pase, nos hizo crecer mucho como personas, ya no estamos tan enojados los unos con los otros, ni con la vida, estamos más relajados, nos llevamos mejor, hablamos más, salimos juntos, comemos mejor, nos cuidamos en todos los aspectos de la vida” 003

“Contenta, estoy achacosa y cansada, pero contenta” 004

“Alegría, ahora sí, como que siento que me le escape a la muerte, y trato de disfrutar la vida, me la paso de argüendera con la gente y ya trato de no enojarme de todo y me sigo tomando mis pastillitas para ganarle a la depresión también” 005

“Todavía estoy angustiada, pero no tanto, me voy tranquilizando cada día más” 006

“Alegría, tranquilidad, estoy muy agradecida con Dios de darme otra oportunidad para seguir adelante y solucionar mis errores” 007

“Depresión al principio, y miedo después, al principio era pánico y desesperanza y poco a poco fue disminuyendo” 008

“Tranquila, contenta” 009

“Valoro más las cosas” 010

“Preocupación” 011

“Más equilibrada en las emociones.” 012

“Pues ahorita, pues no sé, yo creo que ahorita estoy feliz, estoy tranquila, no siento que tenga algo negativo, estoy con muchas ganas de hacer muchas cosas, dar muchas y ya” 013

“Actualmente... huy! Siento que estoy pasando por una restructuración, tengo muchos sentimientos, de todo. He estado deprimida, tal vez ha sido el más frecuente, pero en realidad tengo de todo tipo de sentimientos” 014

“Emoción o sentimiento que sentía yo creo que era la impotencia por no poder haber hecho algo para impedir la infidelidad” 015

- ❖ Sabor: Tomando como fundamento la Medicina Tradicional China, cada órgano del cuerpo representado en la teoría de los cinco elementos, tiene un sabor predominante de comida, por lo tanto, al saber cual sabor ésta dominando el gusto de las personas conoceremos que órgano ésta involucrado en el proceso patológico que vive el cuerpo.

“Lo salado y lo dulce” 001

“no soy mucho de condimentar la comida, sin sabor, no como sal, no azúcar” 002

“Lo salado y lo dulce” 00

“Dulce” 004

“Dulce” 005

“picoso” 006

“chile” 007

“picoso” 008

“dulce” 009

“todo” 010

“Pan dulce” 011

“Salado” 012

“Ninguno” 013

“Picoso” 014

“salado” 015

❖ Alimentación: A través de datos como las comidas habituales, y cómo fue enseñada a comer (carne, grasas, vegetales, con horarios fijos, en familia, solo, entre otros) ésta categoría nos indicará las implicaciones de la manera de nutrirse en la construcción de las enfermedades. Aquí podemos observar tres momentos históricos, tomando al cáncer cérvico-uterino como referencia, los cambios alimenticios:

- Antes de saber de la enfermedad: cuando la comida era impuesta por la familia, desde la infancia hasta el momento de saberse enferma de cáncer.

“pues, carnita, papas, quesadillas, refresco, pero principalmente carne, me gusta mucho la carne” 001

“Sopa, verduras, guisado, frutas, hígado y esas cosas horribles que no me gustaban, pescado, que no le gusta, y pues si golosinas hasta el día de hoy” 002

“Comía huevo, eso si mucho huevo, hasta en la sopa, hígado, guisado, que siempre era carne casi siempre de res, porque mi papá no podía dejar de comerla, frijoles, pasta, pollo, tortillas, pan, las verduras ni las conocía, bueno si pero no las comía. Además comía

muchos dulces, galletas, gansitos, me gustaba mucho comer cosas de la tienda, todas dulces, y era mejor si eran de pan” 003

“Comía muchas verduras, eso vendía mi mamá en el puesto y comíamos lo que se iba quedando, nopales, quelites, espinacas, tortas de papa, jitomates, zanahorias, y mi papá llevaba para que mi mamá comprara pollo, salchichas y de vez en cuando comíamos carne o cerdo en carnitas, en las fiestas. Lo que hubiera, pase muchas carencias, muchas hambres con mi marido. A veces nada más comíamos tortillas, frijoles” 004

“De niña, sobras o frijoles o tortilla con salsa. Ya cuando me case de todo, me di vuelo, carne de res, de cerdo, pescado pollo, pan de dulce, bolillo, tortillas, refresco, frutas, pasteles, dulces, verduras, camarones, de todo... y luego por qué estoy tan gorda” 005

“Fruta, más bien fui muy melindrosa...consumía frijol, arroz, huevo, lentejas, pescado, carne, pollo, lo que consumíamos más era carne de res, las verduras muy poco, si nos las hacían, pero no de todas, tal vez un fin de semana nos hacían un caldo de pollo con muchas verduras, pero la verdura era zanahoria, calabazas, papas, que es lo que más nos daba” 006

“De todo, mole, guisados, pozole, verduras, pasteles, galletas, algunos medidos y otros no, la comida mexicana me fascina, pero mucha me producía diarrea, entonces la medía, en fiestas o restaurants” 007

“Comíamos muchas carnes, mi papá es completamente carnívoro y como colmo tenía una carnicería, y pollería, entonces siempre comíamos carne, de toda, mi mamá nos daba verduras, y sopa de pasta, tortillas. De todo, o casi, porque tenía muchos problemas digestivos, pero no tenía restricciones preestablecidas” 008

“Comía mis frijolitos, mis molotes, mis sopas de tortilla, mis tamalitos, mis enchiladas, fruta, verduras, carne de vez en cuando y mucho pescado, de todo” 009

“Arroz, huevo, atole, poca carne, pocas verduras y leche. De todo” 010

“Sopa, frijoles, tortilla, café” 011

“muy poco, fui anoréxica y tuve problemas gastrointestinales muy fuertes, cuando tenía 18 años llegué a pesar 37 kilos” 012

“principalmente ay, es que de todo, desde verduras, este mmmm, verdura, fruta, este carne, este pollo, no recuerdo que comiera mucho pollo en realidad era más la carne la que comíamos, sí, y pues lo normal huevo y leche, pocas frutas y verduras” 013

“comía de todo, fruta, verduras, tal vez no tantas ensaladas, carne de res, pescado y pollo. Antes me cuidaba menos, bueno mi mama siempre ha procurado darnos comida variada, no siempre comer lo mismo. Casi nunca comemos carne de puerco pues a ella no le gusta, siempre nos ha dado verduras. Ahora comemos más verduras, menos carne y más ensaladas frescas” 014

“Comía fruta, cereales, verduras, pollo, poca carne de res, pescado muy pocas veces, productos enlatados. Todo tipo de alimentos, tacos, comida rápida, casera, todo tipo” 015

- Durante la enfermedad: al tener el conocimiento de estar enferma se da un cambio en la alimentación, ya sea por órdenes médicas, cambios de apetito por los tratamientos recibidos o por modificaciones propias hacia una vida más saludable.

“procure comer más sano. Vegetales, fruta y semillas como almendras y nueces que allí esta toda la energía del ser humano y las carnes comerlas poco, tomar mucha agua, una vida sana” 001

“Bueno no como carne casi, y antes comía muchísima, no como pastas y cuidó no comer cosas con hormonas o ingredientes artificiales, nada de grasas” 002

“Muchas verduras y frutas, cereales y cosas naturales” 003

“verduras y tomar agua, me dijeron que tenía que dejar la coca, el café, las carnes, y las grasas” 004

“Frutas y verduras. Nada de refresco, ni de carnes rojas, ni de pan, ni de café, ni chocolates, ni irritantes, ni chile, ni cosas en latadas, nada de jamón, ni salchichas” 005

“Nada mas me quitaron, las grasas y café, tabaco, alcohol, refrescos” 006

“Lo clásico, comer frutas y verduras, dejar las grasas, las carnes, los refrescos, el café” 007

“Muchas verduras y cosas libres de hormonas” 008

“Nada de grasas, de carnes, salchichas, jamón, cosas en lata” 009

“Más verduras” 010

“Nada” 011

“frutas y verduras y sólo un poco de carne” 012

“Cereal, fruta, verdura, carne” 013

“Mi ginecólogo no me dijo que tenía que llevar alguna dieta en especial. En el caso de los dermatólogos si, ellos me han llegado a pedir que no consuma lácteos, soya y refresco” 014

“Alimentos sin hormonas, nada de carnes o productos con conservadores” 015

- Después: teniendo en cuenta la posibilidad de recaer o enfermarse nuevamente de algún padecimiento crónico las personas pueden modificar sus hábitos alimenticios.

“sí, procuro igual comer muy sano. Verduras, frutas más agua” 001

“pescado, verduras, poca carne, frutas cereales” 002

“Pues en las mañanas desayunamos ya sea huevos con algo, jamón, a la mexicana, estrellados, con nopales, o cereal con leche. En las tardes como yo casi ya no como carne, hago más verduras y pescado y cuando llego hacer algo con carne yo me preparo algo aparte. En la cena cereal o yogurt” 003

“Verduras, frutas, pescado. A veces si me echo mis taquitos, pero muy poco, casi nada más para una fiesta o algo así” 004

“Pollo, pescados, hongos de todo tipos, soya, verduras, frutas” 005

“Pollo, mucho pollo, verduras, carnes magras, agua de frutas. Poco pan y poca tortilla” 006

“Como muchas verduras, pescado, frutas, té, poca tortilla y poco pan, nada de galletas o dulces, ni refrescos, ni grasas, ni carnes rojas” 007

“Frutas, verduras, poca soya, cereales integrales, carne muy poca, más bien pescado” 008

“Verduras, frutas, pollo, a veces, pescado” 009

“Más frutas, verduras, pescado, pocas harinas” 010

“De todo” 011

“pescado, mucha fruta y verdura y sólo un poco de carne y un poco de leche, de preferencia de soya” 012

“cereal, pollo, pescado, verdura y fruta” 013

“Yo como casi de todo. En casa no acostumbramos la carne de cerdo. Comemos carne, ensaladas frescas, pollo, tratamos de que la comida sea balanceada y no comer carne por días seguidos” 014

“Frutas, verduras, soya” 015

- ❖ Sexualidad: Al tener el cáncer cérvico-uterino implicaciones directas con el Virus del Papiloma Humano, es necesario interrogar sobre la manera en qué se vive la sexualidad, las relaciones de pareja (tipo, cantidad, intimidad) si hay o no complejos en éste ámbito y de qué tipo, la influencia de la religión, las costumbres, y la educación recibidas durante su formación.

- Edad de inicio

“29 años” 001

“A los 15” 002

“Inicio a los 18 años” 003

“a los 17 años” 004

“Inició a los treinta” 005

“a los 19” 006

“A los 17 años” 007

“A los 18 o 19 años” 008

“Chica 16 años” 009

“39 años edad de inicio” 010

“A los 17 años” 011

“28 años en mi noche de bodas” 012

“Comencé como a los 22 años” 013

“17 años” 014

“tenía como 20 años” 015

- cantidad de parejas sexuales.

“Una” 001

“Varias” 002

“Una” 003

“una” 004

“Una” 005

“una” 006

“una” 007

“dos” 008

“una” 009

“una” 010

“5” 011

“3” 012

“3” 013

“4” 014

“3” 015

- Educación recibida

“todo lo aprendía de mis hermanos, vivir en una etapa de mi vida en medio, aprendes tanto de los hombres como de las mujeres, jijiji, y siempre me incline más hacia los hombres porque sentía yo que era un campo que ya ni me gustaba y que podía hacer muchas cosas que no me limitaban en cambio a los mujeres si las limitaban” 001

“No en esa época no se usaba, eso lo aprendías en la escuela, realmente una plática así en mi casa nunca hubo. En la escuela a través de libros y videos” 002

“pues... nunca me las explicaron, sólo me dijeron que tenía que hacer y ya, La sexualidad, menos, nunca se hablo en mi casa de la sexualidad, sabía lo básico por la escuela, si acaso me dijeron algo es que tuviera cuidado de no andar de loca, porque podía quedar

embarazada y la vida con hijos era muy difícil. Un poco contrariada, cuando la ejercí, porque creo que ya te dije que me comí la torta antes del recreo, ja, ja, ja, ya estaba pedida y dada, pero uno es joven y no te preparan para todo lo que se siente cuando estas así, enamorada, y pues bueno, me sentía culpable, como si les hubiera hecho algo, y tenía miedo de quedar embarazada, pero no paso nada, y bueno, aquí estamos” 003

“No me dijeron nada, solo que cuando tuviera la regla me tenía que cuidar de los hombres” 004

“Nunca me explicaron nada de nada” 005

“Mis papás nunca me explicaron nada, y en la escuela nos dieron clases de educación sexual, en la secundaria y de allí aprendí, nos decía las diferencias entre hombres y mujeres en la físico, emocional, social” 006

“Pues eso nunca me lo explicaron en ningún lado, solamente me repetían que no podía estar con ningún hombre hasta que me casará y que era para tener hijos... Perdida, fue muy impactante ya cuando uno ve que es y no se sabe nada es muy difícil” 007

“Pues nunca nos hablaron de eso abiertamente, con sus rodeos y cosas como el amor y así, trataban de advertirnos de los peligros de los embarazos y eso, pero todo con rodeos... Normal, al principio si es como extraño, porque por más que te digan y que lo esperes, no es como te lo imaginas” 008

“no sé no me lo enseñaron. Tampoco me dijeron nada de eso” 009 “que hombres y mujeres somos diferentes. No me explicaron de sexo. Cuando comencé a ejercer la sexualidad me sentí mal, porque tenía que ser dentro del matrimonio y no me he casado. Bueno el primo de mi papá abuso de mí, yo nunca he dicho nada, porque mi mamá se iba a desquitar conmigo, me iba a pegar, porque no me iba a creer, tenía como 6 años” 010

“no tenía idea de nada” 011

“No me la explicaron, la aprendí de los libros. Mal informada, pero no enojada” 012

“Pues yo creo que, en mi caso no creo que me la hayan explicado realmente no me lo explicaron como tal, quizás sí, pero si mi mamá me explicó todo el proceso de la menstruación y por qué a las niñas nos pasaba y ya a la edad antes no, que de allí nacen los bebés y pues hasta allí, en realidad no fue una comunicación muy amplia de la sexualidad” 013

“Huy!!, nunca me dijeron nada de eso, ni siquiera me hablaron de la menstruación, imagínate como tome los cambios físicos cuando llegaron. Pues fue nula o casi nula, jajajaja digo casi nula porque mi papá me pregunto si yo ya tenía relaciones con mi novio, pero eso fue todo. No hubo alguien que me asesorara o que me hablara de ello. Tal vez en pláticas, mi papá acostumbra asesorar así, en pláticas, dando ejemplo de otras personas. La culpa, la culpa rodeaba toda la práctica, más al principio después ya no tanto. Cuando mas he disfrutado de esta fue en Canadá, fue en donde me sentí más libre en este aspecto” 014

“Con respecto a la sexualidad no se hablo siempre fue considerado un tabú, hasta hace apenas algunos años, hable con mi madre. Cuando comencé a ejercer mi sexualidad fue con lo aprendido en la escuela y por comentarios de mis amigas, orientación no hubo, lo que sí supe es que no quería embarazarme a la primera porque mi vida cambiaría” 015

- Cómo se ha vivido.

“eh pues como no tengo, la verdad no me... no es algo que yo necesite yo creo que ya es cuestión mental oh... así soy yo. En algún momento no fue así. Pues fíjate que... fue desagradable, nada más tuve una pareja sexual, era impositiva, era cuando el quería, osea, para mí era molesto nunca sentí placer, para mí fue hasta muchas veces traumático, entonces era algo que me agobiaba día, mañana, tarde y noche era una cosa terrible, es que yo era un tipo de persona tan... que tenía una vida tan... sensata, tan cuidada, tan protegida, que para mí fue como que traumático vivir una situación así, no? déjame decirte

que yo llegue a pensar que eso nada más se hacía en la noche, (risa) fíjate me case a los 30 años , osea que siempre fui muy feliz” 001

“A pues maravillosas mi vida, (carcajada) que te puedo yo decir, pues fue mi primer novio, con el dure 9 años, llevábamos 2 años de relación, y fue algo que se dio por parte de los dos con consentimiento mutuo, si, fue algo maravilloso. Siempre he sido satisfecha” 002

“Al principio, no, supongo que es en lo que te acostumbras. Bueno, ahora estoy satisfecha” 003

“Pues no sé, la verdad no había pensado nunca en eso. Es algo que no es importante para mí” 004

“Pos...sí, pero, ya no hacemos mucho eso, yo estoy tranquila, él creo que no. Cuando él andaba en malos pasos, ni me tocaba, y desde entonces dormimos en cuartos separados, y no pasa mucho” 005

“Si, por lo regular mis relaciones sexuales son buenas, por lo regular buenas, a veces sentía que no estaba al 100% por esos achaques de la regla, pero buena...si las disfrutaba...Ahora no he tenido relaciones con mi esposo, yo le digo que no voy a tener hasta que me diga que fue con el doctor y me digan que no tengo nada” 006

“Huy no, ya tengo como 10 años. Me siento satisfecha con vida sexual no sé porque no estarlo. Bueno, cuando mi esposo andaba con sus cosas yo sufrí mucho y pues ya no me satisfacía, bueno no me gustaba estar con él, para que” 007

“Si, aunque no mucho, (risa). Nunca he tenido problemas con la sexualidad.” 008

“Pos no sé porque no estarlo, es y ya, mi vida “sexual” se dio y pos ya me toco. Mi primera relación sexual fue con mi marido como a los 16 años, cuando nos casamos, me agarro sonsa, estaba requeté confundida, pero bueno, después uno se acostumbra” 009

“Es sexualmente activa. Sí. Utiliza algún método anticonceptivo. No. Se siente satisfecha con su vida sexual. Sí. En algún momento no fue así. No” 010

“Muchos novios, acabaron mal, mi pareja actual es más chico que yo nos llevamos bien” 011

“comencé con mi esposo, pero con el tiempo la relación se fue enfriando y conocí al papá de mi hija menor, él se casó con otra y ahora tengo a mi pareja actual con él cual estoy muy satisfecha en todos los sentidos” 012

“No siento que en algunas...eh prácticamente durante el toda mi vida sexual (risa) no creo que haya estado así satisfecha en realidad hasta ahorita es cuando realmente ahorita es cuando con mi pareja tengo una estabilidad y pues sí”. 013

“Cuando tengo una vida sexual activa acostumbro a usar condón. Me siento satisfecha más o menos, pero el doctor me pidió que hasta que no me opere no tenga vida sexual” 014

“Mi vida sexual actualmente ya no es tan constante, ya que mi pareja padece cáncer y por su estado de salud prefiero no pensar en ello. Con respecto a satisfacción en mi vida sexual puedo decir que no, creo que soy muy temperamental y enemiga de las rutinas y mi pareja es más pasiva y con su enfermedad actualmente es más. Cuando recién nos casamos tuvimos una vida sexual (desde mi rango de satisfacción en ese entonces) activa y buena” 015

- ❖ Actitud hacia el rol femenino, es decir, cómo fue educada en cuestiones de género, sus valores, actitudes, expectativas, actividades; y cómo fue formando su identidad de género, con su madre, en los medios de comunicación, a través de conceptos religiosos.

“Pues me enseñaron que tenían que ser femeninas, este, y la imagen que yo vi de mi mamá, una mujer luchona, responsable, ennn, respetuosa, decorosa, educada. Tengo muy buena relación con hombres, no con mujeres, con mujeres tengo buena relación como trabajo,

pero así que seamos uff que seamos uñas y mugres, en cambio con los hombres tenía mejores relaciones, así de cuates. No sé porque, a lo mejor porque crecí entre hombres, yo ya casi cumplí 50 años, imagínate la etapa de vida que a mí me toco vivir, todavía no había liberación de mujeres ni nada por el estilo, entonces... este... eso me gustaba mucho todo eso lo intrépido y audaz me fascinaba de hecho yo llegue una época de mi infancia a vestirme como hombre jeans, chamarras de jeans, playeras de niño, porque yo sentía que a las mujeres se les trataba muy mal, y yo quería ser niño, pero no porque quería ser físicamente yo como un niño, sino porque quería yo pertenecer al grupo de los niños porque te trataba mejor la vida como ellos la pasaban a como la pasaban las mujeres y además chiquilla y hay no” 001

“Pues ante todo buscar tu felicidad, que debes de ser independiente, autosuficiente, y ya. Cualquier actividad que te llenara, cualquier actividad que te hiciera feliz” 002

“Pues que tenía que ser hacendosas, buenas madres, obedientes y bien abusadas, para no dejarse de cualquiera, decentes, calladas, todo lo que una buena mujer debe ser, una mujer decente. Pues... mi tarea y ayudarle a mi mamá con los trastes o a lavar la ropa, a mano, por cierto, a barrer servir la comida, ir por algún encargo a la tienda que estaba cerca, todo eso” 003

“Limpias, hacendosas, trabajadoras, calladas, aguantadoras. Hacer la comida, barrer, trapear, la casa y el puesto al terminar, cuando mis hermanos hombres crecieron podían salir a trabajar o a los bailes, y no hacían nada en la casa o en el puesto y nosotras teníamos que seguir haciendo todo hasta que nos casáramos” 004

“No sé, como que...que debían estar en la casa, tener hijos, lavar, planchar, cocinar, dar de comer, cambiar pañales, trabajar” 005

“Enseñarme no, mi mamá me decía que es lo que tenía que hacer, cuidar a los niños, ayudar con las compras, con la comida a lavar la ropa, la losa, todos los quehaceres domésticos. De niña, me sentía diferente por ser la mayor, no por ser mujer, pero ya después sí con la

menstruación y el andarse cuidando y con eso de que te gustan los muchachos, ahí se notan las diferencias” 006

“Me dijeron que las mujeres debíamos ser buenas, educadas, corteses, estar siempre dedicadas a nuestra familia, que debían saber realizar todas las labores del hogar, cocinar, lavar, planchar, coser, bordar, tejer, cuidar a los niños, tener buenas costumbre, como se diría ahora a la antigüita. En mi casa siempre existieron muchas diferencias, ni nos dejaban estar juntos a hermanos y hermanas cotidianamente, solo los fines de semana, teníamos actividades diferentes por sexo y además íbamos a escuelas diferentes, nunca me queje, pero si me causaba cierta molestia que mis hermanos no tuvieran tantas actividades como nosotras, y que pudieran salir a la calle y nosotras no” 007

“Me enseñaron que las mujeres por ser más sensibles, debíamos escuchar a los demás, ayudarlos, también que por nuestra fortaleza, podíamos hacer las labores domésticas, cuidar niños y trabajar al mismo tiempo, porque podíamos hacerlo. Mis papas nunca hicieron esas diferencias tan marcadas, más bien todos debían hacerse cargo de sus cosas no por ser hombres mis hermanos se salvaban de lavar su ropa, eso si no los ponían a cocinar, y bueno cuando crecimos a nosotras nos ponían más peros para salir, pero de todas maneras nos dejaban, nos dijeron cosas como que las mujeres éramos mejores para una cosas que los hombres y viceversa, que si por la atención que se requería, que si por la fuerza, o porque se era más sensible, o más resistente, pero nunca es que se fuera peor, es decir, nunca nos dijeron que las mujeres éramos más débiles o no podíamos hacer ciertas cosas, en cambio nos explicaban que por condiciones de nacimiento, las mujeres teníamos ciertas cualidades y los hombres otras” 008

“Me enseñaron que las mujeres debíamos ser limpias, obedientes, inteligentes, fuertes. Tenía que ir a la escuela, arreglar el cuarto con mis hermanas, darle de comer a las gallinas, la tarea, y de vez en cuando los mandados. De chica no me sentía diferente, ya cuando vine a la ciudad a trabajar, pos sí, desde los trabajos que te dan y los límites, no salir muy noche, no ir a ciertos lugares” 009

“Solo para la casa, ser esposa y madre. Tenía que realizar la limpieza, los mandados, cuidar hermanos. Las libertades que no son iguales, que hombres y mujeres somos diferentes” 010

“Bien portadas” 011

“Decentes, modositas, estudiar y hacerme cargo del aseo de la casa y de mi ropa” 012

“Las mujeres me enseñaron que debían ser bien portadas, que nunca tenían que hacer cosas indebidas, no sé a lo mejor como fumar, tomar, este, eh no sé como que andar con una y otra persona, este, eh, andar mucho en la calle, cosas como esa, ¿no? Este, ser más hija de casa es lo que me enseñaban.... Mmmm, pues sí, mucho este, aprender a hacer todo lo doméstico, pero, pero no nos enseñaron como tal, una mujer tiene que hacer esto, pero sí era eso, pero también podías hacer otras cosas, como trabajar, y que la mujer tenía que ser trabajadora” 013

“Mmm pues creo que nunca me dieron una educación así como que practica, más bien todo fue en la teoría, en lo que se platicaba de las otras personas. Mi papá nos dio una carrera, nos veía como profesionistas, con un trabajo, una familia. Mi mamá se ha dedicado al hogar desde que nació mi hermana. Tenemos como que esas dos partes, la de la mujer dedicada al hogar y la mujer profesionista. La de la mujer libre y la mujer recatada ha sido algo difícil para definir. En mi casa mi mamá es la que se encarga de las tareas domesticas, en su mayoría. Mi papá era el proveedor económico. Socialmente: es aun más complejo, todos los prejuicios, los tratos en la calle de poco respeto que en algunas ocasiones me hicieron sentir insegura. En el caso de mi hermana ella se ha enfrentado más con la desigualdad entre genero en cuestión de salarios” 014

“Me enseñaron que era abnegada, obediente, su vida (bueno eso fue en TU o en libros) que tenía que permanecer en casa atendiendo al marido a los hijos y al hogar, no era libre de opinar ni de protestar, pero mi madre nos dejó una enseñanza mejor nos mostró que

podíamos salir adelante con o sin pareja con hijos o sin ellos, que somos fuertes y con libertad para decidir el destino de nuestra vidas” 015

- ❖ Aspectos ginecológicos. De acuerdo con los especialistas en el tema son un antecedente directo del cáncer cervicouterino.

- Menarca

“15 años” 001

“14 años” 002

“A los 12 años” 003

“Como 10 años” 004

“15 años” 005

“A los 13” 006

“A los 17 años” 007

“A lo 12 años” 008

“14 años” 009

“A los 13 años” 010

“A los 10 años” 011

“A los 13 años” 012

“A los 12 años” 013

“A los 13 años” 014

“A los 13 años” 015

- Métodos anticonceptivos

“Ninguno” 001

“Utilice pastillas siempre, algún tiempo traje el dispositivo intrauterino, pero como un año, no me gusto, siempre pastillas” 002

“Ya para que (suspiro)... Antes tomaba pastillas y después de mi primera hija, me pusieron el dispositivo, se me encarno, me lo quitaron y después me quedé embarazada y ya” 003

“No” 004

“No, nunca pude embarazarme” 005

“No, ninguno, nunca he utilizado ningún método anticonceptivo, jamás...mi esposo se hizo la vasectomía” 006

“Ahora no, pero utilice pastillas anticonceptivas por un tiempo, pero me cayeron mal” 007

“No, ya para que. Antes utilice pastillas anticonceptivas” 008

“No, antes utilice la T, me la pusieron, no me preguntaron” 009

“No” 010

“Condón, pastillas” 011

“No” 012

“Sí, el condón” 013

“Cuando tengo una vida sexual activa acostumbro a usar condón” 014

“Recién casada utilice el método anticonceptivo de las pastillas, pero no las tome adecuadamente, por lo que cuando quería embarazarme no pude, por lo que tuve que esperar un año para lograr embarazarme, posteriormente mi pareja utilizó condón, luego el ritmo (una sola vez) y nos falló, al nacer mi tercer hija, solicité el salpingo y de ello hace 7 años” 015

- Gestaciones

“Eh! tres, nada más tres embarazos y los tres logrados” 001

“No” 002

“Dos.” 003

“Tres, no cuatro, se me murió el bebé por un golpe, ese hombre llegó borracho y me dio un golpe que me tumbó, y pues fue así se me salió el bebé, a partir de eso ya no me pateo, me seguía pegando, pero ya no así” 004

“No” 005

“Dos” 006

“Tuve seis embarazos, no ocho, los primeros, fueron espontáneos, no sé porque no los retenía” 007.

“Tres” 008

“He tenido 5, no perdón seis. Uno, se me salió así nomás.” 009

“Ninguno” 010

“Dos” 011

“cuatro, un aborto” 012

“no” 013

“ninguno” 014

“Tres embarazos” 015

- Enfermedades en aparato reproductor.

“Sí muchas, muchas, muchas, muchas infecciones vaginales, por la promiscuidad de mi esposo. Virus del papiloma Humano, me quitaron todas las trompas, nada más tengo un ovario, porque uno de los ovarios tenía fibrosis, fibromas o no sé” 001

“A raíz de que empecé con la diabetes, sí tuve bastantes infecciones, pero ya que me descubrieron la diabetes pues resultaba que era de lo mismo no, eso fue hace un año, empecé con tratamiento de diabetes, seguí con infecciones y bueno ya resulto que era el cáncer ¿no?” 002

“constantemente al principio de mi vida sexual, y me daba pena, no sabía que hacer, porque todavía estaba con mis papás y no estaba casada y no sabía que hacer, pero, después una compañera en la escuela me dijo de unos óvulos me los compre ” 003

“Si muchas, infecciones vaginales, como mi marido siempre estaba de caliente por otros lados, siempre me pegaba las infecciones” 004

“Infecciones vaginales, sí muchas, por eso dormimos en cuartos separados” 005

“Sí siempre he tenido pequeñas infecciones vaginales” 006

“No había tenido, hasta como hace veinte años, más o menos, que no se me quitaban, iba al doctor y me curaba y otra vez, me regresaban las infecciones” 007

“Casi no, al principio, pero nada más” 008

“No” 009

“Miomas, quistes en ovarios y senos” 010

“A veces, no seguido tengo una que otra infección” 011

“Sí varias veces, pero me dan y se quitan” 012

“Sí, pues en ocasiones si se me llega a retrasar bastante mi periodo, en cuanto, no sé 15 días o hasta tres semanas ennn, tengo dolores menstruales, últimamente han sido muy fuertes, no sé si son consecuencia de lo mismo, del virus, pero, si de unos meses para acá que si han sido muy, muy fuertes, y además yo una cosa que no tenía es que yo el primer y el segundo día, el primero y el segundo a la mitad, este, sangraba mucho era muy, muy mucho el fluido, este ¿no? pero ahorita ya no, el fluido si ha sido mucho, mucho, mucho, durante tres, cuatro casi ¿no? Pero mucho así, abundante. Fui al ginecólogo, cuando me diagnosticó el virus del papiloma, yo al principio pensé que era una infección vaginal, que, al principio me la llegue a tratar con, con cremas, este de esas comerciales que te dicen de las infecciones y todo eso y en le momento pues sí me aliviaban, osea me ya no sentía la molestia, pero este pues si fue recurrente, entonces fui mejor al doctor ¿no?” 013

“Lo que te comentaba del VPH” 014

“He padecido infecciones vaginales, pero no por relaciones sexuales, sino por usar ropa interior muy ajustada o por el tipo de jabón con el que realizaba mi higiene” 015

- ❖ Enfermedades recurrentes: Al encontrar las enfermedades más frecuentes durante su vida, se podrá localizar la ruta órgano-emoción, y relacionarse con el entorno para la construcción de la enfermedad objeto de ésta investigación.

“Pus, alguna que otra gripa, no, no, seguido, es porque me enfrió, porque yo trabajo mucho con calor, con la secadora y si no me cuido, este, me dan gripas. Alguna indigestión. Si

como cochinas en la calle me enfermo luego, me salen muchos derrames en los ojos y los médicos que me han visto me dicen que es normal por los cambios de temperatura. en que atiende sus padecimientos. De niña, Si, huy si, me enfermaba que de varicela, paperas, todo me dio. Todo me dio, sí” 001

“Asma, úlcera deudenal sangrante, deficiencia renal, este, de un año para acá diabetes, presión baja... y pues bueno ahora cáncer” 002

“Pues yo he sido siempre de enfermedades en la garganta, hasta me quitaron las anginas cuando era niña, y de enfermedades en el estómago” 003

“Pues me enfermo mucho del estómago, desde niña, cualquier cosa y me da chorrillo, me sacaron la vesícula y desde entonces estoy peor, bueno, es que antes nada más era eso, ahora cuando no tengo diarrea, no hago del baño, como cualquier cosa como pozole o carnitas y me dan unos dolores, también me dan muchos dolores de cabeza son muy pero muy fuertes en ocasiones ni quiero ir a trabajar, pero no puedo dejarlo, porque el trabajo es “necesida” 004

“Pos tengo eso de la cabeza, que no me acuerdo que es, pero es del líquido de las neuronas o algo así, que no se comunican, y por eso yo creo que nunca fui bien en la escuela, dicen que hace que no pueda recordar cosas rápido, que se me olviden las palabras, y bueno, tuve quistes en la matriz, el cáncer, miomas en los senos, o al revés, ya no me acuerdo, exceso de hormonas o algo así me habían dicho, depresión, con tendencias suicidas” 005

“Gastritis, colitis nerviosa, gripas. Tuve un esguince cervical, diarreas a veces” 006

“El estómago, desde niña me dijeron que tenía gastritis y he sufrido toda mi vida estreñimiento, pero no como el de otras personas que yo he sabido que hasta una semana se pasan si ir al baño, yo voy cada tercer día o con tratamiento diario” 007

“Gripes casi no me dan una vez cada dos o tres años, es raro, pero casi no me enfermo de gripes o tos, pero eso sí, del estómago sí, con la gastritis, la colitis, el estreñimiento” 008

“Yo pensé que había salido a mi má porque no me enfermaba, todos gripientos y yo solo con poco moco, pero no me daba bien, todos con diarrea y a mi solo me hacía ruido el estómago y así, pero ahora que me enferme, me enferme y bien, nada de enfermedades pasajeras, una de verdad (carcajadas)” 009

“Enfermedades respiratorias, alergia, aparato reproductor” 010

“Gripas” 011

“De la matriz, infecciones, papilomas” 012

“mmm de hecho últimamente si he estado como más sana, pero lo que más me ha aquejado es la, la tos y la gripa que si es una enfermedad recurrente” 013

“Desde que tengo 12 años padezco de psoriasis, a veces se me quita y a veces se controla. También tengo miopía y de vez en cuando me dan infecciones en los ojos. Últimamente tuve una infección en el oído eso si fue extraño, ya que eso nunca me había pasado. Al realizarme el Papanicolaou me dijeron que tenía VPH y una ulcera en el cuello de la vagina” 014

“Tuve infección de las vías urinarias el tratamiento fueron 10 inyecciones una cada 24 horas, pero no recuerdo el nombre” 015

❖ Padecimiento

- Antecedentes familiares.

“hace dos años a mi hermana le diagnosticaron cáncer en el seno, pero tampoco tenemos historial de familia con cáncer, no. Es más de todos, de nuestras raíces había riesgo de

infarto. Lo que pasa es que mi mamá con tanta cesárea a ella si le hicieron muchas transfusiones y como hijos nos cargamos todas esas cochinas de las gentes porque ni siquiera eran donadores de la misma familia” 001

“Mi madre, mi abuelo materno, y algunos tíos de la familia materna, también” 002

“Pues exactamente el mismo no, pero la hermana de mi mamá tuvo cáncer en estómago y mi abuelo cáncer de próstata, los síntomas no los sé con exactitud, porque no estaba con ellos, sólo sé que mi tía sufrió mucho le dolía todo el tiempo, hasta pedía ya no seguir sufriendo, no duro mucho, ya no quería vivir así. Mi papá también tuvo cáncer de próstata, empezó con problemas para orinar, dolor, inflamación, sufrió mucho también” 003

“No sé, no recuerdo que nadie haya tenido” 004

“Mi papá tenía cáncer de hígado” 005

“No nadie” 006

“Nadie lo padece, mi mamá tuvo el mismo que yo y mi tía tuvo de mama, mi mamá también se curo con histerectomía y mi tía por desgracia falleció” 007

“Sí, mi mamá tuvo el mismo cáncer que yo, pero a ella se lo detectaron al principio, y no le hicieron tanta cosa como a mí, además de que le dio ya grande, mi tía, su hermana, tuvo en mama, mi abuelo tuvo en colon, igual que un tío” 008

“No que yo sepa” 009

“No” 010

“Nadie” 011

“Sólo tíos paternos y maternos tuvieron cáncer y diabetes, y mi mamá tuvo cáncer pulmonar; pero mis hermanos no padecen ninguna de estas enfermedades” 012

“No, que yo sepa no, lo que pasa es que mi hermana en algún momento llegó a tener algunos quistes en, mi hermana la que vive conmigo, de los cuales le trataron, pero no se los curaron, ella desde hace algún tiempo de eso” 013

“A mi mamá le detectaron cáncer de mama afortunadamente fue detectado muy a tiempo” 014

“Mi esposo padece de cáncer en la vejiga, de mi familia nadie” 015

- Diagnóstico

“Cáncer in situ, por medio de la palpación y biopsia” 001

“Pues primero con mi doctora que era la que me estaba tratando, ella me hacía el Papanicolao como me lo hacía cada año, en junio, y es entonces cuando me descubre la diabetes y me dice, bueno tienes que hacerte el Papanicolao otra vez en diciembre, porque ahorita en junio vas a empezar a medicarte de la diabetes y todo esto se tiene que corregir no? entonces en diciembre no me lo hice la verdad, porque eran las fiestas y todo me lo hice en enero y ya en enero desgraciadamente salió que era cáncer, entonces cuando me dicen que es cáncer decido buscar otro médico, porque obviamente el cáncer no se desarrolla de un día para otro” 002

“me diagnosticaron el virus del Papiloma Humano y el cáncer cérvicouterino en fase II” 003

“Virus del papiloma humano, cáncer en III” 004

“Tumores, cáncer” 005

“Carcinoma, creo que fase I que estaba en una etapa temprana” 006

“Al principio me dijo que ya estaba en III por lo que tenían que realizarme más estudios, en la colposcopia y biopsia salió que tenía carcinoma en situ, pero el médico me explicó que todavía no invadía a profundidad, por lo que con la histerectomía se podía eliminar todo” 007

“Me dijo después de la colposcopia que debía hacerme una biopsia porque había sospecha de cáncer, el cual estaba en fase II” 008

“Al principio no me quería mandar las hojas para el estudio, pero me hizo tacto y me dijo que tenía una bola, que a lo mejor era un tumor, me mando a hacer un, una colposcopia y un ultrasonido y una biopsia y bueno salió que si era cáncer” 009

“Ulceración cuello de útero, células anormales en el cuello de la matriz, miomas, quistes” 010

“Virus de papiloma humano” 011

“Que tenía el virus del Papiloma, lo cual me hizo sentir triste, pero me dijo que no me preocupara, tenía cura, que llevaría algún tiempo tratarlo y que para ello no debía tener relaciones sexuales ya que mi esposo también lo tenía. En la terapia de acupuntura se me explicó sobre el Virus del Papiloma y se me proporcionó información detallada del mismo y sus consecuencias, como ciertas verrugas que salen en la piel, etc. 012

“Que el virus se transmite sexualmente, que es el antecesor de lo que es cáncer cervicouterino, mmmm, que, que me tenía que hacer una cirugía, bueno practicarme una operación una cirugía para quitarme una ulceración que tenía, y pues básicamente es controlarme, el papanicolao pues salió bien, me dijo que nada más apareció la inflamación y que nada más faltaba el resultado de los análisis de la muestra que me quito de la úlcera que tenía y ya con eso, podía valorar” 013

“Que tenía VPH, una ulceración en el cuello de la matriz” 014

“miomas, quistes en ambos ovarios, un fibroma en el seno izquierdo, células anormales”
015

- Tratamiento

“Histerectomía, útero y las trompas, y un ovario” 001

“Realmente ninguno más que la operación, me explicaba el doctor que no alcanzo, gracias a Dios lo descubrieron en enero en abril ya estaba yo en quirófano, me quitaron la matriz, un ovario, todo lo que me tenían que quitar, me dice el doctor que no estaban afectados ni los ganglios centinela ni al parecer ninguna otra cosa y pues es nada más un seguimiento de cinco años” 002

“Pues, así, me tome los medicamentos, realizaron la histerectomía y fui a las quimios (6, una cada mes) fui con el psicólogo para aceptar todo el proceso. Ahora tengo que hacerme chequeos cada seis meses, y cambió de alimentación, dijeron que ya estoy bien, pero me tengo que cuidar para que no me dé en otro lado, el ginecólogo me dijo que había muchas posibilidades de que pudieran acabar con todo el cáncer, ya que no había salido de la matriz, y bueno al quitar todo, el virus, se iría, o con otra cirugía se podía tratar, pero que mi esposo tenía que hacerse otros estudios y procedimientos para evitar un nuevo contagio”
003

“Me dieron una inyección para lo de la regla, vitamina y creo fue sul no sé que de hierro. Después de los estudios me programaron la cirugía y me quitaron la matriz, y después me dieron unas (3) quimios y la radio” 004

“Pos, nada más fue la operación, me quitaron todo y después me dieron unas pastillas para el dolor diferentes a las primeras, y unas para que no me diera una infección y otras, para

no sé que, para que no volviera el cáncer o no sé. Y también me hicieron muchos estudios de los demás órganos, para ver si no se había ido a otro lado” 005

“Como estaba empezando, me hicieron una criocirugía y me dieron medicamento, todavía estoy en revisión” 006

“Me hicieron una biopsia, una histerectomía, y radioterapia, y medicamentos para la infección” 007

“De todas las opciones decide la más radical, porque se que el cáncer siempre regresa, y aunque la cirugía no me asegura nada, es más probable que gane tiempo y no regrese, por eso escogí la histerectomía, porque aunque los médicos decían que era lo mejor, yo no daba consentimiento hasta no estar informada.” 008

“Me quitaron la matriz y me dieron quimios” 009

“Homeópata” 010

“Medicamento y cirugía con láser frío” 011

“Imanes, herbolaria y acupuntura” 012

“pues uno es buscapina otro es...oy no me acuerdo como se llama, ¿puedo ir a ver? Bueno estoy tomando la buscapina compu..compusiton ennn esa me la estuve tomando durante un mes, acabo de terminar el tratamiento, apenas el sábado con el keplex cefalexina, estos los consumí durante 8 días cada 8 horas, y actualmente todavía sigo tomando acon retinol esta la estoy tomando cada tercer día y es por tres meses, por dos meses todavía y es el tratamiento que estoy tomandoy la cirugía fue láser frío” 013

“Huy! No me acuerdo de todos los nombres de las pomadas y óvulos. Pues trato de seguirlo si me opere (criocirugía) es porque no quiero padecer la misma angustia como es un lugar

donde no puedo ver el estado de mi piel o de la pared del cuello pues si me daba pendiente”
014

“Cuando me dieron el diagnóstico de que tenía miomas en la matriz y que no había tratamiento, que era necesario extirparme la matriz porque podría darse el caso que muriera de una hemorragia, en ese preciso momento comprendí todo lo que me había dicho con anterioridad mi profesor del curso y mi amigo, pero también comprendí de tomar la decisión sin darme antes la oportunidad de buscar otra opinión, sabía que toda acción provoca una reacción y como tal la tenía a la vista, fui a la acupuntura y tome herbolaria”
015

- ❖ Concepción del cuerpo. Esto nos indica la manera de conceptualizarse, ya sean como individuo, ser vivo, una máquina, creatura de Dios y el valor que tiene para ella su organismo.

“Pues imagínate Jehová nos doto de una perfección y desgraciadamente no la cuidamos, no nos cuidan desde que nacemos, cuantos niños no carecen de una, de malformaciones, de unas malas alimentaciones, y que eso al futuro repercute, ¿pero sabes por qué? Porque no tenemos una conciencia de educación de cómo debemos de cuidar lo que Jehová Dios nos ha dado tan perfecto, si nos ponemos a pensar como trabaja un ojito, como fue mecanizado tan correctamente, osea, toda esa perfección la debemos de cuidar y no la cuidamos, pensamos que el cuerpo lo tenemos porque así somos y no” 001 “El cuerpo humano es todo, ¿no? es el cascaron del alma entonces creo que el cuerpo es el que te lleva a tener una fortaleza hasta cierto punto también espiritual ¿no? Como te sientas físicamente impacta mucho en tu nivel espiritual, entonces tienes que cuidar tu alma tanto como cuidas tu cuerpo ¿no? Es lo más bello que hay es la maquinaria más perfecta” 002

“Del cuerpo, antes nunca lo había tomado en cuenta de verdad, nada más me preocupaba la apariencia, creo, si subía de peso, si me salí un granito, si se me inflaba la panza, sólo cosas así, el vello en las piernas, todo eso, porque como mujer una siempre tiene que estar pendiente de esas cosas, porque se valora, o bueno, los otros valoran más como te ves que

como eres. Pero a partir de ésta oportunidad valoró más mi cuerpo, como una creación maravillosa, uno no pone atención cuando está o mejor dicho se siente bien, todo lo que el cuerpo hace, como funciona, lo perfecto que es, es simplemente maravilloso el poder que tiene” 003

“Antes no me fijaba mucho en eso, estaba siempre mal comida, golpeada, enferma, ahora si me preocupo por mi cuerpo, ya que sentí la muerte tan cerca no era para menos, pero antes nunca me había puesto a pensar en ello” 004

“No sé...el cuerpo es una oportunidad para aprender cosas que nuestra alma no sabe o no quiere entender, es una herramienta para la vida, para la sabiduría” 005

“El cuerpo para mí es muy importante, trato de mantenerme en mi peso, lo cuido con cremas y tratamientos, es muy importante para todo, el cuerpo es todo lo que tenemos para vivir” 006

“Bueno como lleve una educación muy católica nos enseñaron que el cuerpo era pecado, teníamos que vencer las tentaciones de la carne y cultivar el alma. Ahora veo que el cuerpo es parte de la creación de Dios y como tal hay que cuidarlo y cultivarlo también” 007

“El cuerpo es una maquina maravillosa y perfecta, cuando empieza a fallar nos avisa, pero no tenemos la educación adecuada para entender, solamente cuando ya está muy mal” 008

“El cuerpo, el cuerpo es maravilloso, es el que nos deja movernos, nos protege, es la envoltura que tenemos para este mundo, y es bello y hay que cuidarlo” 009

“Bueno a nosotros nunca nos enseñaron nada, ni de sexo, ni de cómo cuidarnos, ni atendernos, nada” 010

“No sé, ninguna, creo” 011

“Mi cuerpo es un vehículo que debo cuidar y alimentar: física, espiritual e intelectualmente. Busco el cuidado e higiene de mi cuerpo, no solamente por género sino por ser persona, y busco ser femenina, pero además me gusta serlo” 012

“El cuerpo, es, pues es algo, mmm, no sé, como que sí es algo que si se tiene que cuidar, que es, que es algo como delicado eh su funcionamiento, muy complejo, mucho muy complejo, a lo mejor también desconocido porque, realmente como que, como que es tan complejo que también en ocasiones llega a ser hasta eso como que desconocido, mmmm, porque no sé a lo mejor yo quisiera saber algunas otras cosas de mí, a raíz de esto también” 013

“Bueno, como he padecido de la piel desde que tenía 12 años me imagino que eso ha alterado la manera en la que percibo mi cuerpo, antes decía que estaba defectuosa, me deprime estar así, de cierta manera no poder vestirme como quiero ni siquiera peinarme como quiero. Y ahora con lo del VPH pues ataca directamente con la concepción de mujer, con el reproducirse, con el de formar una familia, es algo más personal, que no se ve pero que está presente” 014

“El cuerpo es la oportunidad de cambio y crecimiento” 015

❖ Edad: contextualizar el espacio histórico en el que vivió la participante en la investigación.

- Edad al momento del diagnóstico

“digo 36 años” 001

“35 años” 002

“36 años” 003

“45 años” 004

“56 años” 005

“31 años” 006

“54 o 55 años” 007

“46 años” 008

“50 años” 009

“27 años” 010

“38 años” 011

“49 años” 012

“26 años” 013

“20 años” 014

“42 años” 015

6. Resultados

A continuación se presenta la descripción de los datos obtenidos en las categorías anteriormente descritas.

- Relación con la madre: A través de las 15 entrevistas realizadas a las participantes de este estudio se encontró que las madres de todas ellas sin excepción eran enérgicas, estaban enojadas, y eran las encargadas de la disciplina de toda la familia, en el 80% de los casos, eran el sustento económico de la familia, para ejemplificar lo anterior se presentan datos de las entrevistas:

- ✓ “siempre estaba enojada, me regañaba mucho, pero también me consentía, me daba abrazos, me ponía atención, a veces me pegaba, y siempre ella tenía la última palabra en la familia, se hacía lo que ella decía, era una relación buena, creo, porque me trataba igual que a los demás” 003
- ✓ “No muy buena, me maltrataba mucho y yo tenía que cuidar a todos mis hermanos. Se desquitaba con nosotros sus sufrimientos. Nunca me abrazó, ni me dijo cosas buenas, a mí y a mi hermano el que sigue nos pego mucho” 010
- ✓ “Buena, trabajadora dos turnos, nos cuidaba, nos saco adelante sola” 011

- ✓ “La relación con mi madre fue difícil hasta los 26-27 años, sobre todo porque fue padre y madre a la vez (y no lo tomo como disculpa), más sin embargo sé que fue difícil para ella” 015.
- Relación con el padre: con lo referente a esta categoría podemos encontrar, en la mayoría de las entrevistas (90%) a un padre ausente, ya fuera por abandono, muerte o nula participación en la familia.
 - ✓ “...Hay pues una etapa de mi vida que si le guarde rencor, porque, porque se, cuando se me entere que se había ido con una... mujer, me sentí muy traicionada, muy dolida por mi mamá, me dolía mucho que halla traicionado, yo creo que fue primer experimento, mi primera experiencia de traición. Le guarde mucho coraje, de hecho hasta le deje de hablar. Ya iba y venía, pero de hecho hasta la autoridad perdió” 001
 - ✓ “Mi papá estaba con nosotros cuando podía, porque sus trabajos eran de estar afuera, es mariachi, trabajan toda la noche y parte del día, llegaba a dormirse a la casa; siempre cumplió con el gasto” 006
 - ✓ “Mi padre fue un buen hombre, distante, pero bueno, siempre nos trato bien, no pasaba mucho tiempo con nosotros, porque trabajaba y además como rentaba unos cuartos” 007
- Relación de pareja: En la información recabada para esta categoría se puede observar que las mujeres entrevistadas han vivido infidelidad en sus relaciones de pareja (9), además de que su estado civil es variable, ya que 10 son casadas, aunque 5 de ellas se encuentren separadas, 1 es divorciada y 4 son solteras.
 - ✓ “Nada más he estado con mi esposo de joven tuve varios pretendientes, pero mi único novio fue mi esposo, duramos juntos como 40 años, nos dejamos o mejor dicho le pedí que se fuera, porque él tenía otra familia, me engaño con una de sus secretarias, y ella es mucho más chica que él, pero allí andaban los dos, me enteré que estaba con ella, pero el me juro que la iba a dejar, pero después ella salió

embarazada y pues bueno le pedí que se fuera y que se hiciera cargo de su nueva familia, no nos divorciamos ni por lo civil, porque no creo en eso, para la iglesia es pecado, que peque él no yo, que culpa tengo. Me da todavía dinero y eso, me dejo la casa porque está a mi nombre, pero ya no lo veo” 007

- ✓ “Con mi primer esposo, hubo infidelidades, muy mala relación muchas agresiones, verbales y golpes; con mi segunda pareja tuve una hija y me llevé muy bien sexual y emocionalmente, con mi tercer pareja me llevo bien, sexualmente, intelectualmente, sólo que siento que me quiere dirigir” 012
- ✓ “desde el momento en que me case y 12 años posteriores fue buena, hubo comunicación y equilibrio y ello también degeneró en gran parte de cómo fui educada (o mal educada) creí que lo que tenía o lo que daban era bueno y era hasta donde podía llegar...las cosas comenzaron a cambiar, la carga de la casa era al 100% mía, los gastos los compartíamos, jamás hubo un gasto para mí, mi dinero lo administró él, pero en este largo andar y vacío a mi vida de afecto, cariño, amor, en el ámbito sexual de abandono llego a mi vida una persona, que en nuestras conversaciones pido observar estas carencias y muy súbitamente supo ocupar una posición en mi vida. Cuando mi esposo se enteró, porque se lo dije, comenzó a celarme, y pensaba que todo el tiempo iba a estar con la otra persona, le dijo a toda su familia y desde entonces ya no me tratan igual” 015

- Emoción predominante en la vida, es aquella que a través de la vida de las participantes ha estado más presente, en los resultados se encontró que la ira ha sido más recurrente en 9 de las participantes, aunque tres de ellas la sienten combinada con otra emoción, alegría en el caso de 007, ansiedad con la participante 008 y en la entrevista 014 con tristeza; con respecto a la alegría la encontramos en cinco, dos de las cuales se relacionan con otra emoción como es el caso anteriormente mencionado y con la participante 005, que además padece depresión crónica; la tristeza se presenta en 3 entrevistas y por último la emoción menos significativa fue la ansiedad”
- Emoción más frecuente luego del diagnóstico, debido al impacto de la enfermedad una emoción se instala en el cuerpo y se hace predominante en el conflicto, que en éste caso

fue el miedo ya que 9 de las participantes lo manifiestan como predominante. A diferencia de un momento cotidiano en la vida, durante una crisis existen varias emociones combinadas como se manifiesta en el siguiente cuadro de resultados

ira	tristeza	miedo	ansiedad
001, 003, 015	001, 004, 005, 006, 013, 014	001, 002, 004, 005, 006, 007, 008, 009, 010	012, 011

- Emoción más frecuente Actualmente. Después del padecimiento, se da una oportunidad de cambio con respecto al estilo de vida y la salud física y emocional de las participantes, ya que 10 de las 15 mujeres entrevistadas manifiestan que su emoción predominante actualmente es la alegría de vivir. Tres de ellas manifiestan sentir tristeza y dos todavía ansiedad, por estar en proceso de tratamiento.
- Sabor: Tomando como fundamento la Medicina Tradicional China, cada órgano del cuerpo representado en la teoría de los cinco elementos, tiene un sabor predominante de comida, por lo tanto, al saber cual sabor ésta dominando el gusto de las personas conoceremos que órgano ésta involucrado en el proceso patológico que vive el cuerpo. Con base en lo anterior se obtuvieron como resultado los siguientes datos:

dulce	salado	picante	Sin sabor
001, 003, 004, 005, 009, 011	001, 003, 012, 015	006,007, 008, 014	002, 010, 013

- Alimentación: ésta categoría nos indicará las implicaciones de la manera de nutrirse en la construcción de las enfermedades. Aquí podemos observar tres momentos históricos, tomando al cáncer cérvico-uterino como referencia, los cambios alimenticios:

- Antes de saber de la enfermedad: la cual estaba conformada principalmente por carne, comida chatarra en seis de las entrevistas (001, 003, 006, 007, 008, 009):

- ✓ “pues, carnita, papas, quesadillas, refresco, pero principalmente carne, me gusta mucho la carne” 001
- ✓ “Comía huevo, siempre era carne casi siempre de res, frijoles, pasta, pollo, tortillas, pan, las verduras ni las conocía, bueno si pero no las comía. Además

comía muchos dulces, galletas, gansitos, me gustaba mucho comer cosas de la tienda, todas dulces, y era mejor si eran de pan” 003

También encontramos 4 dietas más equilibradas que incluían todos los grupos alimenticios, (002, 013, 014, 015):

- ✓ “comía de todo, fruta, verduras, tal vez no tantas ensaladas, carne de res, pescado y pollo. Antes me cuidaba menos, bueno mi mama siempre ha procurado darnos comida variada, no siempre comer lo mismo.” 014
- ✓ “Comía fruta, cereales, verduras, pollo, poca carne de res, pescado muy pocas veces, productos enlatados. Todo tipo de alimentos, tacos, comida rápida, casera, todo tipo” 015

Y en algunos casos, se encontraron carencias alimenticias:

- ✓ “Comía muchas verduras, eso vendía mi mamá en el puesto y comíamos lo que se iba quedando...Lo que hubiera, pase muchas carencias, muchas hambres con mi marido. A veces nada más comíamos tortillas, frijoles” 004
- ✓ “Sopa, frijoles, tortilla, café” 011
- ✓ “muy poco, fui anoréxica y tuve problemas gastrointestinales muy fuertes, cuando tenía 18 años llegué a pesar 37 kilos” 012

- Durante la enfermedad: al tener el conocimiento de estar enferma se da un cambio en la alimentación, ya sea por órdenes médicas, cambios de apetito por los tratamientos recibidos o por modificaciones propias hacia una vida más saludable.

- ✓ “procure comer más sano. Vegetales, fruta y semillas como almendras y nueces que allí esta toda la energía del ser humano y las carnes comerlas poco, tomar mucha agua, una vida sana” 001
- ✓ “Bueno no como carne casi, y antes comía muchísima, ya no como pastas y cuido no comer cosas con hormonas o ingredientes artificiales, nada de grasas” 002

- ✓ “Muchas verduras y frutas, cereales y cosas naturales” 003
- ✓ “Frutas y verduras. Nada de refresco, ni de carnes rojas, ni de pan, ni de café, ni chocolates, ni irritantes, ni chile, ni cosas en latadas, nada de jamón, ni salchichas” 005

- Después: teniendo en cuenta la posibilidad de recaer o enfermarse nuevamente de algún padecimiento crónico las personas pueden modificar sus hábitos alimenticios permanentemente.

- ✓ “Verduras, frutas, pescado. A veces si me echo mis taquitos, pero muy poco, casi nada más para una fiesta o algo así” 004
 - ✓ “Frutas, verduras, poca soya, cereales integrales, carne muy poca, más bien pescado” 008
 - ✓ “pescado, mucha fruta y verdura y sólo un poco de carne y un poco de leche, de preferencia de soya” 012
 - ✓ “cereal, pollo, pescado, verdura y fruta” 013
 - ✓ “Frutas, verduras, soya” 015
- Sexualidad: Al tener el cáncer cérvico-uterino implicaciones directas con el Virus del Papiloma Humano, es necesario interrogar sobre la manera en qué se vive la sexualidad, las relaciones de pareja (tipo, cantidad, intimidad) si hay o no complejos en éste ámbito y de qué tipo, la influencia de la religión, las costumbres, y la educación recibidas durante su formación.
 - Edad de inicio De acuerdo a la literatura médica, las mujeres que inician tempranamente su vida sexual, incrementan las posibilidades de enfermarse de cáncer cervicouterino. Con base a la información recabada en las entrevistas, quien comenzó más joven su vida sexual activa, fue la participante 002 a los 15 años de edad, la edad más coincidente fue 17 años, con cuatro participantes (004, 007, 011, 014), otras tres participantes iniciaron su actividad sexual antes de los 20 años(a los 18, la 003 y 008, y a los 19 la participante 009), lo que da un total de 8 mujeres que empezaron su actividad sexual antes de los 20

años. A partir de los 20 hasta los 29 años de edad se encontraron 4 participantes (20-015, 22-013, 28-012, 29-001). Las personas que tardaron más tiempo en ejercer su sexualidad, fueron las participantes 005, a los 30 años, y la participante 010, a los 39, aunque cabe destacar que ésta última sufrió abuso sexual infantil a corta edad.

- Cantidad de parejas sexuales. El 50% de las participantes solamente han tenido una pareja sexual a lo largo de su vida (001, 003, 004, 005, 006, 007, 009, 010), lo que en un primer momento desestimaría esto como factor de riesgo, sin embargo, sus compañeros sexuales sí habían compartido su vida sexual con más personas. La participante que más parejas sexuales había tenido es la número 011 con 5 compañeros.
- Educación recibida. Con respecto a ésta categoría podemos observar que todavía no se habla de la sexualidad dentro de las familias, ya que sin importar la edad, tipo de familia, ni nivel socioeconómico a ninguna de las participantes se les dio educación sexual en sus hogares. Cabe destacar que las participantes menores de 40 años si recibieron clases de educación sexual en la escuela a partir del nivel secundaria.
 - ✓ “La sexualidad, menos, nunca se hablo en mi casa de la sexualidad, sabía lo básico por la escuela, si acaso me dijeron algo es que tuviera cuidado de no andar de loca, porque podía quedar embarazada y la vida con hijos era muy difícil. Un poco contrariada, cuando la ejercí, porque creo que ya te dije que me comí la torta antes del recreo, ja, ja, ja, ya estaba pedida y dada, pero uno es joven y no te preparan para todo lo que se siente cuando estas así, enamorada, y pues bueno, me sentía culpable, como si les hubiera hecho algo, y tenía miedo de quedar embarazada, pero no paso nada, y bueno, aquí estamos” 003
 - ✓ “No me dijeron nada, solo que cuando tuviera la regla me tenía que cuidar de los hombres” 004
 - ✓ “que hombres y mujeres somos diferentes. No me explicaron de sexo. Cuando comencé a ejercer la sexualidad me sentí mal, porque tenía que ser dentro del matrimonio y no me he casado. Bueno el primo de mi papá abuso de mí, yo nunca he dicho nada, porque mi mamá se iba a desquitar conmigo, me iba a pegar, porque no me iba a creer, tenía como 6 años” 010

- Cómo se ha vivido. La vida sexual, sigue siendo un tabú en nuestra sociedad, por lo cual las participantes, no recibieron educación al respecto y al ejercer ésta actividad, carecían, en muchas de las entrevistas, de interés o satisfacción en ejercicio de su sexualidad, lo que posteriormente les ocasionó problemas en su vida y de pareja y en su salud en general.
 - ✓ “eh pues como no tengo, la verdad no me... no es algo que yo necesite yo creo que ya es cuestión mental oh... así soy yo... fue desagradable, nada más tuve una pareja sexual, era impositiva, era cuando el quería, osea, para mí era molesto nunca sentí placer, para mí fue hasta muchas veces traumático” 001
 - ✓ “Huy no, ya tengo como 10 años. Me siento satisfecha con vida sexual no sé porque no estarlo. Bueno, cuando mi esposo andaba con sus cosas yo sufrí mucho y pues ya no me satisfacía, bueno no me gustaba estar con él, para que” 007
 - ✓ “Pos no sé porque no estarlo, es y ya, mi vida “sexual” se dio y pos ya me toco. Mi primera relación sexual fue con mi marido como a los 16 años, cuando nos casamos, me agarro sonsa, estaba requeté confundida, pero bueno, después uno se acostumbra” 009
 - ✓ “No siento que en algunas...eh prácticamente durante el toda mi vida sexual (risa) no creo que haya estado así satisfecha en realidad hasta ahorita es cuando realmente ahorita es cuando con mi pareja tengo una estabilidad y pues sí”. 013
- Con respecto a la categoría de actitud hacia el rol femenino, se encontró que sin importar la edad de las participantes, todavía se encuentra instituido el rol de madre nutrisa en la mujer, es decir, una mujer sumisa, abnegada, buena madre, pero actualmente se acrecenta el rol, sumando también a la mujer trabajadora.
 - ✓ “Limpias, hacendosas, trabajadoras, calladas, aguantadoras. Hacer la comida, barrer, trapear, la casa y el puesto al terminar, cuando mis hermanos hombres crecieron podían salir a trabajar o a los bailes, y ya no hacían nada en la casa o en el puesto y nosotras no, teníamos que seguir haciendo todo hasta que nos casáramos” 004

- ✓ “ Enseñarme no, mi mamá me decía que es lo que tenía que hacer, cuidar a los niños, ayudar con las compras, con la comida a lavar la ropa, la losa, todos los quehaceres domésticos” 006
- ✓ “Me dijeron que las mujeres debíamos ser buenas, educadas, corteses, estar siempre dedicadas a nuestra familia, que debían saber realizar todas las labores del hogar, cocinar, lavar, planchar, coser, bordar, tejer, cuidar a los niños, tener buenas costumbres, como se diría ahora a la antigüita. En mi casa siempre existieron muchas diferencias, ni nos dejaban estar juntos a hermanos y hermanas cotidianamente, solo los fines de semana, teníamos actividades diferentes por sexo y además íbamos a escuelas diferentes, nunca me queje, pero si me causaba cierta molestia que mis hermanos no tuvieran tantas actividades como nosotras, y que pudieran salir a la calle y nosotras no” 007
- ✓ “Me enseñaron que era abnegada, obediente, su vida (bueno eso fue en TU o en libros) que tenía que permanecer en casa atendiendo al marido a los hijos y al hogar, no era libre de opinar ni de protestar, pero mi madre nos dejó una enseñanza mejor nos mostró que podíamos salir adelante con o sin pareja con hijos o sin ellos, que somos fuertes y con libertad para decidir el destino de nuestra vidas” 015

- Aspectos ginecológicos. De acuerdo con los especialistas en el tema son un antecedente directo del cáncer cervicouterino.

- Menarca. En esta categoría se encontró que a los trece años, el mayor número de participantes comenzó a menstruar (006, 010, 012, 014, 015), tres participantes comenzaron a los 12 años (003, 008 y 013); a los 14 y 15 años dos participantes a cada edad (002 y 009; 001 y 005 respectivamente). Los extremos en la muestra lo representaron las participantes 011 y 004 quienes menstruaron a edad más temprana, a los 10 años; y la participante 007 quien tardo más a los 17 años.
- Métodos anticonceptivos. Con base en los resultados obtenidos en ésta categoría podemos observar que seis participantes no utilizan ni han utilizado en su vida sexual ningún tipo de método anticonceptivo (001, 004, 005, 006, 010, 012), el caso de la

participante 006 ella nunca utilizó ningún método, pero su esposo se realizó la vasectomía, cuando decidieron no tener más hijos. Igualmente seis participantes manifiestan haber utilizado las pastillas anticonceptivas (007, 008, 015, 002, 003, 011). Es necesario destacar, que en la mayoría de los casos no se utilizó como único método. Una participante denunció que le habían instalado el método anticonceptivo de la T de cobre en el hospital, pero sin su consentimiento (009). Dos participantes utilizan el condón como único método anticonceptivo (013,014).

- Gestaciones. Las participantes 002, 005, 010, 013 y 014, nunca han estado embarazadas, este es el número más significativo dentro los resultados de ésta categoría con 5 participantes; el que le sigue en frecuencia es 3 hijos (001, 008, 015), posteriormente vemos a las mujeres que tuvieron 4 gestaciones, aunque en este encontramos que tanto la participante 004 y la 012, tuvieron 3 embarazos a termino y 1 aborto, el número de gestaciones que le siguen en frecuencia son 2 embarazos (006), 6 (009 quien tuvo 5 ha termino y un aborto) y por último la participante 007 quien tuvo 8 embarazos, 6 logrados y 2 abortos.
- Enfermedades en aparato reproductor. En el siguiente cuadro se expresan las enfermedades ginecológicas que han padecido las participantes a lo largo de su vida, en él podemos observar el gran número de incidencia que existe del Virus del Papiloma humano.

Infecciones vaginales	Fibromas	Miomas	Virus de Papiloma Humano
001, 002, 003, 004, 005, 006, 007, 008, 012, 013, 015	001, 005, 010, 015	009, 010, 015	001, 012, 014, 013, 003, 004, 011

- Enfermedades recurrentes: Al encontrar las enfermedades más frecuentes durante su vida, se podrá localizar la ruta órgano-emoción, y relacionarse con el entorno para la construcción de la enfermedad objeto de ésta investigación. Por consiguiente, en el cuadro se plasman las enfermedades relacionadas con la teoría de los cinco elemento:

ficha	Corazón I Delgado	Bazo- páncreas Estómago	Pulmón I Grueso	Riñón vejiga	Hígado Vesícula Biliar	Crónico degenerativas
001		Diarreas, gastritis	gripas		Derrames oculares	
002	hipotensión	Úlcera duodenal sangrante		Deficiencia renal		Asma, diabetes
003		estómago	Garganta (sinamígdalas)			
004		Del estómago			Sin vesícula	
005			depresión			Enf. mental
006		gastritis	Gripes, Colitis nerviosa, estreñimiento	Esguince cervical		
007		gastritis	estreñimiento			
008		gastritis	Colitis, estreñimiento			
009						
010			Respiratorias, alergia			
011			gripas			
012		anorexia	Piel, alergia			
013			gripes			
014					Infeccion es en ojos	Psoriasis miopía
015				Infecciones, urinarias		

- Padecimiento
- Antecedentes familiares.

ficha	ausente	En primer grado	Segundo grado
001		Hermana- seno	
002		Madre-cervicouterino	Abuelo y tíos maternos
003		Padre- próstata	Tía materna-estómago, abuelo próstata
004	ninguno		
005		Padre-hígado	
006	ninguno		
007		Madre-cervicouterino	Tía materna-mama
008		Madre-cervicouterino	Tía materna-seno, abuelo, tío maternos-cólon
009	ninguno		
010	ninguno		
011	ninguno		
012		Mamá-pulmonar	tíos paternos y maternos
013	ninguno		
014		Madre-mama	
015	ninguno		

- Diagnóstico La mayoría de las participantes fueron diagnosticadas por medio de la colposcopia o papanicolao, además de manera confirmatoria se les realizaron biopsias para determinar el grado de invasión. Dentro de los resultados podemos observar:

NIC 1	NIC 2	NIC 3	CÁNCER EN 1°	CÁNCER EN 2°	CÁN. EN 3°	VPH
	011, 012, 015	010, 013	001, 002, 005, 006, 007	003, 004, 008, 009		001, 003, 004 011, 012, 013, 014

- Tratamiento

MEDICAMENTO	CRIOCIRUGÍA	HISTERECTOMÍA	QUIMIO O RADIOTERAPIA	ALTERNATIVA
003, 006, 007, 011, 013, 014	006, 011, 013, 014	001, 002, 004, 005, 007, 008	003, 004, 007, 009	010 (homeopatía), 012 (imanes, herbolaria), 015 (herbolaria)

- Concepción del cuerpo. Esto nos indica la manera de conceptualizarse, ya sean como individuo, ser vivo, una máquina, creatura de Dios y el valor que tiene para ella su organismo. Más del 50% de las participantes tiene una concepción religiosa del cuerpo (8 participantes), el resto, lo describe a partir de no haberlo cuidado antes y ver ahora lo importante que es.

- ✓ “Pues imagínate Jehová nos doto de una perfección y desgraciadamente no la cuidamos, no nos cuidan desde que nacemos, cuantos niños no carecen de una, de malformaciones, de unas malas alimentaciones, y que eso al futuro repercute, ¿pero sabes por qué? Porque no tenemos una conciencia de educación de cómo debemos de cuidar lo que Jehová Dios nos ha dado tan perfecto, si nos ponemos a pensar como trabaja un ojito, como fue mecanizado tan correctamente, osea, toda esa perfección la debemos de cuidar y no la cuidamos, pensamos que el cuerpo lo tenemos porque así somos y no” 001

- ✓ “El cuerpo humano es todo, ¿no? es el cascaron del alma entonces creo que el cuerpo es el que te lleva a tener una fortaleza hasta cierto punto también espiritual ¿no? Como te sientas físicamente impacta mucho en tu nivel espiritual, entonces tienes que cuidar tu alma tanto como cuidas tu cuerpo ¿no? Es lo más bello que hay es la maquinaria más perfecta” 002
- ✓ “No sé...el cuerpo es una oportunidad para aprender cosas que nuestra alma no sabe o no quiere entender, es una herramienta para la vida, para la sabiduría” 005
- ✓ “El cuerpo es la oportunidad de cambio y crecimiento” 015

- Edad al momento del diagnóstico

20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
010 (27), 013 (26), 014 (20)	001 (36), 002 (35), 003 (36), 006 (31), 011 (38)	004 (45), 008 (46), 012 (49), 015 (42)	005(56), 007(51), 009 (50),

7. Análisis de resultados.

Dentro de la información recabada, podemos observar una constante con respecto al ámbito social de la participantes, todas ellas provienen de un sector específico de la población, pertenecen a una clase social, la cual marco el tipo de alimentación, los valores recibidos, la moral, que cada una interiorizo, y las oportunidades de desarrollo personal.

Llamamos clases a grandes grupos de personas que se diferencian por el lugar que ocupan en un sistema históricamente definido de producción social, por su relación con los medios de producción, por su función en la organización social del trabajo. El factor fundamental que define a una clase es la relación que las personas que en ella se incluyen tienen con los modos de producción, pero, a partir de este factor principal, las condiciones económicas determinan “su modo de vivir, sus intereses y su cultura”.

Con base en lo anterior nuestras participantes pertenecen a la clase proletaria, ya que desde la infancia fueron criadas en hogares ciudadanos, dentro de los cuales ambos padres realizaban actividades económicas donde vendían su fuerza de trabajo. En el periodo de

crecimiento de las mujeres entrevistadas los padres eran obreros en fabricas, en el caso de las participantes 001, 004, 008, 009; músicos (mariachis) en los casos 006 y 010; velador 003; albañil 005, 012; chofer 014 y 015, militar de rango bajo el de la participante 013, las madres de las participantes, por su parte, eran amas de casa 003, 009, 012, 014; obreras 008, 006, 009, 013 y 015; 004 vendedora; y en las entrevistas 001, 010 y 011 sus madres eran trabajadoras domésticas. Estas condiciones durante la infancia produjeron en las participantes condiciones de precarias de alimentación durante su crecimiento, como se puede ver en los datos anteriormente descritos, ocasionando vulnerabilidad en la salud de las participantes, al no tener una dieta que incluyera todos los grupos alimenticios durante su formación.

En lo referente a la educación formal recibida las participantes anteriormente mencionadas fueron todas ha escuela públicas, cuatro de ellas cursaron estudios de licenciatura 008 y 012 abogadas y las entrevistadas 013 y 014 son psicólogas, todas ellas ejercen su profesión. Las participantes 003 (peinadora), 03, 015 y 006 cursaron estudios a nivel técnico (secretarias) y las participantes 004, 005, 009, 010 y 011 quienes únicamente acudieron a la educación primaria, lo que limitó su actividad laboral, estas participantes trabajan en labores domésticas o actividades comerciales (comerciantes). Lo anterior también vulnera la actividad económica de estas mujeres, inhibiendo la accesibilidad en algunos casos a condiciones básicas, como una vivienda propia, una alimentación adecuada, servicios básicos como agua, luz, drenaje, saneamiento, lo cual se ve claramente en 8 de las 15 participantes. Dentro de los demás casos, las participantes 013 y 014, todavía viven con sus padres, por lo que no se ven expuestas a pagos de supervivencia.

Las participantes 002 y 007, tuvieron otra condición económica durante su infancia, ambas tuvieron padres empresarios acudieron a escuelas religiosas privadas, adquirieron comida más variada y abundante, lo que es diferente entre estas dos participantes es la época en la que crecieron, la entrevistada 002 es una mujer de edad media, 35 años, con una educación moral más abierta, en cambio la entrevista 007, creció a mediados del siglo XX, creció en un hogar muy católico, con divisiones de género, por lo que no continuó con su educación formal, sin embargo fue adiestrada en labores del hogar.

Otro factor relevante es el abandono paterno, a través de la información recabada encontramos que todas las participantes carecieron de una figura paterna sólida, que las acompañará en su crecimiento, ya seas por fallecimiento 015, 012, abandono 001, 005, 010, 013, o falta de atención o cuidado 006, 007, 014, 002, 004, 003, 009. Lo anteriormente mencionado condicionó en el caso de las participantes 012 y 015, cuyos padres murieron cuando ellas eran adolescentes, una vida familiar en la cual ellas y sus hermanos tenían que ocuparse de labores domésticas y ser responsables de sus cuidados personales, debido a que la madre salía a trabajar, para abastecer económicamente. Aunque las participantes que sufrieron el abandono paterno vivieron una situación familiar como la descrita por las participantes cuyos padres fallecieron, además se creó una dinámica familiar diferente debido a que en todos los casos existió violencia intrafamiliar en un principio, y posteriormente el padre se fue para establecer una relación sentimental con otra mujer, lo cual generó en las participantes rencor hacia la figura paterna y en la mayoría de los casos hacia el género masculino, lo que dificultó sus posteriores relaciones de pareja. Por último quienes crecieron con un padre trabajador con poca injerencia en los asuntos familiares, reportan un padre distante, cansado, y con quienes hablaban poco, con quien tenían poca convivencia.

Todas las participantes fueron educadas bajo una moral cristiana, es decir, independientemente de la religión que profesan (001 Testigo de Jehová, 009 y 010 cristiana, 011 y 014 ninguna, y católica las restantes) sus valores morales, me refiero a la manera de comportarse, al conjunto de principios, normas, leyes, comportamientos, costumbres e ideas de una sociedad y época determinadas, corresponden en nuestro país, a la establecida desde la evangelización, que recuerda los tiempos en que esta se imponía a la fuerza en todos los ámbitos de la sociedad. En México, nos encontramos con una doble moral muy fuerte, debido a que todavía se nos inculca con miedo, con temor a Dios, por lo que la represión, la autoridad, el castigo, el pecado, en especial los de la carne, guían todavía nuestros comportamientos lo cual provoca que aunque se vean las restricciones morales, como por ejemplo, las relaciones sexuales prematrimoniales como “pasadas de moda y anticuadas”, todavía se sientan culpas por ejercer la sexualidad, como lo manifiestan la totalidad de participantes, incluso aún las que no profesan ninguna religión.

Lo anterior cobra mayor relevancia, porque aunque se manifiesta que racionalmente no hay un adoctrinamiento religioso como en el pasado, este se vive en el cuerpo y prueba de ello es la culpa que sienten las mujeres al ejercer libremente la sexualidad, esto se traduce en miedo y frustración, el cual se anida en el cuerpo y a su vez engendra problemas en el aparato reproductor femenino, ya que el riñón y el hígado son los órganos que se encargan del buen funcionamiento de los órganos reproductor y a su vez de las emociones de miedo e ira (donde podemos agrupar a la frustración) respectivamente.

La familia al ser el núcleo básico de la sociedad dentro del cual el individuo aprende valores, costumbres, manera de relacionarse con los demás, formas de comer y de enfermarse; es una fuente muy importante de información. Las participantes provienen de familias nucleares, es decir, en su época de desarrollo, los integrantes de su familia fueron sus padres y sus hermanos. En el 70% de las participantes paulatinamente su familia se convirtió en monoparental, debido a la ausencia del padre ya sea por muerte (012,015), o por separación de los padres (001, 005, 010, 013); lo que implicó una reorganización de los roles establecidos, debido a que la madre se convirtió en el sustento económico y delegó las labores domésticas y de cuidado a los hijos.

La relación con la madre es la base de la construcción de lo femenino, dependiendo de estos patrones de comportamiento las mujeres reproducimos las maneras de relacionarnos, de formar a los demás, las actividades y obligaciones propias del género. A través de las 15 entrevistas realizadas a las participantes de este estudio se encontró que las madres de todas ellas sin excepción eran enérgicas, estaban enojadas, realizaban muchas actividades y eran las encargadas de la disciplina de toda la familia, en el 70% de los casos, eran el sustento económico. Lo que formó en las participantes una relación ambivalente hacia la figura materna, ya que aceptan tener rencor ante la dureza de sus madres y amor debido a lo que sacrificaron para hacerse cargo de ellas, lo que se asume en el cuerpo con contradicción, un conflicto con el ser madre, mujer, lo que se comienza a somatizar en alteraciones menstruales desde corta edad, una pelea constante con el género, que se va complejizando, partiendo del rencor y el miedo a la figura autoritaria, desde hígado que al almacenar la sangre esta encargado junto con riñón de la normalización de los ciclos menstruales y del buen funcionamiento del útero, lo que desencadenó en el cáncer cervicouterino o al virus de

papiloma humano al sumarse posteriormente a otros factores constantes en las historias de vida.

Con actitud hacia el rol femenino, me refiero en ésta tesis a cómo fueron educadas las participantes en cuestiones de género, sus valores, actitudes, expectativas, actividades; y cómo fue formando su identidad de género, con su madre, en los medios de comunicación, a través de conceptos religiosos. Con respecto a la categoría de actitud hacia el rol femenino, se encontró que sin importar la edad de las participantes, todavía se encuentra instituido el rol de madre nutrisa en la mujer, es decir, una mujer sumisa, abnegada, buena madre, pero actualmente a este rol, se ha sumado la mujer trabajadora. A las participantes se les enseñó a ser hacendosas, recatadas, ser buenas madres y esposas, a ser trabajadoras, fuertes, sumisas e independientes, lo cual ocasionó obligaciones demandantes generando frustración, enojo, tristeza y ansiedad al no poder cumplir con las expectativas.

Este aspecto al ser tan contradictorio, es decir, racionalmente estamos frente a la profesionalización de la mujer, una persona trabajadora, con “igualdad” de derechos, pero dentro de una sociedad que profundiza el patriarcado, que lo reconoce y acepta, que lo nombra (machismo) y lo justifica, en donde todavía el sometimiento de las mujeres ante lo masculino forma parte de la cotidianidad se genera un proceso que se lleva a lo corporal, donde el rol aprendido somete al cuerpo a la represión, no hablar, no disfrutar, no salir, ignorar síntomas, aguantar. Lo anterior se traduce en ansiedad, la cual comienza a somatizarse en enfermedades ahora comunes como la gastritis o alteraciones en la alimentación, lo cual hace que bazo-páncreas pierda su funcionamiento natural, y a su vez altera a pulmón y a hígado en primera relación, quedan alterados, aunado a las emociones concomitantes como enojo y tristeza, también manifiestas ante no poder cumplir todas las expectativas de un rol tan demandante, manifestándose en cuerpo a través de enfermedades constantes en vías respiratorias, en piel (psoriasis), en colesterol y triglicéridos fuera de niveles, en problemas hormonales, el cuerpo entra en un ciclo completamente antinatural donde tres o más elementos (de cinco) están trabajando a marchas forzadas, creando una enfermedad crónico degenerativa, como el cáncer cervicouterino, que está estrechamente relacionado este ser femenino ideal.

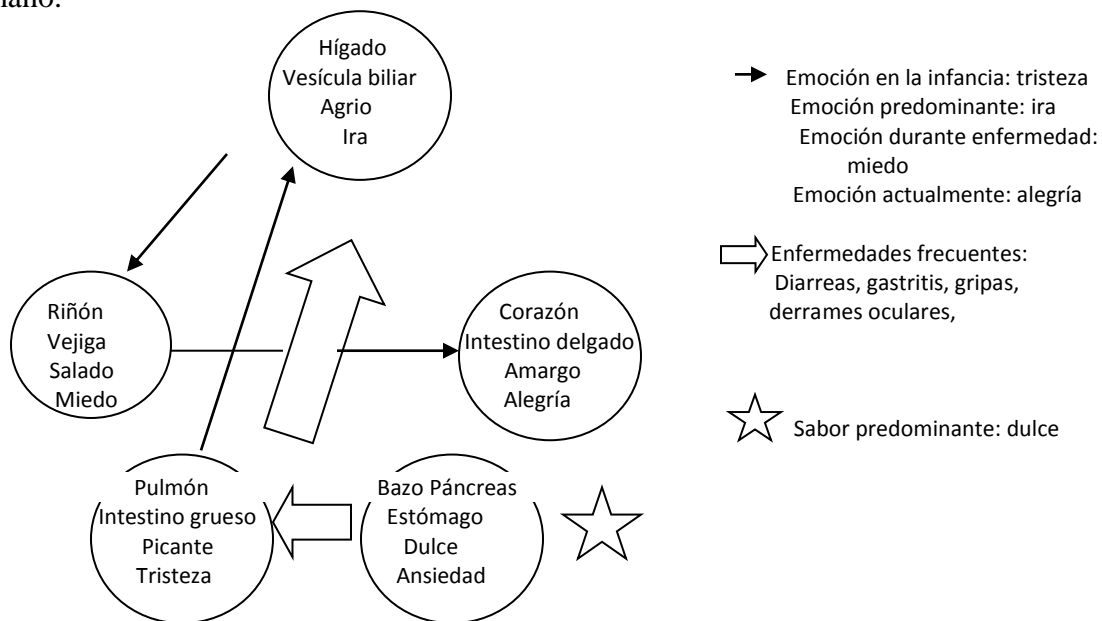
Las relaciones de pareja son un indicativo de la materialización de roles de géneros, y como se concretizan concepciones distintas del mundo, es decir, la educación, la moral y las costumbres diferentes. En la información recabada para esta categoría se pudo observar que las mujeres entrevistadas han vivido infidelidad en sus relaciones de pareja (9 participantes), además de que su estado civil es variable, ya que 10 son casadas, aunque 5 de ellas se encuentren separadas, 1 es divorciada y 4 son solteras. Además en la vida conyugal del 70% de las participantes casadas existía violencia doméstica, que incluía maltrato físico, emocional y privaciones económicas. Esto tiene que ver con la construcción social del padecimiento, debido a que provoca una actitud diferente ante la vida, se crea desesperanza al parecer que no hay salida, que las cosas son así, la infidelidad o el fracaso de un matrimonio (o equivalente), genera tristeza y odio, al ser traicionadas, engañadas por la persona que aman, al no poder solucionar los conflictos, sin contar la desvalorización subsecuente ante no ser suficientes para la pareja, que el otro no sienta amor por ellas, que no se les reconozca como personas, ocasionando depresiones crónicas, abandono corporal, rencor hacia el género masculino, negando el ser mujer por lo que ello implica, lo anterior se vive al interior del cuerpo, concretizándose es una sintomatología, es decir, las emociones como la ira y la tristeza se manifiestan en los órganos alterándolos, provocando que trabajen en exceso, el pulmón comienza rompiendo el vínculo con riñón, dejándolo sin la energía proveniente de la respiración, así mismo, el hígado al vivir estancado en el rencor exige más energía, arrebatándosela a riñón, que incrementa el miedo, la indefensión, lo que produce un estancamiento en estos tres órganos, el cuerpo se va intoxicando, ya que pulmón no asimila bien el dióxido de carbono, riñón no manda a la orina los desechos orgánicos e hígado no purifica la sangre, descuidando a su vez las funciones hormonales, lo cual provoca alteraciones menstruales, quistes, miomas, infecciones constantes en vías respiratorias, urinarias y en órganos reproductores, para culminar en infecciones graves como la producida por el Virus del Papiloma Humano, que si bien se da por transmisión sexual, una mujer en estas condiciones es más susceptible a adquirirla, al no tener los cuidados preventivos, o bien, se genera el cáncer, en el órgano más propiamente femenino, el útero, que está ligado con el ser madre, el saberse mujer (tradicionalmente).

En los párrafos preliminares se presentaron algunos antecedentes de la particularidad de este trabajo, para aclarar lo vertido anteriormente, se debe seguir la ruta de la enfermedad, es decir, como construyeron el padecimiento, para ello es necesario tomar como base a la teoría de los cinco elementos dentro de la Medicina Tradicional China, en la cual se relaciona a los órganos del cuerpo humano con una emoción, con un sabor, con una víscera, con un sentido de la percepción por lo tanto si a través de la historia de vida, se hace evidente la predominancia de una emoción y sabor y a su vez el órgano correspondiente, este dato toma importancia debido a que nos da un indicativo muy significativo de las enfermedades relacionadas, por las funciones corporales.

La medicina de cada sociedad refleja sus creencias, ideología y mentalidad, por ello la Medicina Occidental (MO), debido a nuestra visión mecanicista del cuerpo humano, se abordan las enfermedades psíquicas independientemente de las enfermedades físicas o del cuerpo propiamente dicho. Los principios en que se apoya la Medicina Tradicional China aportan una visión integradora que permite globalizar todos los procesos del ser humano de forma que no cabe imaginar una alteración psíquica sin repercusión física y viceversa, por su propia naturaleza se invoca la reciprocidad causal de forma que un determinado cuadro psicológico desarrollará, si se mantiene en el tiempo, un cuadro somático más o menos preciso y, por la misma razón, una alteración física mantenida desarrollará una consecuencia psíquica determinada.

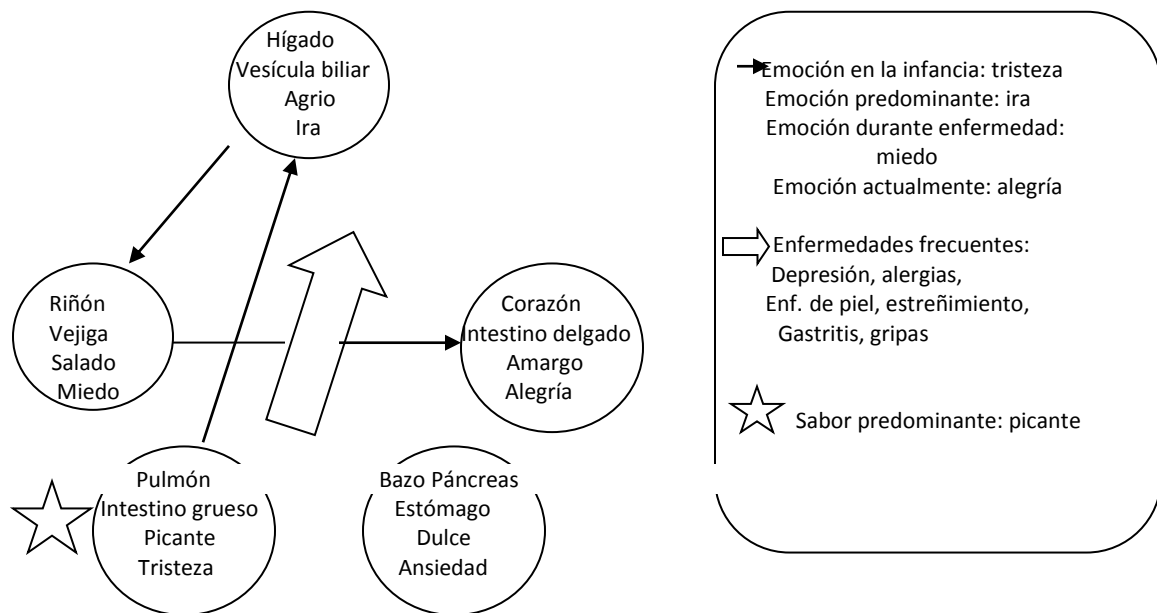
Si comenzamos el análisis de la ruta de la enfermedad, con base en la información recaba en las entrevistas 001, 003, 004, 005, 009 y 011, en la infancia de las participantes, encontramos el inicio de dicha ruta en el elemento tierra, es decir, de niñas la emoción que comenzó a alterarse y consumir energía fue ansiedad (lo cual también se refuerza con el sabor predominante durante toda su vida), debido a la indefensión que sufrieron ocasionada por la ausencia del padre, abandonándolas (muerte, separación o nula participación), y otorgándoles a las madres un rol autoritario ante ellas, esto también se manifiesta en las enfermedades más frecuentes en este periodo, que son malestares estomacales y gastritis a corta edad, provocó en ellas una posterior tristeza, al saber que la pérdida era permanente somatizándose en gripas recurrentes y duraderas, colitis y estreñimiento. Su condición

durante el desarrollo biológico con condiciones precarias como carencias alimenticias, falta de atención médica y madres trabajadoras con las cuales tenían una relación ambivalente, lo que propicio que las emociones se fueran complejizando instalándose en la ira, la cual es la emoción que predominantemente sienten en la vida, este enojo se hace manifiesto en cuestiones como el rol de género ya que están peleadas con el ser mujer, somatizándose en alteraciones del ciclo menstrual, cambios hormonales, y como se mencionó anteriormente el riñón se va debilitando con la tiranía de hígado y pulmón, vinculados con la ira y la tristeza respectivamente, ocasionando falla en las funciones de purificación del cuerpo aunado al miedo creciente al saberse enfermas, hace crónica la enfermedad, al ser hígado y riñón los más afectados, el primero por exceso de energía y el segundo por deficiencia, la enfermedad resultante se produce en ellos, ambos son encargados del correcto funcionamiento del útero donde finalmente se instala el padecimiento: el cáncer cervicouterino o su mayor antecesor el Virus del Papiloma Humano.



En el caso de las participantes 006, 007, 008, 009, 010, 013 y 014, la ruta de la enfermedad comienza en el elemento metal, a diferencia de la ruta anterior, estas participantes se instalaron en la tristeza al vivir una vida muy similar a la descrita con antelación, en lugar de que los problemas de la infancia (como la ausencia del padre, problemas económicos, maltrato, abandono) les provocaran ansiedad, les ocasionaron una

tristeza profunda, provocando somatizaciones tales como gripas, depresión, alergias, enfermedades de la piel y estreñimiento, todas ellas dependientes del funcionamiento de pulmón e intestino grueso, posteriormente la tristeza se combina con la ira la cual se incrementa con la frustración y los rencores aculados a lo largo de su trayectoria, y es la emoción que enuncian como predominante a través de su vida, porque son explosivas y violentas con los demás, en este caso el pulmón está en deficiencia e hígado está en exceso lo que provoca la relación orgánica de los cinco elementos, que riñón este en deficiencia ya que el encargado de nutrirlo es pulmón y este se encuentra débil, por lo cual, básicamente el resultado es el mismo, los encargados de órganos reproductores están en desequilibrio, y hacen más susceptible al útero de enfermarse crónicamente.



Ahondando en este asunto, biológicamente los riñones se encargan de la purificación de la sangre, ya que filtran los líquidos y las toxinas de ésta, es decir, el bazo absorbe los líquidos por medio de la digestión; el pulmón los distribuye y los hace descender, el riñón los depura, limpia y los hace circular por todo el cuerpo. Lo turbio y sucio lo desecha como orina. Lo anterior sigue el flujo de la teoría de los cinco elementos (Bazo-páncreas nutre a pulmón, que a su vez nutre a riñón), que en un primer momento parece distante de nuestros conocimientos occidentales, pero conforme se comprende se descubre la relación armónica existente entre, por ejemplo, las funciones del cuerpo humano. Para la Medicina

Tradicional China el riñón también almacena jing (esencia vital), que es la sustancia de la cual está constituido el cuerpo humano. El jing congénito proviene de los padres (energía original) y el jing adquirido (energía adquirida) proviene de los alimentos. Una función importante de este es el crecimiento y desarrollo del organismo desde su comienzo. El jing se transforma en médula espinal sube a la cabeza y se reúne formando el cerebro. La médula ósea nutre a los huesos y genera sangre. Por lo tanto que el cerebro sea bien abastecido o no, que los huesos sean fuertes o débiles y el código genético sea suficiente o insuficiente dependen de si el jing del riñón es suficiente o no. También recibe y guarda la energía (qi), la distribución del qi puro inhalado por el pulmón en todo el cuerpo no sólo depende de la función de descenso de este, sino también de las funciones de recepción y control del riñón. La audición depende directamente del normal funcionamiento de este órgano.

A su vez, el hígado tiene como principales funciones el drenaje de las sustancias estancadas y la eliminación de los materiales que ya no utiliza el organismo, los expulsa como bilis; así la sangre circula mejor sin obstáculos en los vasos sanguíneos. La energía del hígado es ascendente, así la sangre llega al corazón y cabeza, manteniendo bien alimentados a los ojos y cerebelo. El hígado almacena (conserva) y regula la cantidad de sangre, es decir, cuando la actividad del cuerpo es ligera, una parte de sangre es almacenada en el hígado, cuando la actividad es intensa, la sangre es expulsada del hígado para aumentar la cantidad en la circulación manteniendo así las actividades normales. El aporte adecuado de sangre a los diversos órganos depende tanto de la función normal del corazón como del hígado. Esta función tiene influencia en la menstruación.

Todo lo anterior cobra sentido en este trabajo, debido a que los órganos internos relacionados con la función del útero son riñón, con quien está conectado, y sólo cuando el jing del riñón es suficiente el ciclo menstrual puede ser periódico, y la fecundación y crecimiento del feto es factible. El hígado almacena la sangre y regula el volumen de la circulación sanguínea, de ahí su papel en la menstruación normal. La función del útero es controlar la menstruación y nutrir al feto.

En esto radica abordar una concepción de unidad donde las emociones en conjunto con lo que se apropia de la cultura se materializan en un padecimiento. Es decir, aunque todos como sociedad vivimos procesos similares, no todas las mujeres desarrollan este padecimiento lo que significa que aunque pareciera ser igual existen diferencias dependiendo de la emoción dominante que no es solo una sino una mezcla de varias. Dar la ruta del padecimiento significa hablar de un mismo padecimiento que se apropia y desarrolla de forma diferente. El padecimiento como una construcción social va más allá de una mera simplificación de las cosas, al contrario, tiene que ver en cómo el aspecto geográfico, económico e ideológico va formándonos y predisponiéndonos a determinados padecimientos, el por qué ciertas personas sometidas a las mismas condiciones de vida que otras desarrollen o no la enfermedad, no tiene que ver con la epidemiología básica y tradicional, sino con cómo esa persona se apropia de la situación, como la vivió emocionalmente, en qué momento una emoción se volvió más fuerte que otra rompiendo el equilibrio natural dentro del cuerpo.

Con base en lo anterior el analizar los factores sociales e individuales en la construcción de la enfermedad con base en la relación órgano-emoción en mujeres diagnosticadas con cáncer cérvico-uterino, es posible bajo una visión integradora, en donde la información existente en las historias de vida, nos indica en las participantes, que el mal manejo de sus emociones, aunado a la contaminación ambiental, a la deficiente nutrición, a las cuestiones de género las llevó un proceso autodestructivo canalizado a la parte femenina pro excelencia, el útero.

CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo fue evidente que conceptualizar la salud y la enfermedad demanda explicaciones sustentadas en modelos más complejos para descubrir cómo las personas se enferman; al principio suena catastrófico pensar que un padecimiento es construido por la persona que lo sufre, es decir, que somos responsables de nuestras enfermedades, no solamente en el ámbito personal, sino en el social, ya que si bien no fuimos los creadores del sistema económico-social en el que vivimos, sí somos responsables de su continuación. Es aquí donde la estructura mecanicista de nuestra sociedad y, en particular, dentro de la medicina, se queda corta, al manifestar una visión siempre excluyente, en donde a un modelo explicativo se le van agregando otros conceptos, otras disciplinas, lo que ocasiona que algo de lo humano va quedando eclipsado mientras otros aspectos quedan resaltados. Dentro de estos parámetros hay que encontrar al responsable de lo que nos sucede, al otro, al agente invasor, al gen descompuesto, que provoca que nos enfermemos y nos excluye de las responsabilidades.

Con base en lo anterior recurrí a una epistemología diferente de la enfermedad, depositada en el proceso de construcción social del cuerpo, específicamente en la relación órgano-emoción, tomando como base la Medicina Tradicional China y el proceso histórico, social y cultural de la mujer en nuestro país. A partir de la relación órgano-emoción se pudo observar la ruta de la enfermedad, es decir, en que momento de su historia de vida las mujeres entrevistadas comenzaron con problemas de salud y cómo fueron evolucionando hasta llegar al cáncer cervicouterino.

Al analizar el contexto histórico en el cual se desarrollaron estas mujeres se encontraron coincidencias significativas en la vida familiar. Es importante recordar que la familia es el primer lugar donde se aprenden hábitos y creencia, es decir, valores, costumbres, manera de relacionarse con los demás, formas de comer y de enfermarse. Todas ellas provienen de una familia nuclear, que a través de los años se desestructura, ya sea por separación de los padres, abandono del padre o muerte del mismo, lo que crea a edades tempranas gran incertidumbre en ellas, al ser abandonadas por ambos padres, ya que la madre ingresó en la

vida laboral tiempo completo, dejando a sus hijos a cargo de algún familiar o de los hijos mayores, se convierten en una vida familiar en la cual ellas y sus hermanos tenían que ocuparse de labores domésticas y ser responsables de sus cuidados personales, debido a que la madre salía a trabajar, para abastecer económicamente.

Otro factor presente en la familia de las participantes es la violencia existente entre los padres, y posteriormente en los hijos. A lo largo de la investigación se, manifestaron diferentes tipos y grados de agresiones que iban desde la indiferencia de sus padres, los golpes, hasta el abuso sexual. Asimismo, se manifestó que el padre comenzaba las agresiones hacia la madre y ésta hacia los hijos, en la mitad de los casos el padre se fue para establecer una relación sentimental con otra mujer, lo cual generó en las participantes rencor hacia la figura paterna e inconscientemente hacia el género masculino, lo que dificultó sus posteriores relaciones de pareja. Por último quienes crecieron con un padre trabajador con poca injerencia en los asuntos familiares, reportan un padre distante, cansado, y con quien hablaban poco, y tenían poca convivencia.

En el periodo de crecimiento de las mujeres entrevistadas los padres eran obreros en fábricas, o personas con trabajo informal, las madres de las participantes, por su parte, eran amas de casa; obreras y vendedora; eran trabajadoras domésticas. En un primer nivel es evidente que la separación de acuerdo a la clase y al género sigue imperando en nuestra vida cotidiana. Al nacer dentro de una clase desprotegida, es común no salir de ella ya que las oportunidades de crecimiento económico se ven disminuidas al no tener acceso a las oportunidades económicas, acceso a la educación, buena alimentación y cuidado. La diferencia de género se ve en la división de trabajo y en como se concibe a la mujer trabajadora, es decir la mayoría de las madres eran amas de casa y trabajadoras domésticas éstas dos actividades son asimiladas como propiamente femeninas, al no tener preparación para otro tipo de labor se ven obligadas a perpetuar estas actividades. Las demás madres eran obreras y vendedoras, trabajos, que desde la inserción al trabajo de la mujer en México a lo largo de los años 70's del siglo pasado, son preferentemente para el género femenino ya que son subempleadas, se les asigna un menor sueldo por las mismas horas laboradas, cimentado argumentos en concepciones arcaicas de fuerza y habilidad asignadas a los hombres.

Estas circunstancias durante la infancia produjeron condiciones precarias de alimentación durante su crecimiento, ocasionando vulnerabilidad en su salud, al no tener una dieta que incluyera todos los grupos alimenticios durante su formación. La mayoría estaba acostumbrada a comer lo que había, lo que conlleva a carencia de nutrientes que afecta el desarrollo de habilidades específicas, como las necesarias para la educación escolar, atención, memoria, razonamiento abstracto, fuerza y destreza para las actividades atléticas.

Existió otra condición económica durante la infancia de dos participantes, ambas tuvieron padres empresarios acudieron a escuelas religiosas privadas, adquirieron comida más variada y abundante, lo que es diferente entre ellas es la época en la que crecieron, una mujer es de edad media, 35 años, con una educación moral más abierta, a partir de la cual siguió estudiando, ejerce su profesión, es soltera, en cambio la otra persona creció a mediados del siglo XX, en un hogar muy católico, con divisiones de género, por lo que no continuó con su educación formal, sin embargo fue adiestrada en labores del hogar. Decidí retomar estas diferencias debido a que se ve claramente la influencia del contexto histórico en las decisiones de vida de mujeres con los mimos valores y creencias.

Sin embargo, con lo referente a la categoría de actitud hacia el rol femenino, se encontró que sin importar la edad de las participantes, todavía se encuentra instituido el rol de madre nutrisa en la mujer, es decir, una mujer sumisa, abnegada, buena madre, pero actualmente a este rol, se ha sumado la mujer trabajadora. A las participantes se les enseñó a ser hacendosas, recatadas, ser buenas madres y esposas, a ser trabajadoras, fuertes, sumisas e independientes, lo cual ocasionó obligaciones demandantes generando frustración, enojo, tristeza y ansiedad al no poder cumplir con las expectativas. Este aspecto al ser tan contradictorio, es decir, racionalmente estamos frente a la profesionalización de la mujer, una persona trabajadora, con “igualdad” de derechos, pero dentro de una sociedad que profundiza el patriarcado, que lo reconoce y acepta, que lo nombra (machismo) y lo justifica, el sometimiento de las mujeres ante lo masculino forma parte de la cotidianidad y se genera un proceso que se lleva a lo corporal, donde el rol aprendido somete al cuerpo a la represión, no hablar, no disfrutar, no salir, ignorar síntomas, aguantar. Lo anterior se traduce en ansiedad, la cual comienza a somatizarse en enfermedades, ahora comunes como la gastritis o

alteraciones en la alimentación, lo cual hace que bazo-páncreas pierda su funcionamiento natural, y a su vez altera a pulmón y a hígado en primera relación, los cuales quedan alterados, aunado a las emociones concomitantes como enojo y tristeza, también manifiestas ante no poder cumplir todas las expectativas de un rol tan demandante, manifestándose en cuerpo a través de enfermedades constantes en vías respiratorias, en piel (psoriasis), en colesterol y triglicéridos fuera de niveles, en problemas hormonales, el cuerpo entra en un ciclo completamente antinatural donde tres o más elementos (de cinco) están trabajando a marchas forzadas, creando una enfermedad crónico degenerativa, como el cáncer cervicouterino, que está estrechamente relacionado a este ser femenino ideal.

Otro factor concluyente, desde mi punto de vista es que todas las participantes fueron educadas bajo una moral cristiana, es decir, independientemente de la religión que profesan sus valores morales, me refiero a la manera de comportarse, al conjunto de normas, comportamientos, costumbres e ideas de una sociedad y época determinadas, corresponden en nuestro país, a la establecida desde la evangelización, que recuerda los tiempos en que ésta se imponía a la fuerza en todos los ámbitos de la sociedad. En México, nos encontramos con una doble moral muy fuerte, debido a que todavía se nos inculca con miedo, represión, donde el castigo, el pecado, en especial los de la carne, guían todavía nuestros comportamientos.

Lo anterior cobra mayor relevancia, porque aunque se manifiesta que racionalmente no hay un adoctrinamiento religioso como en el pasado, este se vive en el cuerpo y prueba de ello es la culpa que sienten las mujeres al ejercer libremente la sexualidad, esto se traduce en miedo y frustración, el cual se anida en el cuerpo y a su vez engendra problemas en el aparato reproductor femenino, ya que el riñón y el hígado son los órganos que se encargan del buen funcionamiento de los órganos reproductor y a su vez de las emociones de miedo e ira (donde podemos agrupar a la frustración) respectivamente.

La relación con la madre es la base de la construcción de lo femenino, y en la narración de las historias de vida de este estudio se encontró que las madres de todas ellas sin excepción eran enérgicas, estaban enojadas, realizaban muchas actividades y eran las encargadas de la disciplina de toda la familia, además que en la mayoría se encargaban del sustento económico. Lo que formó en ellas desde edades tempranas una

relación ambivalente hacia la figura materna, ya que aceptan tener rencor ante la dureza de sus madres y amor debido a lo que sacrificaron para hacerse cargo de ellas, lo que se asume en el cuerpo con contradicción, un conflicto con el ser mujer y con la maternidad, esto se comienza a somatizar en alteraciones menstruales, que serían la manifestación corporal de la pelea constante con el género, que se va complejizando, esto sería que partiendo del rencor y el miedo a la figura autoritaria, el proceso somático inicia a alterar al hígado quien al almacenar la sangre esta encargado junto con riñón de la normalización de los ciclos menstruales y del buen funcionamiento del útero, lo que va gestando los antecedentes del cáncer cervicouterino o al virus de papiloma humano en carne propia.

Asimismo, las relaciones de pareja son otro indicativo de la materialización de roles de género, a lo largo de esta categoría se pudo observar que las mujeres entrevistadas han vivido infidelidad en sus relaciones de pareja, independiente de su estado civil que es variable. Las que son casadas, en su mayoría manifestaron la existencia de violencia doméstica, que iba desde el maltrato físico, emocional a las privaciones económicas. Esto tiene que ver con la construcción social del padecimiento, debido a que provoca una actitud diferente ante la vida, se crea desesperanza al parecer que no hay salida, que las cosas son así; el fracaso de una relación de pareja, genera tristeza y odio, al no poder solucionar los conflictos, sin contar la desvalorización subsecuente ante no ser suficientes para la pareja, que el otro no sienta amor por ellas, que no se les reconozca como personas, ocasionando depresiones crónicas, abandono corporal, rencor hacia el género masculino, negando el ser mujer por lo que ello implica, lo anterior se vive al interior del cuerpo, concretizándose en una sintomatología, es decir, las emociones como la ira y la tristeza se manifiestan en los órganos alterándolos, provocando que trabajen en exceso, el pulmón comienza rompiendo el vínculo con riñón, dejándolo sin la energía proveniente de la respiración, así mismo, el hígado al vivir estancado en el rencor exige más energía, arrebatándosela a riñón, que incrementa el miedo, la indefensión, lo que produce un estancamiento en estos tres órganos, el cuerpo se va intoxicando, ya que pulmón no asimila bien el dióxido de carbono, riñón no manda a la orina los desechos orgánicos e hígado no purifica la sangre, descuidando a su vez las funciones hormonales, lo cual provoca alteraciones menstruales, quistes, miomas, infecciones constantes en vías respiratorias, urinarias y en órganos reproductores, para culminar en infecciones graves como la producida por el Virus del Papiloma Humano,

que si bien se da por transmisión sexual, una mujer en estas condiciones es más susceptible a adquirirla, al no tener los cuidados preventivos ni defensas suficientes, o bien, se genera el cáncer, en el órgano más propiamente femenino, el útero, que está ligado con el ser madre, el saberse mujer (tradicionalmente).

Específicamente al realizar el proceso de construcción de la ruta del padecimiento de estas mujeres, en su infancia, encontramos el inicio de dicha ruta en la emoción que comenzó a alterarse y consumir energía, ésta fue la ansiedad (lo cual también se refuerza con el sabor predominante durante toda su vida), debido a la indefensión que sufrieron ocasionada por la ausencia del padre, abandonándolas (muerte, separación o nula participación), y otorgándoles a las madres un rol autoritario ante ellas, esto también se manifiesta en las enfermedades más frecuentes en este periodo, que son malestares estomacales y gastritis a corta edad. Las condiciones de vida y el duelo o indiferencia del padre provocó en ellas tristeza, al saber que la pérdida era permanente somatizándose en gripas recurrentes y duraderas, colitis y estreñimiento. Su condición durante el desarrollo biológico contó con condiciones precarias como carencias alimenticias, falta de atención médica y madres trabajadoras con las cuales tenían una relación ambivalente, lo que propició que las emociones se fueran complejizando instalándose en la ira, la cual es la emoción que predominantemente sienten en la vida, este enojo se hace manifiesto en cuestiones como el rol de género ya que están peleadas con el ser mujer, somatizándose en alteraciones del ciclo menstrual, cambios hormonales, y como se mencionó anteriormente el riñón se va debilitando con la tiranía de hígado y pulmón, vinculados con la ira y la tristeza respectivamente, ocasionando falla en las funciones de purificación del cuerpo aunado al miedo creciente al saberse enfermas, hace crónica la enfermedad.

Al ser hígado y riñón los más afectados, el primero por exceso de energía y el segundo por deficiencia, la enfermedad resultante se produce en ellos, ambos son encargados del correcto funcionamiento del útero donde finalmente se instala el padecimiento: el cáncer cervicouterino o su mayor antecesor el Virus del Papiloma Humano.

Otra ruta de la enfermedad que se ve manifiesta en las historias de vida, comienza en el elemento metal, a diferencia de la ruta anterior, estas participantes se instalaron en la tristeza al vivir una vida muy similar a la descrita con antelación, en lugar de que los

problemas de la infancia les provocaran ansiedad, les ocasionaron una tristeza profunda, provocando somatizaciones tales como gripas, depresión, alergias, enfermedades de la piel y estreñimiento, todas ellas dependientes del funcionamiento de pulmón e intestino grueso, posteriormente la tristeza se combina con la ira la cual se incrementa con la frustración y los rencores aculados a lo largo de su trayectoria, y es la emoción que enuncian como predominante a través de su vida, porque son explosivas y violentas con los demás, en este caso el pulmón está en deficiencia e hígado está en exceso lo que provoca que riñón esté en deficiencia, ya que el encargado de nutrirlo es pulmón y este se encuentra débil, por lo cual, básicamente el resultado es el mismo, los encargados de órganos reproductores están en desequilibrio, y hacen más susceptible al útero de enfermarse crónicamente.

Todo lo anterior cobra sentido debido a que los órganos internos relacionados con la función del útero son riñón, con quien está conectado, y de quien depende la periodicidad del ciclo menstrual; y el hígado quien almacena la sangre y regula el volumen de la circulación sanguínea, de ahí su papel en la menstruación y la función del útero sean normales.

Encontrar la ruta de la enfermedad significa hablar de un mismo padecimiento que se apropia y desarrolla de forma diferente, abordar una concepción de unidad donde las emociones en conjunto con lo que se apropia de la cultura se materializan en un padecimiento. Esto quiere decir, que aunque todos como sociedad vivimos procesos similares, no todas las mujeres desarrollan este padecimiento y significa que aunque pareciera ser igual el proceso de construcción existen diferencias dependiendo de las emociones dominantes a través de cada periodo histórico en cada una de ellas. El padecimiento como una construcción social va más allá de una mera simplificación de las cosas, al contrario, tiene que ver en cómo el aspecto geográfico, económico e ideológico va formándonos y predisponiéndonos a determinados padecimientos, el por qué ciertas personas sometidas a las mismas condiciones de vida que otras desarrollen o no la enfermedad, no tiene que ver con la epidemiología básica y tradicional, sino con cómo esa persona se apropió de la situación, como la vivió emocionalmente, en qué momento una emoción se volvió más fuerte que otra rompiendo el equilibrio natural dentro del cuerpo.

Al analizar los factores sociales e individuales en la construcción de la enfermedad con base en la relación órgano-emoción en mujeres diagnosticadas con cáncer cérvico-uterino, posibilita observar que el mal manejo de sus emociones, aunado a la contaminación ambiental, a la deficiente nutrición, a las cuestiones de género las llevó a un proceso autodestructivo canalizado a la parte femenina por excelencia, el útero.

Las emociones son un fenómeno fisiológico, todas tienen su razón de ser y participan en la adaptación al entorno y equilibrio interior. No deben ser vistas como nociones fijas ni ideas reductoras. Son causa de patología cuando son excesivas, duran mucho tiempo, o inciden sobre un Shen (mente) débil con predisposición a enfermar. Toda emoción excesiva, produce afectación del órgano correspondiente y viceversa. El equilibrio estático no existe, todo está en movimiento, por lo que el bloqueo de las mutaciones cíclicas produce patología. Aunque cada emoción está ligada a un órgano eso no quiere decir que afecte sólo a ese órgano. En un primer momento, una emoción que se repite frecuentemente (pero no siempre) revela la alteración de un órgano Zang, pero las alteraciones emocionales hieren sistemáticamente al corazón e inducen posteriormente estancamientos de Qi de Hígado que a su vez produce alguno (o varios) de los 6 estancamientos (de Qi, sangre, humedad, mucosidades, calor, alimentos) origen de muchas enfermedades. En la producción del cáncer cervicouterino las emociones dominantes en las participantes (tristeza, ansiedad e ira, principalmente) rompieron el ciclo natural de sus emociones precisamente en los órganos correspondientes, provocando el antecedente de la enfermedad crónico degenerativa, por el estancamiento en la tristeza y la ansiedad.

Desde mi punto de vista, las mujeres que participaron en esta investigación lograron sobrevivir al cáncer, no únicamente por los tratamientos que recibieron, sino porque lograron darle la vuelta al ciclo de autodestrucción que habían comenzado, cambiaron su alimentación, en primera instancia porque se les ordenó, pero al ir transformando la manera de relacionarse con los alimentos, es decir, el cuidarse, el hacerlos partícipes del afecto a sí mismas y al entorno, no para suplir carencias afectivas como antes lo hacían, provocó un cambio en la manera de vivir. Al volver atrás en sus vidas para examinarlas, por sentirse tan cerca de la muerte, revalorizaron la manera de relacionarse con los otros, sus emociones, su exceso de ira y tristeza ante sus sufrimientos personales, la ansiedad desmedida ante la trivialidad de la vida cotidiana. Lo anterior

comenzó a cambiar el ciclo alterado de los cinco elementos, dejó fluir la energía, venció el estancamiento, por lo cual su cuerpo, al tener una nueva actitud ante la vida, comenzó a recuperar su ciclo de generación y abandonar la contradominancia existente ya, en todas las enfermedades crónico-degenerativas, en este caso el cáncer cervicouterino.

En este contexto es importante entender que si el entorno está en destrucción, el cuerpo humano también lo está, por el vínculo existente entre ambos, porque son lo mismo, es como verse reflejado, ante el espejo, y viendo las cosas bajo este espejo, el ciclo de generación de los cinco elementos, no podrá conservarse en los seres humanos hasta que contremos nuestra ambición dominadora, presente en un sistema económico social como el nuestro, el neoimperialismo reinante en el mundo, se basa en la destrucción, en la dominación de la naturaleza y del otro (por ejemplo, las cuestiones de género), por lo que el equilibrio corporal no podrá establecerse, hasta que cambiemos todos la actitud competitiva ante la vida.

La psicología como cualquier otra ciencia gestada en la visión fragmentaria del ser humano digna de ostentarse como tal en occidente, descuartiza todas las facetas del ser humano. Nuestra disciplina sufre los efectos de la ruptura del conocimiento en carne propia, existe la Psicología social, la educativa, la organización, la científica, ahora la médica, la clínica, dentro de las cuales nuevamente se disparan diferentes articulaciones, como la gestalt, la humanística, el psicoanálisis, el conductismo, en fin cada profesional elige dentro de que ámbito intervenir, y a que teoría afiliarse. En un principio tomar como tema de investigación para una tesis psicológica el proceso de construcción del Cáncer cervicouterino, desde nuestra visión fragmentaria, parece incongruente, falto de lógica, pero al articularlo con las emociones va cobrando sentido, si bien los psicólogos no somos formados para intervenir en la curación de las enfermedades físicas, el ver a las enfermedades como un complejo proceso de construcción social, nos da la oportunidad de entender y posteriormente intervenir de una manera más integral, articulada, en la enfermedad y sobretodo en su intrincada formación para poder prevenirla.

Las emociones son propias del quehacer psicológico y por lo tanto nos dan pie a que las tomemos como punto de inicio hacia una visión integradora, es decir, en un primer momento un trabajo de esta naturaleza nos da el enriquecimiento del conocimiento

psicológico al ver cómo las emociones son parte íntegra de las condiciones de salud y, esto en nuestra realidad presente es lo que ha gestado la importancia de la presencia del psicólogo en los equipos multidisciplinares de atención, pero esto nuevamente está dentro de la fragmentación, porque algo humano siempre queda fuera, es competencia del otro. El objetivo de un trabajo como este es la búsqueda de formas de integración de todos los componentes que intervienen en la construcción de las enfermedades, ya que la enfermedad irrumpe en la vida de la persona de manera muy variada, cada una de las circunstancias que la contextualizan esta cimentada en contexto histórico-social que afecta a cada individuo de diferente manera de acuerdo a la familia en la cual creció, los alimentos que consumió, que emociones se fueron volviendo constantes en su desarrollo, cuales enfermedades ha desarrollado, a cuales ha sido más susceptible, que experiencias vitales lo marcaron.

Es aquí donde se encuentra el interés por no solamente estudiar y tratar los procesos de la salud mental de las enfermedades oncológicas con la finalidad de brindar una mejor calidad de vida a los pacientes y sus familiares, sino de enlazar lo psicológico con lo orgánico, con lo social, para encontrar una explicación de como se construye y consolida la enfermedad. Para brindar una atención integral, el objetivo fundamental sería el beneficio para el paciente, es necesario que se transforme en una oportunidad de crecimiento personal, y posteriormente de un cambio del entorno, sin sonar ambicioso, es necesario modificar nuestra manera de relacionarnos con el mundo, lo que implica adoptar una actitud cooperativa con el medio ambiente y los otros, para que el equilibrio pueda mantenerse.

Este trabajo es un primer acercamiento a la generación del cáncer cervicouterino como un proceso, una construcción, que si bien es personal, está cimentada en la condición histórica de las mujeres que lo padecen, en su cultura, en su formación, en la manera en que viven sus relaciones interpersonales y expresan o no sus emociones, por lo tanto, es necesario profundizar más en un asunto tan complejo como este. Quedan líneas abiertas a posteriores investigaciones, donde se aborden, por ejemplo, a mayor profundidad las condiciones ambientales, la crianza y educación de las participantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Belcher, E. (1995). *Enfermería y cáncer*. España: Mosby/Doyma.
- Berman, M. (1987). *El Reencantamiento del Mundo*. (9ª. Ed. 2004). Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Bosch, X. (2002) *¿Virus del papiloma humano y varones?* México: Lourdes Torres Camargo
- Brown, P. (1993). *El cuerpo y la sociedad: los hombres, las mujeres y la renuncia sexual en el cristianismo primitivo*. Barcelona: Muchnik.
- Burckhardt, T. (1994). *Alquimia. Significado e imagen del mundo*. Barcelona, España: Paidós, Orientalia.
- Calimberti, H. (2002) *Diccionario de Psicología*. México: Siglo XXI Editores.
- Caballo, E. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (Pp. 161-215, 403-492), Madrid: Siglo XIX.
- Capra, F. (1982). *El punto Crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Argentina: Troquel S. A., Estaciones.
- De Garay, G. (1993), *La entrevista de historia de vida; construcción y lecturas* México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana.
- Durán, N. (2004). *Cuerpo intuición y razón*. México: CEAPAC
- Durán, N. (2005.). *La quimera o la didáctica en México. El bachillerato universitario y la observación compartida*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Galo, R. (2009). *Medicina Tradicional China, Acupuntura y Masaje Tuina*. México: Centro Ling-shu.
- García, J. y Sanz, C. (2000). *Trastornos Somatomorfos*. Barcelona, España: Seva, Tratado de Psiquiatría.
- Goldfried R. y Davison, C. (1981). *Técnicas terapéuticas Conductistas*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- González-Merlo, J. (1974). *El cuello Uterino. Anatomía Patología, Citopatología y Colposcopia*. España: Salvat, Editores.

- Guerín, P. (2000). *Dietoterapia energética según los cinco elementos en la Medicina Tradicional China.* Madrid, España: Miraguano, SA Ediciones.
- Illich, I. (1978). *Némesis Médica. La exploración de la salud.* México: Joaquín Mortiz
- López, S. O. (1998). *Enfermas, mentirosas y Temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México.* México: Centro de Estudios y Atención Psicológica, AC; Plaza y Valdés
- López, S. (2002). Introducción dos maneras de ver lo corporal. En: López, S (2002) (Coordinador) *Lo corporal y lo psicosomático. Tomo I.* (pp. 15-20) México: Centro de Estudios y Atención Psicológica, AC; Plaza y Valdés
- López, S. (2002). Las enfermedades psicosomáticas una interpretación. En: López, S (2002) *Lo corporal y lo psicosomático. Tomo I.* (pp.23-34). México: Centro de Estudios y Atención Psicológica, AC; Plaza y Valdés.
- López, S. (2002). *Lo corporal y lo Psocosomático. Reflexiones y Aproximaciones II.* México: Centro de estudios psicológicos (CEAPAC) A.C. y Zendová
- López, S. (2004). *Lo Corporal y lo Psicosomático Reflexiones y Aproximaciones III* México: Centro de estudios psicológicos (CEAPAC) A.C.
- López, S. (2006) *Órganos, Emociones y Vida Cotidiana.* México: CEAPAC
- López Ramos S. (2000) *Zen y cuerpo Humano.* México: CEAPAC, Verde Halago.
- Marie, E. (1998). *Compendio de Medicina China.* Madrid, España: Edaf.
- Martin-Abreu, L. (1986). *Fundamentos del diagnóstico.* México: Francisco Méndez Cervantes.
- Meneses, A. y Morian, A. (1999). *Principales Neoplasias Malignas en México.* México: Manual Moderno.
- Padilla, J. (1998). *La acupuntura en la senda de la salud.* Madrid, España: Miraguano.
- Pérez, R. (2004). *Cáncer cervicouterino enfermedad silenciosa.* México: Instituto Nacional de Perinatología.
- Ping, L. (2000) *El gran libro de la Medicina China. Manual práctico de diagnóstico y tratamiento con acupuntura.* Barcelona, España: Martínez Roca
- Pujadas, J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales.* Madrid: CIS.
- Rojas, R (1990) *Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica.* México: Plaza y Válde
- Ruiz, J. y Cano, J. (1996) *Manual De Psicoterapia Cognitiva.* España: Paidós
- San Martín, H.(1987). *Salud y Enfermedad.* México: La Prensa Médica Mexicana.
- Santamarina, C. y Marinas, J. (1993). *La historia oral: métodos y experiencias.*

Madrid, España: Debate.

Turbet, S. (1991) *Figuras de madre*. Madrid, España: Cátedra.

Valdés, M. (1996). *Medicina Psicosomática*. México: Trillas.

Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, España: Síntesis.

Wainer, G. (1995). *El amor, los celos, el celo: psicoanálisis en pacientes con cáncer*. Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.

Weisz, G. (1998). *Dioses de la Peste*. México: Siglo XXI Editores.

Zedillo, A. (1990). *Tesoro de medicinas para diversas enfermedades dispuesto por el venerable barón Gregorio López*. (239 pp.) México: IMSS/INAH.

Zhang, J. y Zheng, J. (1982). *Fundamentos de Acupuntura y Moxibustion de China*. México: Instituto de la Medicina Tradicional China de Beijing.

Zuckermann, C. (1983). *Manual de Cancerología Básica*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia

Revistas:

Alcaraz, Y. (2004). Diabetes, infartos y cáncer de mama y cervicouterino son las enfermedades que ocasionaron 46 mil decesos el año pasado; todas prevenibles. 24 de enero del 2004. México: El Universal.

Castañeda, I. M; Toledo, C. R y Aguilera, D. M. (1998) Factores de riesgo para Cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. *Salud Pública de México* .40,4, 12-19.

Escandón, R.C., Benítez, M. M., Navarrete, E. J., Vázquez, M. J., Martínez M. O. y Escobedo, P. J. (1992) Epidemiología del cáncer cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*; 34, 607- 20.

Garland, S.M., Hernández, A. M. y Wheeler, C. M., (2007). Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. *New England Journal of Medicine*; 356(19), 1928–1943.

Giberti, E. (1994). El ombligo del género. *Actualidad Psicológica*; 6, 16-34.

Giberti, E. (1992): Mujer y obediencia. *Feminaria*, 9, 4-7.

Giménez, M. J. A., (2002). La somatización y la enfermedad psicosomática a la luz de la Medicina Tradicional China. *Interpsiquis*, 2, 1-12.

- Groisman, M. (2000). El cuerpo en la post modernidad. *Topía*, 26, 5-11.
- Lazcano, P.E, Rascon R, Lozano R. y Velasco E. (1996); Mortality from carcinoma of the uterine cervix in Mexico. *Cytol* 40, 506-12.
- Montiel, C. M. y Urquidi, T. L. (1998). Factores de Riesgo Asociados a Cáncer Cervicouterino y de Mama. Revista Sonorense de Psicología. 12, 1, 30-36.
- Paavonen J, Naud P, y Salmerón J, (2009). Efficacy of human papillomavirus (HPV)–16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types. Final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *Lancet*, 274, 301–314.
- Palacio, M.L., Lazcano, P. E., Allen, L.B. y Hernández, Á. M. (2009). Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. *Salud Pública México*; 51(sup 2), 208-219
- Pérez, R.C. (2003) Mueren más de dos mil mujeres al año por el Virus de Papiloma Humano. *Depto. de Microbiología de la Escuela Superior de Medicina del IPN*. 13, 45-50.
- Robles, C. S. (2002). Rompiendo mitos: cáncer del cuello del útero. *Perspectivas de Salud*, 7, 4-8.
- Salmerón, C. J., Franco, M. F., Salazar, M. E. y Lazcano, P. E. (1997). Panorama Epidemiológico de la mortalidad por cáncer en el Instituto Mexicano del Seguro Social: 1991-1995. *Salud Pública México*. 39, 266-73
- Serrano, J., (1995). Discurso Narrativo y construcción autobiográfica. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 1-2, 41-56.
- Torres, C. y Tapia, Y., (2002) Mortalidad por cáncer cervicouterino en México: 1979-1999. *Perinatología y Reproducción Humana*. 16, 35-44

Tesis:

- Marín, E.V.O. (2003). La influencia familiar como principal marco de referencia de la construcción de la práctica sexual femenina desde la perspectiva de género. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Rivas, R. E. (2003). Construcción de los roles genéricos masculino-femenino y la relación con la maternidad –paternidad en la ciudad de México. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Internet:

Alvarado, R. (2000) El Virus de Papiloma Humano y el Cáncer Medicina Integral, [geosalud.com/Cancer%20pacientes/ Cancer%20cervicouterino.htm](http://geosalud.com/Cancer%20pacientes/Cancer%20cervicouterino.htm)

Aparicio, M. A. (2004). *Medicina tradicional: medicina sociobioecocultural. Ejemplo del susto como visión cultural de un problema complejo.* <http://www.monografias.com/trabajos26/medicina-tradicional/medicina-tradicional.shtml>

CancerNet, (2000) Cáncer Cervicouterino Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, <http://cancernet.nci.nih.gov>

Matsui, W. (2002). *Detection of epidermal growth factor receptor mRNA in peripheral Blood of cervical cancer patients* <http://www.adam.com/urac/edrev.htm>.

Marroquín, S. A. (2003) Se esta ganando la batalla contra el cáncer cérvicouterino, el cáncer mamario aún representa un reto, Oncomédica S.A. www.oncomedica.net 11 DE JULIO DEL

Muñoz y Bosch, (1997). Cáncer cervicouterino Virus del Papiloma Humano y Condilomas. Gyn-Web <http://www.unizar.es/gine/98manw.htm#cuatro>

Congresos:

Fernandez-Guisasola, F. (1999). Las constituciones en la Medicina Naturista. Estudio comparativo en Alopátia, Acupuntura, Oligoterapia, y Homeopatía. Actas del I Congreso Interuniversitario Español de Acupuntura;77.

Ανεκός

ANEXO 1.

HISTORIA DE VIDA (ENTREVISTA).

Ficha de identificación:

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Religión:

Estado civil

Teléfono:

Escolaridad:

Estatura:

Peso:

Lugar de origen:

1. Tipo de vivienda:

- Con quién vive.
- Domicilio completo.
- Cómo es la casa donde vive.
- De qué materiales está hecha.
- Cómo es la distribución del espacio en la misma.
- En qué lugar está más.
- Desde cuando vive ahí.
- Dónde vivía antes.
- Por qué se cambio.
- Con qué servicios cuenta.
- Ubicación geográfica (si es ciudad, área conturbada, zona rural, etc. oxigenación, altura).

2. NACIMIENTO

2.1 Historia del embarazo:

- El tipo de Alimentación de la madre
- Vigilancia Médica (Control Periódico, Si Existió Alguna Enfermedad Y los Tratamientos Administrados)
- Tipo De Servicios Médicos.
- Donde nació

2.2 Situación de la madre durante el embarazo:

- Estuvo sola, en pareja (condiciones de vida de la madre, del padre en general hasta llegar al parto), con familiares, otros.
- Relaciones emocionales de los padres durante el mismo.
- Embarazo deseado, planeada, por la falla del método anticonceptivo o impuesto.

2.3 Parto:

- Asistido por un médico (cesárea, fórceps o normal), una partera o sola.

2.4 Lactancia y cuidados posteriores:

- Fue amamantado por la madre o con leche de formula (tiempo).

- La edad de aglactación, tipo de alimentos.

3. CRIANZA Y CRECIMIENTO: DESDE EL NACIMIENTO HASTA LA EDAD ACTUAL (la idea es detectar en lo posible los principios del padecimiento).

3.1 Estilo de crianza:

- De qué manera era corregido.
- Al cuidado de quién estuvo.
- Con quiénes convivía ya sea porque compartieran la casa o por que se frecuentaran.
- Quién se encargo de crianza y educación.
- Qué opina de la educación que le dieron.
- Amigos.

3.2 Alimentación:

- Qué comía.
- Con quién comía.
- Cuántas veces al día.
- Cuáles son los alimentos que prefería y rechazaba.
- Qué come.
- Dónde come.
- Si considera que algunos alimentos le hacen daño (antes y ahora).
- Cuántas comidas hace al día.
- A qué horas.
- Con quién come.
- Cuánto tiempo dedica a sus comidas.
- Las disfruta.
- Realiza alguna otra actividad mientras come.
- En algunas ocasiones cambia su apetito.
- Bajo que circunstancias.
- Con qué frecuencia.
- Cómo se refleja en su cuerpo.
- Come entre comidas.
- Ha notado aumento o disminución de su peso.
- Cómo ha cambiado su alimentación a partir de la enfermedad.

3.3 Salud:

- Servicios médicos de que es usuario.
- Con qué frecuencia asiste.
- Enfermedades más comunes que ha padecido.
- Si puede identificar en qué épocas.
- Formas en que atiende sus padecimientos.
- Qué tipo de tratamientos recibe o ha recibido.
- Los medicamentos así como su dosificación.
- Tratamientos, alópatas, alternativos, pronóstico y expectativas.
- Cuáles han sido los resultados obtenidos en la búsqueda de su salud.
- Ha estado hospitalizada
- Cuántos embarazos ha tenido.
- Ha tenido abortos.

- Ha tenido alteraciones en su ciclo menstrual.
- Es sexualmente activa.
- Utiliza algún método anticonceptivo.
- Se siente satisfecha con su vida sexual.
- En algún momento no fue así.
- Edad de la primera relación sexual.
- Circunstancias en la que sucedió ésta.
- Infecciones vaginales.

3.4 Relaciones emocionales:

- Tipo de familia.
- Quiénes integran su familia. Edades, edo. civil y ocupación.
- Qué lugar ocupa ella.
- Cómo ha sido su familia.
- Se sentía amado, aceptado, etc., en su familia. Cómo se sentía en su familia
- Qué emociones experimenta y como las expresa, con cada uno de los miembros de su familia.
- Con quién tiene menos relación de la familia.
- Dentro de su familia quién piensa que es la persona más fuerte.
- Quién considera que requiere más apoyo en su familia.
- A quién cree que se parece más y porque (no físico).
- Cuáles son los recuerdos más significativos de su vida en familia.
- Sabe cuáles eran las expectativas familiares hacia usted.
- Qué papel siente que juega en la familia.
- Qué es lo que más le gusta de su familia, por qué.
- Qué es lo que más le disgusta.
- Si pudiera cambiar algo que cambiaría y por qué.
- Cuáles son las enfermedades más frecuentes en su familia.
- Si hay algún integrante de su familia que tenga su padecimiento. Cómo es su sintomatología.
- Cambios en su familia respecto a su padecimiento.
- Forma en que se han curado en su familia y cuáles han sido sus resultados.
- A quién le comunica cuando está enfermo.
- Quién lo cuida.
- Cómo recibe su familia su padecimiento.
- Cómo lo tratan.
- Sus expresiones como vínculos afectivos con su mamá, papá, hermanos, maestros, amigos, pareja, hijos, jefes y compañeros de trabajo.
- Cómo fue su infancia.
- Qué recuerdos tiene de ella.
- Relaciones con otros: indagar al respecto de cómo se construye las relaciones emocionales, si se basan en odio, resentimientos, tristeza, miedo, angustia, etc., y
- Amigos
- Personas con las que no congenia
- Relación de pareja (actual y pasadas, número, tipo de relación, si ocurrió infidelidad).
- Actividades, rutinas, rituales.
- En qué emplea su tiempo libre.
- Qué cosa disfruta hacer más.

- Qué cosas no le gusta hacer.
- Hace ejercicio.
- Imagen personal.
- Cual es la emoción predominante en su vida.

3.5 Trabajo:

- Qué necesita hacer para vivir.
- Dónde trabaja.
- Horarios.
- Qué emociones experimenta con relación a su trabajo.
- Proyecto de vida.
- Expectativas de la misma.
- Cosas que no haya logrado y que le incomoden.

3.6 Escolaridad:

- Qué nivel de estudios.
- Escuelas en las que estuvo. ¿Qué recuerda de ellas?
- Cómo fue su desempeño.
- Le hubiera gustado estudiar o hacer otra cosa.
- Si entablo relaciones emocionales.
- De qué tipo.
- Con quiénes y cómo las expresa.

3.7 Conceptualización del papel de la mujer.

- Relación con la madre.
- Cómo le enseñaron que eran las mujeres (rol).
- Qué actividades tenía que realizar.
- Se sentía diferente por ser mujer (en qué sentido)
- Cómo le explicaron las diferencias de género.
- La sexualidad.
- Cómo se sentía respecto a la educación de sus padres cuando comenzó a ejercer la sexualidad.
- Menstruación.
- En la actualidad ha encontrado en los trabajos, escuela, con sus familiares un trato diferente por ser mujer.

4.0 CONCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

- En qué momento empieza a sentir que no es normal lo que le pasa.
- ¿Qué pensaba?
- ¿Qué edad tenía?
- ¿Qué sentimiento le producía?
- ¿Con qué frecuencia?
- ¿Qué hacía ante los síntomas?
- ¿Le comentó a alguien cómo se sentía?
- De quién recibe apoyo.
- Qué ha hecho su familia ante su padecimiento
- ¿Qué la motivo para buscar a un profesional?

- A qué adjudica el origen de su padecimiento
 - ¿A qué lugar acudió por primera vez?
 - ¿Qué le dijo el profesional?
 - ¿Qué impacto tuvo cuando le dijeron que padecía?
 - ¿Qué tratamiento le dieron?
 - ¿Cómo llevo o está llevando a cabo su tratamiento?
 - ¿Le funcionó?
 - ¿Qué pronóstico le da el especialista?
 - ¿De qué manera ha cambiado su vida a partir de que se presenta la enfermedad? (hábitos alimenticios, sueño, actividades)
 - La enfermedad ¿le ha impedido realizar sus actividades normales?
 - Recuerda qué emoción sentía con más frecuencia antes de que se enfermara.
 - Sus relaciones afectivas han cambiado.
 - De qué manera.
 - Alguien de su familia padece cáncer.
 - Quién, desde cuándo, cómo se trata, le funciona.
 - Cómo era su padecimiento antes y cómo es ahora
 - Cómo se transformó
 - Cómo percibe su padecimiento
 - Sintomatología original
 - Sintomatología actual
 - Alimentos que consumía antes
 - Alimentos que recomiendan consumir
 - Alimentos que consume
 - Emoción con mayor frecuencia antes del diagnóstico, cuando sentía su enfermedad.
 - Emoción más frecuente luego del diagnóstico.
 - Emoción más frecuente actualmente.
 - Forma en qué se percibe.
 - Cómo cree que lo perciban los otros.
 - Emociones y sensaciones relacionadas con su padecimiento. En qué lugar del cuerpo lo siente más.
 - Efectos del padecimiento que impiden hacer actividades normales y cómo se siente por ello.
 - Sueños y pesadillas frecuentes.
- a) Tratar de entender cómo la persona vive la enfermedad, es decir, si la considera castigo divino, herencia, ya me tocó, bajo del cielo, contagio mecánico.
 - b) Crisis: tratamos de encontrar que hace cuando entra en crisis en su enfermedad, es decir, si se deprime, se esconde, llora, exhibe, se trata de suicidar, etc., entender cómo afecta la enfermedad a su familia.
 - c) Concepto del cuerpo y de su cuerpo: antes y después de la enfermedad para saber si lo vive como un recurso, mercancía, ideal, medio o una posibilidad. Buscar su construcción personal respecto al género y su ideal de belleza, lo mismo que el ejercicio de su sexualidad.
 - d) Creencia religiosa: preguntar sobre la fe que profesa y cómo la practica tratando de encontrar la relación con su enfermedad (castigo o bendición).

Desea profundizar en alguno de los puntos o agregar información que considere importante y que no hayamos tocado en la entrevista.

ANEXO 2. CUADROS DE RESULTADOS OBTENIDOS.

FICHA	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL DE ESTUDIOS	RELIGIÓN	TIPO DE VIVIENDA	ZONA EN LA QUE VIVE
001	47	divorciada	secundaria	Testigo de Jehová	Pequeña, húmeda de cemento,	Col. Narvate-Piedad Delegación Benito Juárez
002	36	soltera	licenciatura	Católica	Acogedora, tranquila, un refugio	Col. Roma
003	38	casada	secretariado	Católica	pequeña	Col. Padre Figueroa Naucalpan, Estado de México
004	53	separada	secundaria	Católica	Chiquito, limpio	Col. Centro Naucalpan Estado de México
005	60	casada	Primaria	Católica	De dos pisos grande	Col. Colinas de San Mateo Naucalpan
006	35	casada	secretariado	católica	De interés social, pequeña	Bosques de los Remedios Naucalpan
007	65	separada	secundaria	católica	Grande con patio y jardín	Las Américas, Naucalpan de Juárez
008	47	casada	licenciatura	Católica	Grande, dos pisos, jardín	Col. Benito Juárez, Naucalpan Estado de México
009	60	viuda	primaria	cristiana	Regular, fría, oscura	Col. Mártires de Río Blanco Naucalpan
010	39	soltera	primaria	cristiana	Recámaras, patio, cocina	Col. Providencia
011	43	Unión libre	secundaria	ninguna	Chica, son cuartos.	Col. Loma Colorada Primera Sección, Naucalpan.
012	53	casada	Licenciatura	católica	Departamento amplio	Col. Irrigación Delegación Miguel Hidalgo
013	26	soltera	licenciatura	creyente	Pequeño	Col. Pasteros, Azcapotzalco
014	28	Soltera	Licenciatura	ninguna	agradable	Col. Moctezuma 2da Secc. Delegación Venustiano Carranza
015	44	casada	Carrera Comercial	católica	Departamento pequeño.	Col. Jardín Balbuena Del. Venustiano Carranza

Cuadro 1. Información incluida en las entrevistas sobre datos generales de las participantes.

006	Estaba cuando podía, nunca fue agresivo	Normal, con respeto, nos regañaba	Muy bonita, pasábamos tiempo juntos, fue muy tranquila, llena de responsabilidades	ansiedad	Gastritis, colitis nerviosa, gripas, esguince cervical	Con mi esposo llevo 15 años de casados, tuvimos problemas por que él estaba con alguien	inicio a los 19 si las disfruto	
007	Distante, pero nos trato muy bien	Distante, estricta, nunca hablo de sentimientos	Tranquila, tradicional, estricta	afecto	Gastritis, estreñimiento	Convivencia cariño, respeto. En el matrimonio como fue arreglado, hubo infidelidad	A los 17 años. Cuando mi esposo andaba en sus cosas, era desagradable	Hace como 20 años.
008	Muy responsable, trabajador, amistoso, tierno, inteligente	Buena, regañona muy nerviosa, me daba consejos	Muy tranquila, afecto, comprensión	Felicidad , afecto	Gastritis, colitis, estreñimiento	Con quien compartes tu vida	Normal. A los 18 o 19 años, satisfecha	Casi no, al principio
009	Bonita se ponía a enseñarnos cosas	Poco alejada nos cuidaba	Bonita, tranquila, en el mar	Respeto, felicidad	No me enfermaba	Chica al principio bonito, después comenzaron los problemas por ser mujeriego	Chica 16 años, pues se dio y me toco	no
010	bueno, casi no lo veía, me defendía	Me maltrataba, me obligaba a cuidar a mis hermanos, nunca me mostró cariño	Triste, y alegre, hubo veces que pedía morirme	Tristeza, miedo, enojo	Respiratorias, alergia	Una unión donde los dos colaboren, sólo una pareja la actual, me daba miedo y coraje tener novio	39 años edad de inicio, busca quedar embarazada	no
011	Agresivo, no daba gasto, metía a sus amigos a la casa	Buena, trabajadora dos turnos, nos cuidaba, nos saco adelante sola	Difícil, agrí dulce	Enojo, tristeza alegría	gripas	Muchos novios, acabaron mal, mi pareja actual es más chico que yo nos llevamos bien	A los 17 años sólo 2 parejas sexuales	A veces, no seguido
012	Fuerte, cariñoso, carácter fuerte, siempre quiso que fuera profesionista	Buena, podíamos platicar, me hacía escuchar programas de radio, y que leer	En Sinaloa fue muy agradable, tenía mucho espacio y muchos amigos, en México fue triste, mi papá no estaba, vivía	Tristeza, alegría, enojo	Colitis, matriz, infecciones	El hombre quiere ser líder, mi primer esposo, infidelidad, agresiones, mi segunda pareja tuvo una hija, tercer y actual pareja nos llevamos bien en todos los	28 años en mi noche de bodas, ahora si estoy satisfecha con mi actual pareja	Si muchas veces, VPH

			encerrada			aspectos		
013	Autoritario	Le tengo confianza, platicamos, buena comunicación	Difícil, mi papá no estaba y mi mamá estuvo mucho tiempo en el hospital, nos dejaban con quien podían	Tristeza y miedo	Gastritis, intolerancia a la lactosa	Estar incondicionalmente con alguien. Actualmente tengo pareja, nos llevamos bien, 2 años en relación, anteriormente, amigos con derecho y como 5 novios	17 años, fue padre, actualmente no tengo vida sexual activa, me siento satisfecha, más o menos.	Si he tenido, constantes.
014	Distante, siempre con el trabajo o sus cosas, explosivo	De mucha paciencia me desespera, nos reclama que la tratamos mal sumisa, miedosa	No la recuerdo, mi hermana dice que fue fea, yo tengo recuerdos bonitos de salidas	Recuerdo que le tenía miedo a mi papá	Desde los 12 años psoriasis, miopía infecciones en ojos, oído, VPH	Dos parejas formales en la primera infidelidad y contagio, la segunda fallecimiento, amigos y una relación corta	a los 22 años con pareja anterior y fue muy denigrante, ahora estoy bien con mi novio, es satisfactoria	Creí tenerlas, pero fue el virus del papiloma
015	Mi padre era responsable, nos cuidaba, pero no lo tuve mucho tiempo, amor	Era difícil, tenía dos turnos, era madre y padre a la vez, estricta	A lado de mis padres en los breves momentos que tenían	Amor	Tos, gripa, infección de vías urinarias	Los primeros 12 años de matrimonio bien, después faltó dinero conocí a otra persona fui infiel porque estaba abandonada y mi matrimonio no se ha recuperado	Ya trabajaba tenía como 20 años fue extraño, con mi esposo no hay sexo desde hace mucho, con quien mantuve la relación, fue compatibilidad	Infecciones vaginales por la ropa ajustada o jabón

Cuadro 3. Datos recabados con respecto a los hábitos alimenticios de las mujeres entrevistadas.

ficha	Alimentación Antes de la enfermedad	Alimentación durante la enfermedad	Alimentación después de la enfermedad	sabor	Emoción predominante en su vida
001	De todo, taquitos de queso, café, frijol, carnita, chiles, verduras	Cochinadas, comida chatarra, refresco, galletas, cacahuates	Procuro balancear siempre, carne de puerco no.	Salado y dulce combinado	ira, ahora alegría
002	Sopa, verduras, guisado, frutas, hígado, pescado, golosinas	Que dejara las grasas	Verduras, frutas, carne, pollo, no harinas, no sopas	Simple sin sabor. carne	alegría
003	Mucho huevo, hígado, guisado, frijoles, sopa, tortillas, pan	Muchas verduras, frutas, cereales, cosas naturales.	Huevos, cereal, leche, yogurt, verduras y pescado, ya no carne, frutas	Lo salado y lo dulce juntos	Me enoja muy fácilmente
004	Muchas verduras, pollo, salchichas y de vez en cuando carne	Muchas verduras y tomar agua	Pollo, lechuga, verduras, pescado, frutas, pan y tortillas	dulce	Tristeza o mortificación
005	Frijoles, tortillas, quelites, papas, pan, de vez en cuando huevo.	No la he cambiado nunca he comido carne, no chocolates	Café, pan de todo	dulce	Tristeza y ahora alegría
006	Melindrosa, arroz, carne de res, huevo	De todo	Me quitaron rasas, café, alcohol, refrescos	picoso	Enojo, preocupación
007	De todo	Dejar carnes, grasas, refresco	Sólo verduras	chile	Enojo, feliz
008	De todo	Muchas verduras y cosas libres de hormonas	Frutas verduras, poca soya, cereales integrales	picoso	Ansiedad, nerviosismo
009	Frijoles, molotes, sopa de tortilla, fruta, verdura, pescado	Nada de grasas, carne, embutidos ni latas	Verduras y pescadito	dulce	Tranquilidad, mortificación
010	Huevo, arroz, atole, poca carne pocas verduras y leche	Más verduras	Pescado verduras, frutas, queso	todo	coraje
011	Sopa, frijoles, café, tortilla	nada	De todo	Pan dulce	nerviosismo
012	Casi nada, alguna golosina, fui anoréxica a los 18 años llegue a pesar 37 kg.	Frutas, verduras	Pescado, mucha fruta y verdura, soya, poca leche y poca carne	salado	Felicidad, coraje
013	Verduras carne, poco pollo, fruta, huevo, leche	Estrictamente vegetariano	He sacado muchos alimentos, solo como, fruta, verdura y una vez a la semana soya	ninguno	Feliz, estrés
014	Frutas, verduras, carne de res, pollo y pescado	No lácteos, soya, ni refrescos	Arroz, sopa de pasta y verduras pescado una vez a la semana y nada de carne	Picoso	Tristeza y enojo
015	Fruta, verduras, cereales, pollo, enlatados	Nada de carne, enlatados	Verduras, frutas, soya	salado	amor

Cuadro 4. Aspectos familiares incluidos en las entrevistas de las mujeres participantes en la investigación.

ficha	Tipo de familia	Lugar que ocupa en ella	Emociones	crianza	A quien se parece	Expectativas hacia usted
001	Mis hijos y yo, los demás son parientes	Fui la sándwich, la de enmedio, tres arriba y tres abajo	Enojo, tristeza, de todo	cariñosamente	Papa-ímpetu, mamá apapachadora	Que tuviéramos una carrera
002	Nuclear, papá, mamá e hija	Hija única	Tranquilidad, paz, armonía	Platicaban conmigo, mi mamá me daba manotazos	Mamá, en lo fuerte, aventada, luchona, sonriente	Que fuera feliz
003	Normal, papá, mamá e hijos	La más chica	Muy amorosa	Mi mamá me gritaba y me pegaba	Mamá, disciplinada, exigente, fuerte	Que fuera trabajadora y buena madre
004	Papa, mamá e hijos	La más grande	apapachadora	Mamá gritaba y daba nalgadas, papá regañaba	A mi papá somos muy débiles	Que fuera buena mujer
005	Rara casi no estuve con mis papas	La mayor de todos	Tristeza, miedo, angustia	Me pegaban y trataban muy mal.	A nadie	ninguna
006	normal	La mayor, asumí el rol de mamá	Rencorosa, muy estricta	Casi no me regañaban	A mamá le copiaba todo	Que fuera responsable
007	tradicional	La octava	Felicidad y enojo	Me pegaban y regañaban	Mamá el mismo carácter	Que me casara bien
008	nuclear	La segunda	afecto	Me regañaban me daban manotazos	A mi papá, sobreprotector, responsable	Estar tranquila y cómoda
009	Grande, unida	La cuarta	Libertad, felicidad	Gritos y nalgadas bien dadas	A mi papá porque me enseñó muchas cosas	Que fuera honrada, trabajadora y me casara bien
010	Numerosa tengo 8 hermanos	primera	Alegría, rencor	De chica me regañaban de grande me pegaban	A mi hermano por reservado e independiente	Formar un hogar
011	normal	La mayor	A pesar de todo fue bonita	golpes	A nadie	ninguna
012	Completa, al principio	La penúltima de 10 hermanos	Agradable, me sentía libre	Con cariño de niña, de grande con agresión	A ninguno	que fuera profesionalista
013	Nuclear, nada más mi hermana, papá, mamá y yo	La menor	Conflictiva, muchas cosas duras	Regaños y golpes	A mi papá	Que fuera profesionalista

014	extensa	Soy la tercera de cuatro	No recuerdo más que los paseos	Pláticas y gritos	A mi mamá y a mi papá	Que terminara mi carrera, tuviera trabajo y una familia
015	dos hermanos y yo, papá mamá	La menor	Breve, tristeza	conversaciones	A mi madre	Nunca me dijeron expectativas

Cuadro 5. Antecedentes médicos del cáncer cérvico-uterino en las participantes.

ficha	menarca	menstruación	Número de embarazos	Antecedentes familiares	Concepto de mujer	Concepto de cuerpo
001	A los 15 años	Hace 2 años muchas hemorragias, antes regular	Tres	Hermana cáncer de seno	Femeninas, luchonas, respetuosas, decorosa, tener hijos, atender al marido, hogar	Jehová nos dotó con la perfección
002	A los 14 años.	Desde los 14 años a los 17 años, extirparon la mitad de cada ovario por quistes, fui irregular, cólicos	ninguno	Mamá con cáncer de seno, mi abuelo, mis tíos maternos	Buscar tu felicidad, independiente, autosuficiente	Es todo, el cascarón del alma, es lo más bello, la maquinaria perfecta.
003	A los 12 años	Sangraba mucho, me ponía triste, cólicos, barritos, después me regularicé y hace poco comenzaron los cólicos y el sangrado mucho	dos	Una tía hermana de mi mamá en estómago y abuelo en próstata, papá cáncer de hígado	Hacendosas, buenas madres, obedientes, bien abusadas, decentes, calladas.	Antes nunca lo había tomado en cuenta, valoró más mi cuerpo como una creación maravillosa.
004	Como 10 años	Con el aborto duraban 7 días las reglas y era muy abundante	Cuatro, tres logrados un aborto	ninguno	Limpias, hacendosas, trabajadoras, calladas, aguantadoras	Ahora si me cuido.
005	15 años,	Siempre, me dolí	ninguno	Papá cáncer de hígado	Estar en casa, tener hijos, lavar, planchar, esas cosas	Es una oportunidad para aprender cosas que nuestra alma no sabe
006	A los 13	nunca	dos	No nadie	Cuidar niños, compras, comida	Es muy importante, me cuido, peso, cremas, prevenciones
007	A los 17 años	De recién casada, pero me dijeron que era por el inicio de la vida sexual	8, 6 logrados y 2 abortos	Mi mamá tuvo el mismo que yo	Educadas, corteses, dedicadas a la familia	Nos enseñaron que el cuerpo era pecado, pero como es creación de Dios hay que cuidarlo

008	A lo 12 años	Tenía muchos cólicos y era irregular	tres	Abuelo y tío cáncer de colon, mi papá de piel en la nariz muy pequeño, se lo quitaron	Sensibles, escuchar a los demás, ayudarlos y por nuestra fortaleza hacer las labores domésticas, cuidar niños y trabajar al mismo tiempo	Una máquina maravillosa y perfecta
009	14 años	Al final,	Cinco y un aborto	No que yo sepa	Limpias, obedientes, inteligentes y fuertes	Es maravilloso, nos deja movernos, nos protege, es la envoltura.
010	A los 13 años	Pensaba que me iba a morir, mi mamá pensó que me había hecho algo	ninguno	ninguno	Sólo para la casa, esposa y madre	No nos enseñaron nada, ni a cuidarnos
011	A los 10 años	A los 38 años	dos	nadie	Bien portadas	
012	A los 13 años	A los 46 años sangrados frecuentes, tenía miomas y ahora la premenopasia	Cuatro, tres hijos, un aborto	Mamá cáncer pulmonar y tíos paternos y maternos	Decentes modositas	Vehículo que debo cuidar y alimentar, física, espiritual y emocionalmente
013	A los 12 años	Se me retrasa, me dan dolores	Ninguno	No nadie	Bien portadas no hacer cosas indebidas, no fumar no andar con muchas personas, no andar en la calle	Algo que tienes que cuidar, delicado en su funcionamiento
014	A los 13 años	Desde mi primera relación sexual me el primer día no puedo comer	Ninguno	A mi mamá le diagnosticaron a tiempo cáncer de mama	Profesionista, libre y dedicada al hogar y recatada	Me deprime la forma con que percibo mi cuerpo, por la psoriasis
015	A los 13 años	A partir de los miomas, flujo excesivo	Tres embarazos	De mi familia no, mi esposo tiene cáncer de vejiga	Abnegada, obediente, estar en casa, pero mi mamá nos enseñó a salir adelante	Es la oportunidad de cambio y crecimiento

Cuadro 6. Información referente a la enfermedad de cáncer cervicouterino.

ficha	Concepción de la enfermedad	síntomas	Edad diagnóstica	Método de diagnóstico	Diagnóstico	Emociones cuando le diagnosticaron la enfermedad	tratamiento	Emociones predominantes durante la enfermedad	enfermedad a partir del diagnóstico
001	Fue irresponsabilidad, no tome	Hemorragias, cansancio, irritable, orinar	36 años	Tacto, biopsias	Mioma de un kilo y medio. Cáncer cervico	Desolación, devastación, tristeza,	Antibióticos, desinflamantes, histerectomía	Miedo a que mis hijos me perdieran	Mioma de grande virus de papiloma

	conciencia de mi vida y mi salud	mucho			uterino grado III, fibromas en un ovario	amargura			humano
002	Por descuido, no como castigo, sino algo que vas a superar	Sudoración. Malestar, sueño, migrañas, se dormían pies, piernas manos, faltaba el aire, ciclos menstruales muy irregulares	35 años	Papanicolao	Cáncer en tercera etapa, en cuello, matriz y ovarios	Angustia impotencia, miedo, fuerza para luchar	Me quitaron la matriz y un ovario un seguimiento de cinco años	Angustia y miedo	diabetes
003	No tome la responsabilidad de mi cuerpo, me dio por contagio, por herencia, malos hábitos	Cada mes sangraba más, dolores intensos	36 años	Auscultación biopsia	Virus Del Papiloma Humano y cáncer cérvico uterino etapa II	Mucho miedo,	Tratamiento hormonal, ketorolaco, histerectomía radical, Quimioterapia, para las náuseas, chequeo cada seis meses	estrés, muy explosiva, me enojaba por todo	Papiloma, anemia
004	A mi marido, por no defenderme, por no cuidarme	Sangraba como diez días, hasta que un día me desmaye	45 años	médico	Virus del papiloma humano, cáncer en III	Me daba coraje	Inyección para la regla, vitamina, hierro, cirugía, quimios y radio	Tristeza. Miedo, mortificación, coraje	anemia
005	Por no llevar una vida como se debe, me tocó	Dolores fuertes, o sangraba mucho o no sangraba nada	56 años	En salubridad me mandaron estudios	Tumores, cáncer	miedo	Neurológico, me quitaron la matriz y los ovarios, pastillas para el dolor y la infección	Me desmaye, me iba a morir, enojo, hartazgo, miedo, tristeza	Problemas renales
006	Al descuido, todos estamos expuestos a todas las enfermedades	dolores	31 años	Colposcopia, biopsia	Carcinoma, creo que fase I	Me asuste mucho	Criocirugía, me prohibieron tener relaciones sexuales	Enojo, mucha tristeza, mucha angustia	Virus de papiloma.
007	A que no preste atención	Irregularidad en la regla, coágulos	54 o 55 años	Colposcopia, biopsia	Carcinoma en situ (III)	Enojo, llanto	Histerectomía, radioterapia	miedo	Infección, no cicatrizaba
008	Herencia y malos hábitos	Sangrados interminables y mal olor en	46 años	Colposcopia biopsia	Cáncer cervico uterino con expansión a un	Perdí la conciencia, llorar como	Escogí la más radical, histerectomía,	Depresión, miedo, pánico, desesperanza	miomas

		ocasiones			ovario	magdalena	quimioterapia 1 al mes por 6 meses, revisión cada mes		
009	A nada	Dolores en la barriga, calores, dolores de cabeza, sangrados raros	50 años	Estudios, tacto, colposcopia, ultrasonido, biopsia	cáncer	nervios	Quitaron al matriz y me dieron quimios 12	Me mortifique mucho	No, climaterio
010	Descuido ganar de no seguir adelante, de morir	Muchas, mucho sangrado con coágulos	27 años	Papanicolao, biopsia	Ulceración cuello de útero, células anormales en el cuello de la matriz	Me derrumbe	Cambio de alimentación y medicamento homeopático	Miedo, ahora valoro más las cosas	Quistes, miomas
011	No sé	Cólicos, sangrado	38 años	papanicolao	Virus de papiloma humano	ansiedad	Medicamento y cirugía con láser frío	preocupación	Infecciones vaginales
012	A mi bajo sistema inmune, porque fui anoréxica	Muchas infecciones vaginales	49 años	papanicolao	Virus del papiloma humano	Miedo y los síntomas	Imanes, abstinencia, herbolaria y acupuntura	confusión	Infecciones vaginales
013	Por no tener cuidado, mala relación no usar condón	No era normal lo que sentía, nunca antes había ido al ginecólogo	26 años	Colposcopia, papanicolao, biopsia	Virus de papiloma humano y cáncer inicial	que por que yo	Criocirugía y medicamentos	tranquilidad	Ardor, sangrado
014	Mi sistema inmunológico no es fuerte, mi emociones no las canalizo no haberme protegido	Molestias no fui por un presentimiento, las menstruaciones eran diferentes	20 años	papanicolao	VPH, ulceración en el cuello del útero	Mucha tristeza, enojo porque era mi primera pareja	Operación láser	He estado deprimida	
015	Somos responsables de nuestro padecimiento	menstruación más frecuente, abundante y molesto inflamación y dolor de senos	42 años	Ultrasonido, papanicolao	Virus del papiloma, miomas quistes	Odio y apego	Tratamiento de acupuntura y herbolaria	Tranquilidad y amor	Miomas y quistes