



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

**EL CÁNCER GÁSTRICO EN EL CONTEXTO  
SOCIOCULTURAL Y ECONÓMICO DE LOS PACIENTES  
CAMPELINOS ATENDIDOS EN EL INSTITUTO  
NACIONAL DE CANCEROLOGÍA**

**T E S I S**

**QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

**P R E S E N T A N :**

**ISIS VIRIDIANA PEÑA PÉREZ**

**SAMUEL SÁNCHEZ CÉSPEDES**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**Maestra Alejandra Monroy López**

**Ciudad Universitaria, México, marzo de 2014**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

*A mamá Tere, por su ejemplo, a mis hermanos.*

*A mi familia que me apoya siempre.*

## AGRADECIMIENTOS

El trabajar en equipo es una de las grandes virtudes que se tienen en la labor profesional del Trabajador Social, en donde las experiencias y enseñanzas hacen que el trabajo sea enriquecido no solo por los autores, sino por la gente que colaboro de manera directa e indirecta en este proceso.

Por eso, agradecemos a nuestros pacientes y sus familias por el tiempo y la confianza depositada para esta investigación.

A nuestra maestra Alejandra Monroy, por su conocimiento y su amistad lo largo de esta tesis, así como todo el equipo del Instituto Nacional de Cancerología, quienes nos apoyaron en este proceso.

Licenciado Manuel Sosa, por brindarnos un lugar donde poder desarrollar nuestras entrevistas.

Marco y Rosario Ugarte, por todo lo bueno que nos enseñaron en el poco tiempo que estuvimos juntos.

A nuestra Escuela Nacional de Trabajo Social, por darnos las herramientas teórico-metodológicas que nos formaron como los profesionales que hoy somos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, nuestra casa, que nos dio grandes experiencias.

*“Por mi raza hablara el espíritu”*

### **Isis Viridiana agradece:**

Gracias mami, por ser la dueña de mis auroras, por estar junto a mí, tu comprensión y tu amor son mi fuerza. Tú que me has dado más de lo que yo puedo regresarte, solo te puedo ofrecer lo que soy. Te amo hermosa.

La fuerza que hay en ti se ve reflejada en mis hermanos, Javier Osiris que es mi imagen del ser responsable, Corina quien me enseñó el valor de las diferencias y Víctor Ramsés que es mi amigo y cómplice. En ellos también está el alma de mi Padre, a quien también le pertenece una parte de este trabajo.

Abuela María, quien desde el inicio de la carrera me apoyo con su sabiduría y su paciencia. Papá Demetrio, el bisabuelo más tierno y maravilloso.

Amigos que la vida me ha dado, María Corro, Jorge Ángeles, Rafa Hernández Vaca, Vero Flores, Ricardo Luna, ejemplos de grandeza y de humildad, Rebe Pérez, Ceci Zaldívar, que las distancias no son impedimento para seguir compartiendo los

sueños; Carmen y Rosa, mis hermanitas, en las buenas, en las malas y en las peores.

Quienes me han acompañado este tiempo, tío Juan, Leo Conrado, Viri López, mis sobrinos Tonatiuh y Angélica.

Samuel, colega y camarada gracias totales. Los retos y las satisfacciones que tuvimos con este trabajo, aun hay temas que abordar y canciones que cantar.

A mi Escuela Nacional de Trabajo Social y a la UNAM, una manera de retribuirles todo lo que he aprendido es con esta Tesis.

Gracias a Dios.

### **Samuel agradece:**

A mis padres, Ezequiel y Julia, por su apoyo y confianza a lo largo de toda mi vida, por enseñarme que el trabajo, esfuerzo y sacrificio son las únicas herramientas que me permitirán salir adelante siempre, sin sus enseñanzas y ejemplo no estaría aquí hoy.

A mis hermanos, Santiago, Remedios y Miguel, quienes siempre han estado aquí para apoyarme cuando más lo necesito, demostrándome una y otra vez que no importa lo diferentes que seamos o distantes que estemos, la sangre nos llama a cuidarnos y procurarnos.

A mis primos, cuñados, tíos, amigas, amigos, quienes a lo largo de mi carrera han estado ahí para apoyarme y soportarme aun en las situaciones más complicadas, muchas gracias.

A mis maestros de formación, quienes me brindaron su conocimiento y amistad sin pedir nada a cambio, generando en mi un enorme compromiso y gusto por la carrera de la cual hoy me título como licenciado.

A Isis Viridiana, mi compañera de tesis, porque sin tu entusiasmo, paciencia e ideas, este trabajo no existiría hoy, gracias por animarme, apoyarme y acompañarme en esta gran aventura llamada Tesis.

A mi universidad, la UNAM, a la vida y a Dios por brindarme la oportunidad de terminar una carrera y poder seguir adelante, mostrándome en cada reto superado, la satisfacción de sentirme pleno y con ánimos para buscar una nueva meta.

**POR MI RAZA, HABLARA EL ESPÍRITU**

# ÍNDICE

	PAGINA
Introducción	7
Antecedentes	12
Justificación	25
<b>Capítulo I</b>	
<b>Lineamientos metodológicos</b>	27
1.1 Planteamiento del problema	27
1.2 Objetivos	27
1.3 Axiomas	27
1.4 Metodología	28
<b>Capítulo II</b>	
<b>Marco teórico- conceptual</b>	32
2.1 Cáncer	32
2.2 Tratamiento	33
2.3 Cáncer Gástrico	34
2.4 Cultura y entorno social	35
2.5 Economía y cultura	36
2.6 Actividad agrícola – Campesinos	37
2.7 Antropología simbólica	37
2.8 Antropología de la salud	38
<b>Capítulo III</b>	
<b>Trayectoria del paciente campesino con cáncer gástrico</b>	41
3.1 Primeros síntomas y tratamientos previos al diagnóstico	41
3.2 Primera instancia de salud a la cual acude el paciente campesino	46
<b>Capítulo IV</b>	
<b>La enfermedad y su influencia en el entorno del paciente campesino</b>	50
4.1 Re-significación de las relaciones sociales a partir de la enfermedad	50
4.2 Influencia del estilo de vida para el paciente campesino	55

4.2.1 Hábitos y tradiciones en la alimentación.	55
4.2.2 La fe durante el proceso de la atención y el tratamiento.	59
4.3 La economía del paciente, antes y durante la enfermedad.	61
<b>Capítulo V</b>	
<b>Percepción del paciente con respecto al cáncer gástrico</b>	66
Discusión	72
Conclusiones	74
Recomendaciones y aportaciones	78
Bibliografía	80
Anexos	81
1. Ficha de identificación de los pacientes	81
2. Observaciones Metodológicas	85
3. Guía de entrevista.	86
4. Carta de consentimiento informado	89

## Introducción

“La salud pública no es primordialmente un problema de bacterias, sino un problema de ética.”

Ernest Krestschmer.

En la gran mayoría de las comunidades campesinas de nuestro país, las condiciones de alimentación, vivienda, acceso a los servicios de salud y estrato social están ligadas a diversas carencias, las cuales generan con frecuencia un gran número de enfermedades que en muchas ocasiones deriva en complicaciones que pueden llevar a las personas a estados de salud delicados o a veces mortales, tal es el caso del cáncer gástrico.

Estas condiciones sociales en las que se encuentran los campesinos influyen de manera directa en la detección de esta enfermedad, que generalmente se encuentra en estadios avanzados, lo que deriva en un difícil tratamiento cuando ingresan a un servicio de salud; ya que la atención médica se ve estrechamente relacionada con la capacidad del sujeto para atenderse desde los primeros síntomas, porque al no contar con los recursos materiales o financieros necesarios, hacen caso omiso a estos malestares y no es hasta que las molestias y dolores les impiden continuar su vida cotidiana cuando buscan una atención.

Estas características, se observaron y detectaron en los pacientes campesinos que son atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) hacen presente la necesidad de abordar todos los aspectos que influyen en la detección y atención de la enfermedad en este grupo específico.

El estudio sobre el entorno social, cultural y económico de los pacientes campesinos con cáncer gástrico se realizó en las instalaciones del INCan, institución de asistencia pública perteneciente a la Secretaría de Salud, cuya especialidad es el tratamiento de distintos tipos de cáncer. Forma parte de un sistema integral de 12 hospitales de alta especialidad que dan servicios de salud pública a la población mexicana y fue inaugurado el 25 de noviembre de 1946 por el presidente Manuel

Ávila Camacho. Al ser el único Instituto especializado en cáncer a nivel nacional, el INCan recibe pacientes provenientes de todas partes de la República. Entre esta diversidad de pacientes se encuentran los campesinos, quienes al recibir el diagnóstico, quedan marginados de sus actividades cotidianas, misma situación que se ve reflejada al momento de iniciar su tratamiento, durante el cual ellos no cuentan con los recursos necesarios para el traslado y los medicamentos que su enfermedad les demanda. De la misma manera, las familias de los pacientes campesinos con cáncer gástrico, se convierten en el principal apoyo para sobrellevar su proceso de enfermedad dentro del Instituto y en su entorno, en el cual se aprecia que por la falta de conocimiento de la enfermedad son segregados por los círculos sociales fuera de la familia.

Ante estas primicias, el estudio pretende analizar la percepción y el concepto que los pacientes tienen sobre la enfermedad, partiendo de los factores sociales y culturales como son las creencias y costumbres en la atención y tratamiento, así como la manera en que se desempeñan los pacientes en su entorno familiar y social; además de cómo estos se vinculan con el factor económico. Analizándolo desde el enfoque de la Antropología aplicada en la atención de los problemas de salud, el estudio es de tipo etnográfico, ya que el propósito es la descripción y la interpretación profunda de un grupo, en este caso los campesinos con diagnóstico de cáncer gástrico que están siendo atendidos dentro del Instituto. Así mismo, se examinara los significados que les den a ese comportamiento realizado bajo circunstancias comunes o especiales, con la finalidad de conocer el entorno social en el que se desarrolla su enfermedad y así aportar alternativas de solución para las problemáticas sociales que resulten en este estudio.

En el proceso de la revisión documental, se recolectaron y observaron estudios sociales, culturales y biomédicos con perspectiva social, que mostraban similitud en lo referente al cáncer gástrico, el cual está asociado, en su mayoría, con un nivel socioeconómico bajo y la detección en etapas avanzadas.

Frente a esto, se detecta una necesidad latente de tener en cuenta que junto con la enfermedad, el paciente vive un cambio total en lo referente a su entorno sociocultural y económico, lo que influye directamente en el proceso de su tratamiento, por lo que es necesario tener estos aspectos en cuenta. En los cuales se deben considerar a los familiares y personas cercanas al paciente, así como mantener absoluto respeto a sus creencias en lo referente a la enfermedad y en los tratamientos alternativos que siguen, siempre y cuando estos no interfieran con su atención dentro del Instituto, ya que esto puede ayudar para generar un ambiente de confianza entre el paciente y el equipo multidisciplinario que le brinda atención y tratamiento.

Los resultados de esta tesis dan a conocer la manera en la que el problema de salud se involucra en la vida diaria del paciente, lo que permitirá generar un mayor conocimiento sobre el proceso de enfermedad, cómo es vivido y afrontado por estos, con el fin de generar una atención más integral para los pacientes.

La investigación del cáncer gástrico en el contexto sociocultural y económico de los pacientes campesinos atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología, tiene el propósito de contribuir directamente con los pacientes del servicio de Gastroenterología pues a partir de ella se podrá conocer un panorama general de las diferentes características que tiene la población abordada en el estudio, lo que permitirá que el servicio brindado dentro del mismo sea complementario, atendiendo de mejor manera, no solo el estado de salud físico del paciente, sino también tomando en cuenta las diferentes situaciones y problemáticas que la enfermedad genera tanto en ellos como en los familiares, lo que sin duda se verá reflejado en un mejor tratamiento y proceso de atención dentro del Instituto.

Además de que se pretende, de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, que se tomen en cuenta las diferentes maneras en que se lleva a cabo la atención y el tratamiento, rescatando la experiencia del paciente y sus familiares, en muchas ocasiones no necesitan solo atención médica, sino también un apoyo multidisciplinario que le permita atender los conflictos generados por la enfermedad y los tratamientos, así como los motivos por los cuales en ocasiones los tratamientos

pueden ser interrumpidos, retrasados, o modificados en algún aspecto por el paciente, por lo que se busca generar de igual manera estrategias de intervención para los diferentes tratamientos.

Con lo antes planteado, el presente trabajo se estructura en cinco capítulos en donde se expone el análisis de las entrevistas a los pacientes, sumando además un capítulo de conclusiones, uno apartado de recomendaciones y aportaciones para terminar con los anexos.

El primer capítulo establece los lineamientos metodológicos que lleva la presente investigación, el planteamiento de problema, los objetivos y los axiomas, así como las características de nuestro universo de estudio.

En el capítulo dos se aborda el marco teórico que dan sustento a la investigación, explicando brevemente algunas teorías y términos que son necesarios para poder entender el trabajo realizado.

Durante el tercer capítulo, se abordaran las primeras señales de la enfermedad en el paciente, teniendo así un punto de partida de lo que es el padecimiento a partir de que se hicieron presentes los primeros síntomas del cáncer.

El capítulo cuatro se concentra en el entorno del paciente, como es que desde un punto social, cultural y económico se ve afectado el padecimiento y el tratamiento que vive el campesino con cáncer gástrico, y como es que en cada uno de los aspectos, se puede llegar a tener un factor determinante para la trayectoria del paciente dentro del Instituto.

Durante el capítulo cinco se analizara la percepción que tiene el paciente campesino con respecto a su enfermedad y su sentir con respecto al cáncer y el sentir de su familia, como es que sus percepciones han sido modificadas con el proceso de su padecimiento o bien cómo es que se han mantenido.

Como últimos puntos, se menciona un apartado de discusiones, otro de conclusiones y uno más de recomendaciones y aportaciones, en los cuales se hace un análisis y completo de la investigación y se rescatan los puntos más

importantes a partir de los cuales se pretende generar una serie de aproximaciones finales a partir de las cuales se pueden generar nuevas investigaciones.

Una vez terminados estos apartados se presenta la bibliografía de la investigación, seguida de la sección de anexos, donde se presentaran las fichas de los pacientes, de esta manera se podrá tener acceso a la información de los pacientes que formaron el universo de estudio, su lugar de origen y su estructura familiar, siendo modificados solo los nombres para mantener su derecho a la confidencialidad.

Dentro de los mismos anexos se encuentran las observaciones metodológicas, que se trata de un apartado donde se hacen presentes algunas observaciones y análisis que se consideran relevantes para la investigación. De igual manera se adjuntan en este apartado la carta de consentimiento que se presentó a los pacientes así como la guía de la entrevista con profundidad que sirvió para indagar en la vida de cada uno de los pacientes que brindaron sus experiencias para esta investigación.

## ANTECEDENTES

En la sociedad, las condiciones de alimentación, vivienda y estrato social están relacionados a diversos factores de riesgo que pueden generar carcinomas diferentes tipos como lo es el gástrico. Cabe señalar que son la combinación de estos factores más los biológicos, como la herencia o la adquisición de alguna bacteria no detectada ni tratada a tiempo, los que con el paso del tiempo pueden generar lesiones que de no ser atendidas en las primeras etapas mutarían en diversas enfermedades hasta llegar al cáncer gástrico.

De las primeras investigaciones que se realizaron con relación al tema fue la llevada a cabo en México, dentro del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, por J.J. Villalobos, publicada en *Estómago, Esófago Y Duodeno (1973)* donde señala la incidencia del cáncer gástrico en los primeros 20 años de vida de la Institución. Se revisaron 55, 000 expedientes de pacientes con diagnóstico de neoplasias malignas del aparato digestivo, cuya localización y proporciones fueron las siguientes: la mayor incidencia se encontró con el cáncer de estómago (35.5%) seguida del cáncer de colon (21.7%), está el cáncer de vesícula y vías biliares (14.5%), el de páncreas (10.4%), esófago (6.2%), hígado (6.2%) y duodeno (3.3%). Se seleccionaron 349 casos de cáncer gástrico histológicamente comprobados, y se agregaron 44 casos más en los que fue evidente el diagnóstico radiológico.

De los expedientes estudiados, se valoraron para este tema, los siguientes parámetros: sexo, edad, antecedentes personales neoplásicos, antecedentes personales ulcerosos, antecedentes familiares neoplásicos, acidez gástrica y grupos sanguíneos. Se clasificó el tabaquismo y el alcoholismo desde grado negativo hasta llegar al grado máximo del alcoholismo, caracterizado por ingestión de cantidades abundantes y frecuentes libaciones. En cuanto al tabaquismo, desde el negativo al grado máximo por el consumo de dos o más cajetillas diarias de cigarrillos. Los grados intermedios fueron un tanto arbitrarios, ya que se trata de un estudio retrospectivo.

Con el fin de valorar de manera adecuada los parámetros descritos se estudió un grupo testigo de 500 familiares de enfermos internados en el Instituto, a continuación se describen los resultados de este estudio.

El cáncer gástrico para el sexo femenino fue de 38% mientras que en el sexo masculino fue de 62%, en cuanto a la edad, el promedio de detección fue 56 años. No se encontró relación entre el tabaquismo y este carcinoma; en cambio, en cuanto al alcoholismo se encontró que este era más frecuente con los pacientes de carcinoma gástrico, ya que el 18% de estos, presentaban antecedentes de alcoholismo, comparado con un 3% del grupo testigo. La alimentación, de acuerdo con este estudio fue un factor importante puesto que la alimentación deficiente se observó en el 30% de los pacientes con carcinoma gástrico, en comparación con el 8% del grupo testigo. Este dato es concordante con lo observado en otros procesos llevados a cabo en Inglaterra, especialmente en la región de Gales, donde se encontró una proporción un poco mayor de carcinoma gástrico en grupos económicamente débiles y por lo tanto mal alimentados. Conviene mencionar que no hubo relación directa entre carcinoma gástrico y la ingestión de alimentos irritantes, tales como el chile, las tortillas y los diferentes tipos de grasas.

Los antecedentes familiares de carcinoma fueron un poco mayores en los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico (9%), de los cuales la mitad (4.9%), fueron del aparato digestivo, con predominio del cáncer gástrico (3%). Estudiando el grupo testigo, el 6.5% tenían antecedentes familiares cancerosos correspondiendo 2.25% al aparato digestivo y, de estos, 0.75% fue de estómago. Referente a los tipos sanguíneos, de los cuatro tipos de sangre encontrados y la mayor incidencia recae en el tipo sanguíneo "O" con una frecuencia de 52%.

Por los datos presentados, el estudio menciona, que si bien es cierto que no se puede determinar definitivamente la evolución de cáncer gástrico, este tipo de investigaciones son relevantes para tener una mejor atención en lo referente al cáncer gástrico. Con esto, se puede determinar que el sexo, la edad, el alcoholismo, la alimentación deficiente, la acidez, el tipo sanguíneo y el antecedente familiar de la

misma neoplasia, son factores que parecen tener relación con el desarrollo del cáncer gástrico en nuestro país.

Con base a estos resultados, en 1976 se llevó a cabo en la Academia Nacional de Medicina un simposio sobre cáncer del aparato digestivo con el fin de conocer su frecuencia en el Distrito Federal (D.F.) con este motivo se invitó a cinco instituciones hospitalarias del Distrito Federal para valorar dicha frecuencia en los cinco años previos, participaron el Hospital General de la Ciudad de México, el Hospital General del IMSS, El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, el Hospital Español y el Centro Médico Nacional Siglo XX del ISSSTE, donde se aplicó en todos los hospitales un cuestionario a una muestra previamente seleccionada, donde se tomó en cuenta el tipo de tumor, la dieta, el tipo de sangre, la etnia, la edad y el sexo, estos resultados se dieron a conocer en *El Primer Informe del Grupo de Estudio del Cáncer del Aparato Digestivo (1979)* donde se estudiaron 417 casos de los cuales se pudieron valorar 396 casos en el periodo del 1 de Julio de 1977 al 1 de julio de 1978, y se observó que en los cinco hospitales, el cáncer de estómago era el de más prevalencia con un 37.7% de los casos. Hasta ese momento no se hacía énfasis en la zona del país de donde provenían los pacientes ya que de momento no se consideraba esto como un dato relevante para el estudio, sin embargo, de acuerdo a la evolución de los pacientes, en las valoraciones subsecuentes se volverían a tomar estos datos.

Se pudo observar que el sexo masculino predomina en los carcinomas del aparato digestivo, en casi todas sus variantes (excepto en el de vesícula y vías biliares) presentándose, en el caso del cáncer de estómago, un total de 101 pacientes hombres y 54 pacientes mujeres. La edad promedio de los enfermos por cáncer de estómago fue de entre 60 y 70 años con el 70% de los casos. En cuanto a la alimentación, de acuerdo a los estudios, fue mala para los pacientes con cáncer de estómago y esófago considerando una buena alimentación a aquella que contenía más de 40 g de proteína animal, y mala a aquella que incluye una cantidad mínima o nula de proteínas de origen animal.

De acuerdo a los resultados de este primer informe, existe una relación entre la mayor frecuencia de cáncer gástrico y la alimentación deficiente, predominantemente en proteínas y en vitamina C, aunque indudablemente intervienen otros factores desencadenantes del proceso. A pesar de esto, los resultados obtenidos en este primer estudio no son significativos por ser el primer año, por lo que para los seguimientos subsecuentes se esperaba tener un mayor número de casos, específicamente en lo que refiere a la alimentación.

En este primer informe sobresalen los datos y resultados que manejan al ser de los primeros estudios llevados a cabo y que toman en cuenta la alimentación y el lugar de origen. Se observa una tendencia de la mala o nula alimentación en lo referente al cáncer de estómago como un factor a considerar para el desarrollo de esta enfermedad.

Se encuentra, de igual manera, el estudio realizado por Carrillo López Lizbeth, titulado *Epidemiología del cáncer de estómago (1995)* en donde se observó la morbimortalidad por cáncer de estómago que tiene una tendencia decreciente en la mayoría de los países del mundo. Para el año en el cual se publicó el artículo, en México el cáncer gástrico era la segunda causa de mortalidad por tumores malignos. Algunas posibles explicaciones de esta situación son, de acuerdo a la autora, un mejor diagnóstico y registro de nuevos casos, la presencia de factores de riesgo potenciales, principalmente de tipo dietético, que en la población mexicana no han sido modificados, entre otros el consumo de chile, así como el desconocimiento de la magnitud de otros determinantes, como la infección por *Helicobacter Pylori*. En cuanto a la incidencia y mortalidad del cáncer de estómago en diferentes países, y considerando la importancia que por su magnitud representa esta neoplasia en México, se realizó un estudio epidemiológico con 220 casos incidentes de cáncer gástrico y 751 residentes sanos en el Área Metropolitana de la Ciudad de México, durante el periodo comprendido entre el 17 de septiembre de 1989 y el 30 de junio de 1990, para tal efecto, se contó con la participación de 15 unidades hospitalarias y el apoyo para la selección aleatoria de viviendas de dicha zona.

Los hallazgos del estudio se observan de manera similar a los resultados internacionales, donde se encontró que el consumo de vegetales y alimentos ricos en fibra, disminuyen la probabilidad de padecer esta neoplasia. Al mismo tiempo se detectó que el consumo de carnes procesadas, aumenta la incidencia de dicho tumor. Así mismo este estudio sugiere que en México, el consumo de alcohol es también un factor de riesgo del cáncer de estómago. El resultado más impactante de esta investigación fue la fuerte asociación que se detectó entre el consumo de chile y la incidencia de cáncer de estómago en México. Ya que se encontró que los pacientes que sufren de esta enfermedad, consumen habitualmente mayores cantidades de chile, que aquellos que no lo consumen, y se estimó que la incidencia entre los primeros es cinco veces mayor que la correspondiente a los sujetos que informaron no consumir este alimento. Carrillo, sostiene que, de acuerdo con el estudio realizado y los resultados obtenidos, el chile es uno de los factores de riesgo importante para el desarrollo del cáncer gástrico en la población mexicana. De igual manera señala que dentro de la alimentación y la dieta de las personas, el consumo en exceso del alcohol puede aumentar el riesgo de desarrollar esta enfermedad.

Por otra parte, un estudio realizado en Colombia por Chaux y coautores titulado *Cáncer gástrico, estadificación laparoscópica (1997)* donde se hizo una retrospectiva a cinco años (enero de 1991 a diciembre de 1995), que incluyen 529 casos nuevos de cáncer gástrico, de los cuales incluyeron en el estudio 391 de ellos (73.9%) con una prevalencia de 8.4 X 1000 pacientes mayores de 16 años egresados del Hospital Universitario San José en el año de 1996. El 80% son originarios del Cauca (región de Colombia), el tiempo de evolución de los síntomas en la mayoría de los pacientes (71%) fue de cero a seis meses, la relación hombre: mujer es de 2.5 a 1. Del grupo de edad más afectado (de 61 a 70 años) es similar tanto para hombres como para mujeres; el síntoma más frecuentemente referido fue el malestar epigástrico en el 96%, pérdida de peso en el 88.7%; anorexia con un 82.2%, vómito 68.7% y sangrado digestivo con un 47%.

En cuanto al estado nutricional, solamente el 12.3% de los pacientes eran eutróficos; al momento del diagnóstico tenían desnutrición leve 24%, moderada el 35% y severa

el 16%. La patología gástrica asociada más frecuente fue la gastritis crónica activa, más metaplasia intestinal, el 25% seguida por ulcera péptica en 9% y presencia de *H. pylori* el 7%. Este estudio retrospectivo sirvió como antecedente para que se llevara a cabo una nueva etapa de estudio que se llevaría a cabo con una población que presenta las mismas características de la primera etapa.

Por otra parte en México, en el año 2003 el doctor Villalobos prosiguió con la investigación que inicio en cinco hospitales en el año de 1978, en el cual se realizaron análisis de casos diagnosticados con estudio histopatológico en el periodo de 1978 al año 2003 y se comparó la frecuencia cada tres años además que se hizo un estudio comparativo alimenticio al inicio del estudio y otro en el año 2000, el resultado es *el Estudio de 25 años de cáncer del aparato digestivo en cuatro instituciones del D.F. (2003)*.

Se estudiaron 8,879 casos de cáncer en el aparato digestivo y se valoraron los resultados obtenidos en los cuatro hospitales en los cuales se llevó a cabo el estudio. De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, se puede apreciar que el carcinoma gástrico ha ido disminuyendo durante los últimos 25 años. Por otra parte en lo que respecta a la alimentación de acuerdo con las encuestas llevadas a cabo tanto en el año de 1978 como en el año 2000 se pudo apreciar una desproporción acentuada respecto al consumo de calorías que fue bajo en todos los hospitales, lo mismo se puede apreciar en el consumo de ingesta de proteínas de origen animal y como el aporte de lípidos aumentó posteriormente en la dieta de los entrevistados. De igual manera se encuentra una alta tasa de relación en lo referente al *H. pylori* y la presencia del cáncer gástrico con grupos vulnerables como niños y población que vive en zonas rurales y de alto riesgo, como lo son estratos sociales bajos. Además, se encontraron cinco grupos indígenas donde predomina el tipo sanguíneo "O" los cuales demostraron ser más vulnerables al desarrollo del cáncer gástrico, los cuales son los Yaquis, Náhuatl, Tarahumaras, Mixtecos y los Tarascos.

Aparte de observar la frecuencia del cáncer gástrico, el estudio hace referencia a otros tipos de cáncer del sistema digestivo así como su incidencia a lo largo de estos 25 años de estudio, señalando como una posible causa de aumento en el carcinoma

colorectal, a la dieta que se consumía al inicio del estudio y sus variaciones durante el estudio, ya que de acuerdo a los autores, la dieta del mexicano se ha ido occidentalizando, a través del aumento en el consumo de alimentos refrigerados, ahumados y las grasas malignas que contienen los alimentos previamente preparados, los cuales han aumentado en el consumo de manera considerable. Este estudio refleja la importancia que tiene el problema del cáncer gástrico en el país, así como la manera en que algunos grupos indígenas son más susceptibles a esta enfermedad, tomando en cuenta que este tipo de grupos se encuentran en condiciones sociales muy desfavorables, y que en su mayoría, tienen una actividad agrícola predominante, lo que le da más interés para nuestros fines, de igual manera nuevamente se menciona a la dieta, ya sea incompleta o desordenada, como un factor de riesgo para contraer la enfermedad del cáncer gástrico.

Otro estudio fue llevado a cabo en Ecuador, donde Tamayo y coautores realizaron *Incidencia de Cáncer Gástrico Tungurahua, primer quinquenio 1996-2000 (2002)* basándose en la mortalidad por cáncer gástrico que se había incrementado en la región andina central donde se encuentra esta provincia. Tungurahua está conformada por 9 cantones (municipios): Ambato, Baños, Cevallos, Mocha, Patate, Quero, Pelileo, Pillaro y Tisaleo; la capital provincial es Ambato. El Centro de estudios y asesorías de Salud (CEAS) determinó que ocho de los nueve cantones están catalogados como “atrasados” con población de baja concentración urbana y dispersa rural; presentan altas tasas en la provincia ligadas a la pobreza, marginalidad, acceso limitado a servicios de salud, desempleo, analfabetismo, precarias condiciones higiénicas y malos hábitos alimenticios.

Con base en esta información se realizó una búsqueda activa de casos en todos los cantones de la provincia donde se analizaron los casos de cáncer gástrico presentados entre 1996 y el año 2000 obtenidos en unidades de salud públicas, privadas y ONGs, se recaudaron los casos en los cuales se revisaron los documentos de respaldo de los mismos (historias clínicas, resultados histopatológicos, endoscópicos y de imágenes). Luego se depuraron eliminando duplicados y casos incidentes en otros años. Se captaron y registraron 500 casos

nuevos de los cuales eran 297 hombres y 243 mujeres: la edad promedio fue de 66.9 años (rango: 17-98 años); la incidencia mayor entre los 70-74 años. El 56% de los casos fueron diagnosticados en Ambato; el 35% (191 casos) se presenta en agricultores (Tasa de 60.7 X 100 000), el resto en jubilados y trabajadores de servicio. 82.2% tienen instrucción baja (analfabetas y educación primaria), lo que confirma que la enfermedad afecta a personas de estrato socioeconómico bajo. Los diagnósticos se realizaron tardíamente en el 23.8% de los casos (Estadio III se presentó el 10.9% mientras que el estadio IV lo presentó el 12.9%). La relación hombre-mujer, es 2.2-2.1, durante el año de diagnóstico falleció el 50%. El 57.9% de los casos fue diagnosticado en instituciones privadas, mientras que en Quito, solo sucedió en el 40% de los casos, esto se debe a que en la capital del país (Quito) la mayoría de los diagnósticos son reportados por las instituciones de salud pública, mientras que en la región de Tungurahua, los diagnósticos de cáncer gástrico se dan en instituciones privadas pues en conjunto, los servicios de salud de la provincia tienen menor capacidad resolutive y están lejos de los centros de atención en tercer nivel ubicados en Quito.

Este estudio es de los más completos porque observa el aumento de cáncer gástrico en regiones rurales que están cercanas a la capital de Ecuador, se observa cómo es que la población dedicada al campo (agricultores) es de las más susceptibles a desarrollar este cáncer, aunando a esto el bajo nivel de escolaridad y la falta de servicios de salud se ven representados en una alta incidencia en cuando al diagnóstico tardío.

Se encontró otro estudio realizado en Venezuela, por Rodríguez Mariana y coautores, titulado *Factores epidemiológicos relacionados al cáncer gástrico en pacientes del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda de Barquisimeto durante el periodo 1998-2002 (2004)* con la finalidad de señalar los factores epidemiológicos relacionados al cáncer gástrico en la región de Barquisimeto. En Venezuela la mayor incidencia de cáncer gástrico se registra en la región de los Andes y los estados Lara, Anzoátegui y Nueva Esparta; en este estudio esta neoplasia se presentó con mayor frecuencia en la región centro occidental con un

91.8% por ser el hospital de referencia de dicha región. El estudio llevado a cabo fue de tipo longitudinal retrospectivo donde se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico clínico e histológico de cáncer gástrico, entre los años 1998-2002 para lo cual se seleccionaron 147 historias clínicas. En los resultados presentados, el cáncer gástrico se presentó con mayor frecuencia entre los 50 y 59 años (29.9%), con porcentaje parecido entre los 60 y 69 años (20.41%). Fue más frecuente en el sexo masculino con 97 casos (65.9%), mientras que en las mujeres fueron 50 (34.1%). Se presentó con mayor frecuencia en pacientes provenientes de la región centro-occidental (91.8%). La ocupación de los pacientes que predominó fue no especificada (31.98%), seguida por oficios del hogar (23.13%) y agricultores (14.97%). El 82.3% de los casos no tenía historia familiar con cáncer gástrico; solo el 17.7% si tenía y en ellos predominó el padre (46.2%). Dentro de los hábitos psicobiológicos, el 41.1% de los pacientes tenía hábito tabáquico y el 38.8% hábito alcohólico, mientras que el hábito caféinico 18.7% y el hábito chimoico (el chimo es un derivado del tabaco, que se lame y a largo plazo causa adicción) con un 11.7%.

Estos resultados señalan la incidencia de esta neoplasia en Barquisimeto que es la cuarta ciudad más importante de Venezuela; y se analizaron factores como la edad, los hábitos dañinos y la ocupación, en donde los resultados muestran que un porcentaje importante de la población diagnosticada con cáncer gástrico pertenece al grupo de los campesinos.

Castro Soto Gustavo, en su artículo *“El Lindano en Chiapas. El cáncer entre la población indígena”* (2004). En México el Lindano es utilizado en el control de plagas y para exterminar los piojos entre la población indígena por parte de la Secretaría de Salud, esto expone a las comunidades a diferentes tipos de cáncer, incluido el gástrico. Además explica las graves consecuencias que ocasiona el Lindano en estas comunidades a fin de erradicarlo por completo presionando a las autoridades en la aprobación de leyes que prohíban su utilización. El Lindano afecta al sistema nervioso central y provoca vómito y diarrea seguido de convulsiones si tan sólo nos exponemos a él unas cuantas horas. Se acumula en la grasa, en los riñones y el hígado causándoles severos daños, al igual que al sistema reproductor. Los niños

son más susceptibles a los efectos tóxicos del Lindano, sobre todo cuando es usado para eliminar los piojos del cabello en las comunidades rurales, como se hace también aplicando el insecticida “Baygon” de la empresa Bayer en la zona norte de Chiapas. En la zona Altos, el Lindano también es frecuentemente usado por los promotores de la Secretaría de Salud para la aplicación en niños hasta de cuatro meses de nacidos para combatir los piojos del cabello. La Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) señala que ha habido informes sobre inflamación del tracto digestivo, hemorragia, coma y muerte por el envenenamiento del Lindano. La IARC como la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (US EPA) ha clasificado al Lindano como un posible carcinógeno humano.

Atribuido a esto se menciona en el artículo que los más altos índices de cáncer y leucemia se dan en Veracruz, Michoacán, Coahuila, Nuevo León y Chiapas, y están asociados a la población cuya actividad es agrícola y ganadera. El oncólogo Raúl Cano Castellanos del Centro de Cancerología de Tapachula advierte sobre el uso y abuso de agroquímicos como principal factor para adquirir algún tipo de cáncer. Aunado a esto en los hospitales de Chiapas el personal atiende a los pacientes indígenas de forma degradante y luego de muchas horas de espera les exigen que paguen por el servicio aun sabiendo que son personas de muy bajos recursos.

A pesar de que se tiene certeza de las graves consecuencias del uso del Lindano en la población y conociendo que es un posible detonador de cáncer en México, el Lindano está autorizado por la Secretaria de Salud en el cuadro básico de medicamentos, en lociones, champús, jabones y tratamientos para la piel causado por los piojos y la sarna en niños y adultos (antes también para alacranes); para los baños de ganado bovino y porcino con el fin de eliminar las garrapatas y otros parásitos. También está autorizado como insecticida para el control de plagas y el recubrimiento de semillas para 6 cultivos: avena, cebada, frijol, maíz y sorgo (en Canadá está permitido legalmente para su aplicación en 17 cultivos y 19 en los Estados Unidos). El Catálogo Oficial de Plaguicidas de México indica como contraindicaciones que el Lindano no se debe aplicar de forma directa en el agua de los ríos, lagos o estanques; que no se debe usar en animales menores de tres

meses, aunque la Secretaría de Salud lo aplica en comunidades indígenas para niños y niñas de tres o cuatro meses de edad. Tampoco está supuestamente permitido su uso en granjas avícolas ni en felinos, ganado lechero, establos ni lugares de ordeña. Sin embargo, no hay ningún mecanismo para verificar el cumplimiento de estos criterios. En México se ha encontrado Lindano en lagunas costeras, suelo, tejido de peces y otros organismos acuáticos, leche de vaca y mantequilla. Pero no sólo los alimentos producidos en México con Lindano están contaminados, sino también los que se importan. El consumo más elevado de Lindano en la comida se produce en Europa por el consumo de cereales, carnes rojas y tomates.

Existen alternativas que podrían contribuir a la prevención del cáncer ocasionado por el uso de Lindano y otros pesticidas, una de las principales es la cancelación de todos los agroquímicos y el rescate de antiguas técnicas de siembra y control agroecológico como la fertilización biológica del suelo, el mejoramiento de semillas nativas, el uso de variedades criollas resistentes, y la rotación e intercambio de cultivos. Para reducir las poblaciones de garrapatas y otros parásitos en el ganado se pueden usar otras alternativas en el manejo de los pastizales, disminuir el uso extensivo del ganado y producir más variedad de alimentos animales y vegetales para consumo familiar y comunitario.

El artículo realizado por Madrazo Armando, titulado *Helicobacter Pylori y Cáncer (2009)*, efectuado en México, realizado con base a la estructura de la bacteria, pero es significativo para la investigación por lo siguiente: la compleja interacción entre las bacterias, la genética del huésped y los factores ambientales determinan si los individuos infectados con la *Helicobacter Pylori* (Hp) desarrollaran un carcinoma gástrico. En este artículo nos mencionan que se han identificado varios factores de riesgo, como: países en desarrollo, mala higiene, estrato socioeconómico bajo, afroamericanos, hispanos y el hacinamiento. Lo que se conoce con certeza que puede ocasionar es: gastritis crónica-activa, úlcera duodenal; úlcera gástrica; gastritis atrófica con o sin metaplasma intestinal; adenocarcinoma gástrico y linfoma gástrico.

La ingesta de la Hp lleva a la colonización y en el 70% de los casos, el individuo es asintomático; un porcentaje adquiere gastritis crónica superficial, que puede convertirse en gastritis atrófica con úlcera gástrica en el 5% o transformarse en un tumor cancerígeno intestinal y desarrollar cáncer gástrico en el 1%. Por otra parte la colonización puede ocasionar gastritis crónica activa y úlcera duodenal en el 15%. Es importante saber cómo la bacteria se adquiere y la población a la cual comúnmente ataca; y en los artículos e investigaciones anteriores se menciona como uno de los factores de riesgo para desarrollar el cáncer gástrico.

La revisión de estas investigaciones y artículos nos abre un panorama sobre la enfermedad en el continente, ya que es un problema de salud pública, pero no se han realizado acciones que apoyen a la prevención y detección oportuna del cáncer gástrico, lo observamos en las investigaciones realizadas en Latinoamérica donde se abordan resultados similares; el cáncer gástrico se da mayoritariamente en población de bajo nivel socioeconómico y educativo, que vive en zonas rurales y que no cuentan con el acceso oportuno a las instancias de salud ya que el diagnóstico de este cáncer se da en etapas avanzadas, además de que se hace relevante la manera en la cual es tratado el cáncer en cada una de estas regiones pues a pesar de que los diferentes gobiernos implementan diferentes campañas de salud, el problema es constante en las zonas rurales de estos países.

En cambio, en México, las investigaciones que se realizaron sólo se han llevado a cabo en el Distrito Federal, en donde se enfocaron en el tipo de dieta como un factor de riesgo, aunque cabe señalar que también, entre los resultados destacan como población vulnerable, los campesinos y grupos étnicos que provienen de otras regiones del país para atender su enfermedad. Esto nos demuestra la falta de servicios de salud en las regiones de donde provienen estos grupos así como la búsqueda de alternativas donde estos puedan recobrar su salud, lo que genera un avance significativo de la enfermedad ya que no son diagnosticados correctamente o son atendidos con medicina tradicional. Que a su vez trae consigo desgaste personal, familiar, social y económico pues se ven modificados los patrones comúnmente establecidos. Esto nos demuestra la trascendencia de la presente

investigación en los sectores vulnerables del país, y que en este caso son los campesinos con diagnóstico de cáncer gástrico, por lo que es de vital importancia indagar en su entorno sociocultural; sus creencias, sus roles familiares y comunitarios, además de cómo es su entorno económico al momento de ingresar, de ser diagnosticados y tratados dentro del Instituto Nacional de Cancerología.

## JUSTIFICACIÓN

El cáncer gástrico es una enfermedad crónico-degenerativa que afecta a un gran número de mexicanos, es la neoplasia más frecuente del aparato digestivo con tasas de mortalidad muy altas en algunos estados como Chiapas, Yucatán, Michoacán, Guerrero, Puebla, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas. (sinais/sinave/dge/salud, 2011:110).

De acuerdo con los registros del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), sobre neoplasias malignas en el 2008, se puede observar que este tipo de cáncer se detecta, principalmente en poblaciones vulnerables, aquellas que viven en condiciones de precariedad y que tienen difícil acceso a la alimentación, a la educación y por ende a la salud, tal es el caso de nuestro grupo de estudio, los pacientes campesinos.

Una parte importante de las comunidades campesinas se localizan en poblaciones rurales con difícil acceso a los servicios de salud, donde se vive una situación de pobreza extrema en el 25% de los hogares (Esquivel 2009) mismas que combinadas con aspectos biológicos propios del entorno (como lo es la bacteria *Helicobacter Pylori*), generan con frecuencia un gran número de enfermedades que son detectadas en etapas tardías o avanzadas, como el caso del cáncer gástrico, el cual afecta a un porcentaje importante de la población campesina del país.

Bajo este panorama, los pacientes campesinos con cáncer gástrico que llegan al Instituto Nacional de Cancerología (INCan) traen consigo además del diagnóstico, el agobio físico y emocional al quedar marginados de sus actividades cotidianas que llevaban a cabo como forma de vida y de sustento, misma situación que se ve reflejada al momento de iniciar su tratamiento.

Con esto, el paciente campesino con cáncer gástrico vive un cambio total en lo referente a su entorno social, cultural y económico, lo que influye directamente en el proceso de su atención y tratamiento, en donde se debe de ahondar en los aspectos antes mencionados para conocer las características de estos pacientes. Con estas circunstancias se crea el planteamiento del problema, que dice:

- ¿Cuáles son los factores sociales, culturales y económicos que influyen en los pacientes campesinos con diagnóstico de cáncer gástrico atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología?

Por tanto, se realizará una Investigación de carácter social y de enfoque cualitativo, en donde se pretende explorar e indagar una realidad, en este caso de un grupo de pacientes campesinos con diagnóstico de cáncer gástrico no paliativo con un rango de edades entre 50 y 70 años, tomando como referencia este rango de edad debido a que es ahí donde se encuentra la mayor concentración de pacientes con este diagnóstico dentro del INCan.

Los resultados de esta investigación serán utilizados para crear estrategias de intervención desde nuestra profesión apoyados en bases teóricas de la sociología y la antropología, para que a largo plazo dentro del Instituto Nacional de Cancerología, la atención y el tratamiento sean de carácter multidisciplinario, y que junto con el aspecto biológico, se tome en cuenta lo referente a los cambios sociales, económicos y culturales que la enfermedad genera en los pacientes y su entorno social.

De igual manera, a partir de los resultados obtenidos, se podrá generar conocimiento desde la perspectiva del Trabajo Social sobre una de las problemáticas que más afectan a un grupo vulnerable como lo es el de los pacientes campesinos, colaborando de esta manera en la construcción de conocimiento desde una perspectiva social a un problema de salud.

El poder conocer las cotidianidad de los pacientes, en este caso campesinos, nos acerca más a la realidad de cómo es que ellos pueden hacer frente a las diferentes circunstancias de salud que se les presentan día con día, lo que a mediano plazo nos dará la visión general de la vida de un paciente con carcinoma gástrico y los factores que intervienen en la atención y el tratamiento de esta población, derivando en una atención y tratamiento más complementarios para cada uno de ellos.

# CAPÍTULO I

## LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS

### **1.1 Planteamiento del problema**

El planteamiento del problema de la presente investigación es el siguiente: ¿Cuáles son los factores sociales, culturales y económicos que influyen en los pacientes campesinos con diagnóstico de cáncer gástrico atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología?

### **1.2 Objetivos**

#### **General**

Analizar el contexto sociocultural de los pacientes campesinos con diagnóstico de cáncer gástrico atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan), con respecto a su proceso de enfermedad.

#### **Objetivos específicos:**

Determinar de qué manera influyen los roles sociales, las creencias y las costumbres en la atención y el tratamiento de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico en el INCan.

Indagar qué factores económicos influyen en la atención y tratamiento de los pacientes campesinos diagnosticados con cáncer gástrico dentro del INCan.

### **1.3 Axiomas**

- El cáncer gástrico se detecta en etapas avanzadas en una gran parte de la población campesina atendida en el INCan, debido a que la enfermedad en la etapa temprana es asintomática, y cuando se presentan los síntomas, estos son asociados a la mala o poca alimentación y no buscan atención oportuna.

- Los campesinos no recurren a instancias de salud biomédica, debido a que culturalmente, la medicina tradicional cuenta con una mayor confianza entre la población, además de que el acudir a algún consultorio o centro de salud les significa pérdida de tiempo, trabajo y por lo tanto, una disminución significativa de ingresos.

#### **1.4 Metodología**

La presente investigación es de enfoque cualitativo, exploratorio y transversal, elaborada a partir de entrevistas hechas a pacientes campesinos con tratamiento oncológico atendidos en el INCan, donde se detallaran los momentos en que ellos comienzan su malestar, pasando por el diagnóstico, el ingreso al Instituto y como viven el su padecimiento.

Se usan técnicas de entrevista con profundidad, observación, análisis e interpretación para la obtención de los resultados acerca del entorno social, cultural y económico de los pacientes campesinos atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan). Se parte de los factores sociales y culturales, como lo son los aspectos familiares y las relaciones del paciente así como las creencias, las costumbres y las actividades económicas que llevan a cabo estos pacientes desde el enfoque de la Antropología aplicada en la atención de los problemas de salud.

Es de tipo etnográfico, Creswell (2005) considera que el propósito de la investigación etnográfica es describir y analizar lo que las personas de un sitio, estrato o contexto determinado hacen usualmente, así como los significados que le dan a este comportamiento realizado bajo circunstancias comunes o especiales. Se trabaja directamente con los pacientes, realizando observaciones de los relatos que ellos comentan durante las entrevistas, lo que se permitirá conocer las alteraciones que tienen en su entorno sociocultural y económico desde el momento en que son diagnosticados y durante todo su proceso de atención y tratamiento de la enfermedad.

Para la elección de la muestra se emplea una base de datos del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), para consultar expedientes electrónicos, esta es proporcionada por el Departamento de Trabajo Social del Instituto, con la cual se selecciona a los participantes en la investigación.

El tipo de muestra consta de seis pacientes de 50 a 70 años, es no probabilística de tipo cualitativo, específicamente de casos típicos, representativos y acordes al tema que aborda la presente investigación. Se utiliza en estudios de perspectiva fenomenológica donde el objetivo es analizar los valores, ritos y significados de un determinado social, como es el caso de la investigación que se presenta, donde la muestra tiene que ver con seleccionar sujetos-tipo o casos típicos.

El proceso de selección de los pacientes es el siguiente: Se seleccionan los pacientes-tipo, con la revisión del sistema INCanet así como la base de datos del Departamento de Trabajo Social, donde se identifica a aquellos pacientes que puedan participar en la investigación y que así mismo cumplan con los criterios de inclusión que se han establecido en el protocolo. En esta etapa, es donde se seleccionaron a los seis pacientes que tenían el perfil necesario para esta investigación. En un primer acercamiento se seleccionaron diez pacientes, de los cuales cuatro fueron referidos al servicio de cuidados paliativos, lo cual los excluyó de la investigación, sin embargo, debido a la naturaleza de la misma los seis pacientes que seguían dentro de los criterios de inclusión fueron suficientes para este trabajo.

En una segunda etapa, se contacta a los pacientes invitándolos a participar en la investigación a través de una entrevista en donde se pretende rescatar su vivencia y experiencia sobre su enfermedad y las modificaciones que ha sufrido su forma de vida. Posteriormente se llevará a cabo una entrevista con profundidad a aquellos pacientes que acepten participar en la investigación.

Por otra parte, el análisis de los resultados será de la siguiente manera: La valoración de los resultados se fundamenta en el método etnográfico, método utilizado en las ciencias sociales, que en términos generales es una función teórica

orientada a la construcción de conocimiento a través de las lecturas y de la interpretación de realidades directamente observadas. Es una construcción conceptual de patrones que expliquen el orden social a partir de la búsqueda de esos significados, en el caso particular de la investigación, se pretende ampliar el conocimiento referente a la influencia de los aspectos sociales, económicos y culturales en los pacientes campesinos con diagnóstico de cáncer gástrico en su atención y tratamiento en el INCan.

Para efectos de esta investigación se determinaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### Criterios de inclusión

- Pacientes con actividad agrícola de 50 a 70 años atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología con diagnóstico de cáncer gástrico no paliativo.
- Pacientes que después de ser informados de la investigación deciden participar firmando la carta de consentimiento informado.
- Pacientes que no tienen más de seis meses dentro del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), con la finalidad de establecer el mismo parámetro de tiempo de atención y tratamiento de todos los participantes en la investigación.

#### Criterios de exclusión

- Pacientes que se encuentren hospitalizados debido a su tratamiento.
- Pacientes con alguna dificultad para establecer la comunicación en la entrevista.
- Pacientes referidos al servicio de Cuidados Paliativos.

El universo de trabajo de esta investigación es una muestra no probabilística de casos típicos, y cuyo propósito es el recolectar las vivencias, concepciones y percepciones socioculturales que los pacientes tienen a partir de que comienzan a

vivir su proceso de enfermedad, por lo que seis pacientes es una muestra suficiente para la investigación.

Los nombres de los pacientes han sido modificados para mantener su derecho a la privacidad. De la misma manera en el apartado de anexos se encuentran los datos generales de cada uno de ellos.

En el proceso de investigación se utilizan como instrumentos: guía de entrevista, informes y diario de campo. La muestra de pacientes que se tiene proviene de diversos estados del país, como lo son Veracruz, Morelos, Estado de México, y el Distrito Federal, este último de la zona rural de la delegación Xochimilco. La recolección de su experiencia se hace a través de una entrevista con profundidad, la cual se les realiza en las instalaciones del Instituto y con el familiar que los acompañaba, que en la mayoría de los casos fue de su pareja.

Las entrevistas se realizaron en una sola sesión en la cual se abordaron cinco aspectos fundamentales que van desde su problema de salud, el entorno social, cultural y económico finalizando con su padecimiento. Los cuales se analizan y deliberan en los siguientes capítulos, comenzando con el apartado del marco teórico que sustenta este estudio.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL**

En este capítulo se recolectan los lineamientos teóricos que sirven de base para esta investigación haciendo referencia a los conceptos con los que se trabaja a lo largo de esta.

#### **2.1 Cáncer**

Este término se emplea para un grupo de enfermedades que tienen un denominador común: la transformación de la célula normal en otra que se comporta de forma muy peligrosa para el cuerpo humano.

En lo referente a las estadísticas, durante 1998 México ocupó el quinto lugar de tumores malignos a nivel mundial, en hombres el tercer lugar y en mujeres el quinto lugar. Según el Reporte Histopatológico Nacional de Neoplasias Malignas de ese año, se descubrieron 3,255 casos nuevos, de los cuales 56% en hombres y 44% en mujeres. La mortalidad en México alcanzó cinco por 100,000 habitantes.

Su origen multifactorial y su desarrollo dependen de la interacción de los genes del organismo con el medio ambiente. Aun cuando existen cánceres de tipo hereditario, en los que la genética del paciente es el principal determinante de su desarrollo, la mayor parte de las tumoraciones es de tipo esporádico, esto es, se origina a partir de cambios genéticos somáticos promovidos por la exposición a carcinógenos ambientales.

Las células cancerosas tienen un aspecto diferente, bien porque su forma ha cambiado o porque contengan núcleos más grandes o más pequeños. Estas células son incapaces de realizar las funciones que corresponden a las células pertenecientes a ese tejido. Generalmente se multiplican muy rápidamente, porque les falta un mecanismo de control del crecimiento.

Con frecuencia, son inmaduras debido a que se multiplican de una forma muy rápida y no tienen tiempo suficiente para crecer plenamente antes de dividirse.

Al formarse un gran número de células cancerosas, se amontonan, presionan o bloquean a otros órganos y les impiden realizar su trabajo. Como no se limitan al espacio originario donde se forman, y se extienden a otras zonas, se dicen que son invasivas. Estas células, tienden a emigrar a otros lugares, a través de la sangre. Las células que se encargan de la defensa del organismo suelen destruirlas, así separadas, pero si sobreviven pueden producir un nuevo crecimiento en un lugar diferente, y dañar a otros órganos.

## **2.2 Tratamiento**

Para tener un tratamiento, se debe tener en cuenta que las células cancerosas son especialmente sensibles a la radiación, de esta manera el paciente se somete principalmente a dos tratamientos de este tipo, que son la radioterapia y la quimioterapia.

La Radioterapia es un proceso mediante el cual el cuerpo se somete a radiaciones ionizantes con el fin de atacar a las células cancerosas que se encuentran atacando al organismo.

La Quimioterapia es un tratamiento que se lleva a cabo a través de la ingesta de diferentes drogas y agentes químicos que se enfocan en atacar a aquellas células que se multiplican rápidamente como es el caso de las células que se encuentran afectadas por el cáncer.

Cabe mencionar que en estos dos tratamientos no solo las células enfermas son atacadas, sino que también se ven afectadas otras células del cuerpo que tienen un desarrollo similar como lo son las Oseas y las del folículo piloso, lo que genera en el paciente un malestar general en el cuerpo así como la pérdida del cabello entre otros efectos secundarios.

De igual manera, cuando el cáncer es detectado en una zona muy localizada, puede llevarse a cabo un tratamiento de cirugía, mediante el cual, se extraen del cuerpo la

parte afectada por el cáncer, esto puede utilizarse como tratamiento único en aquellos casos en que el cáncer no haya crecido demasiado y no de señales de metástasis (expiación) hacia ningún otro lugar.

De igual manera, la radiación puede emplearse como tratamiento complementario a la cirugía, para aplicarlo previamente a ésta, y disminuir así el tamaño del tumor y que sea más fácil su extirpación. El tratamiento conjunto de radioterapia y quimioterapia se utiliza también con frecuencia. A veces, el empleo de quimioterapia antes de la radioterapia hace a las células cancerosas más sensibles a la radiación. Otras veces se emplea la radioterapia después de la quimioterapia para asegurar la eliminación de todas las células cancerosas.

El principal problema que produce este tratamiento viene derivado de que las células cancerosas no son agentes o cuerpos extraños al organismo sino que son parecidas a las células que las rodean. Esto hace que los tratamientos que actúan sobre todo contra las células del cáncer, tengan también efectos sobre las células normales.

### **2.3 Cáncer gástrico**

Es el término para referirse a los adenocarcinomas del aparato digestivo que abarca el esófago, estómago, hígado, vesícula, páncreas, intestino delgado, intestino grueso, recto y ano. A pesar de la disminución en cuanto a la incidencia del carcinoma gástrico en los últimos años, esta enfermedad todavía es la causa de muerte más común por cáncer en todo el mundo.

Las variaciones con respecto al sexo son, de acuerdo a datos de la ONU dos veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres. La mayor incidencia por edad se encuentra entre los 50 y 70 años, con una frecuencia máxima alrededor de los 60 años, mientras que se diagnosticó de manera poco usual en pacientes menores de 30 años.

De acuerdo a Lizbeth Carrillo, en su publicación *Epidemiología del Cáncer de Estómago* (1995), en las etapas iniciales del cáncer gástrico, el paciente puede sufrir de indigestión y malestar estomacal, sentirse inflamado después de comer, tener náusea leve, pérdida de apetito o acidez. En las etapas más avanzadas, el paciente puede presentar sangre en las heces, vómito, pérdida de peso o dolor de estómago. La probabilidad de que se pueda desarrollar un cáncer gástrico es más alta cuando se ha tenido una infección del estómago causada por *Helicobacter pylori*, o si es de edad avanzada, si fuma cigarrillos o si consume con frecuencia una dieta de comida seca y salada, tomando en cuenta que contar con estos factores no necesariamente significa que se pueda desarrollar la enfermedad.

Los rasgos clínicos dependen del tiempo de enfermedad, edad del paciente y la localización, la extensión y el tipo de tumor. Los tumores localizados en los tractos de entrada o salida del estómago se relacionan con síntomas dispépticos (de otras enfermedades menos agresivas) leves antes de provocar los de obstrucción. Los carcinomas del cuerpo del estómago pueden mantenerse clínicamente silenciosos hasta una fase muy tardía o asociarse con síntomas vagos como anorexia o molestias epigástricas.

#### **2.4 Cultura y entorno social**

Para efecto de las ciencias sociales, las primeras acepciones de cultura fueron construidas a finales del siglo XIX. Por esta época, la sociología y la antropología eran disciplinas relativamente nuevas, y la pauta en el debate sobre el tema que aquí nos ocupa la llevaba la filosofía.

Para este estudio, la característica más peculiar del concepto de cultura se refiere precisamente a la función social de la misma. El supuesto básico es que todos los elementos de una sociedad (entre los que la cultura es uno más) existen porque son necesarios.

Dentro de los autores principales en lo referente a la cultura con respecto al entorno social, nos encontramos con las contribuciones de Clifford Geertz (2003), quien hace mención de una visión simbólica de la cultura, entendida como una serie de sistemas en interacción de signos interpretables. Así pues, entendemos que la cultura no es una entidad, algo a lo que puedan atribuirse de manera causal acontecimientos sociales, modos de conducta, instituciones o procesos sociales; la cultura es un contexto dentro del cual pueden describirse todos esos fenómenos de manera inteligible. Define la cultura como un sistema de conceptos expresados de manera simbólica por medio de los cuales los seres humanos perpetúan, desarrollan y comunican sus conocimientos, actitudes a lo largo de su vida.

La cultura es entonces, para nosotros, el conjunto de hechos simbólicos presentes en una sociedad o, más precisamente, es la organización social del sentido, como pautas de significados históricamente transmitidos y encarnados en formas simbólicas, en virtud de las cuales los individuos se comunican entre sí y comparten sus experiencias, concepciones y creencias.

## **2.5 Economía y Cultura**

Para fines de esta investigación definiremos a la economía como la ciencia que estudia las relaciones sociales que los hombres establecen entre sí cuando producen bienes materiales y servicios con el propósito de satisfacer sus necesidades físicas y sociales básicas. En consecuencia, estudia las diversas leyes y formas de explotación, producción y desarrollo de recursos naturales y humanos en el proceso de creación de la riqueza social.

En esta definición cabe subrayar que, en distintas épocas y sociedades, los hombres han resuelto con diferente éxito la explotación de la naturaleza y la conformación de la riqueza social. En ese mismo proceso los hombres van aprendiendo diversas formas de organizaciones para generar tal riqueza social, diferentes formas de trabajar la naturaleza, de producir bienes, distribuirlos y consumirlos.

Existe una directa vinculación entre la economía y la cultura, toda vez que en la interpretación del mundo y la vida, la sociedad se expresa a través de sus formas de producir y consumir. Así la economía, es la creación colectiva y anónima que se va desarrollando a través del tiempo de generación en generación dando significados no sólo a las necesidades materiales, sino a las necesidades fundamentales que generan una identidad y características propias de un determinado grupo de individuos, como lo son los campesinos.

## **2.6 Actividad agrícola - Campesinos**

La agricultura es la labranza o cultivo de la tierra e incluye todos los trabajos relacionados al tratamiento del suelo y a la plantación de vegetales. Las actividades agrícolas suelen estar destinadas a la producción de alimentos y a la obtención de verduras, frutas, hortalizas y cereales.

La agricultura implica la transformación del medio ambiente para satisfacer las necesidades del hombre. Esta capacidad es la que diferencia al ser humano del resto de los seres vivos.

Las actividades relacionadas son las que integran el llamado sector agrícola son todas las actividades económicas que tienen su fundamento en la explotación de los recursos que la tierra origina, favorecida por la acción del hombre: alimentos vegetales como cereales, frutas, hortalizas, pastos cultivados y forrajes; fibras utilizadas por la industria textil; cultivos energéticos y tubérculos; etc.

## **2.7 Antropología simbólica**

Para Clifford Geertz (2003), la cultura es el sistema de concepciones expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales la gente se comunica, perpetúa y desarrolla su conocimiento sobre las actitudes hacia la vida, es construida a partir de símbolos, y es a través de ellos que existe un sentido a lo que realizan y la manera en cómo se concibe la vida.

Al considerar la significación de la cultura comenzamos por entender que los símbolos tienen la función de sintetizar el simbolismo de un pueblo, es decir el tono, el carácter y la calidad de su vida, su estilo moral y estético así como su cosmovisión, el cuadro que ese pueblo se forja de cómo son las cosas en la realidad, sus ideas más generales acerca del orden.

Es muy amplio el peso que se asigna al término "símbolo" que nuestro primer paso debería ser enunciar con cierta precisión lo que entendemos por él. Y ésta no es tarea fácil pues, como el término "cultura", la palabra "símbolo" se utiliza para designar una gran variedad de cosas, con frecuencia muchas al mismo tiempo, como las relaciones sociales y la conducta humana. Una vez que la conducta humana sea vista como acción simbólica, hay que preguntar por su sentido y su valor, lo que expresa a través de su aparición y su intermedio.

Los conceptos simbólicos entonces, se extienden más allá de sus contextos específicamente físicos para suministrar un marco de ideas generales dentro del cual se puede dar forma significativa a una gran cantidad de experiencias intelectuales, emocionales y morales.

La cultura no es una identidad, algo a lo que puedan atribuirse de manera casual acontecimientos sociales, modos de conducta, instituciones o procesos sociales; la cultura es un contexto dentro del cual pueden describirse todos esos fenómenos de manera inteligible, es decir, densa. Comprender la cultura de un pueblo, o en este caso de un grupo en concreto como lo son los campesinos, supone captar su carácter normal sin reducir su particularidad.

## ***2.8 Antropología de la salud***

Luis Alberto Vargas (2006), define a la antropología de la salud, o antropología aplicada a los problemas de salud, como una relación entre la antropología y la medicina, entendiendo de esta manera que la antropología, como parte de las ciencias sociales, al igual que el Trabajo Social, estudia los diferentes campos de la

vida humana que en un determinado momento pueden influir en la salud, como lo son la alimentación, las costumbres y las creencias.

De esta manera la antropología aplicada a los problemas de salud tiene el fin de aportar diferentes conocimientos y experiencias a la atención médica, esto para mejorar los servicios brindados. Así entonces, a través de esta propuesta, entendemos que no se puede aislar un suceso biológico como lo es la enfermedad, de un entorno social, pues en todo momento estamos hablando de un hecho humano, mismo que debe ser tratado desde un enfoque multidisciplinario donde si bien el aspecto biológico es primordial, también lo es el aspecto cultural.

Para Vargas, la antropología ha realizado grandes aportaciones en la comprensión del papel de la cultura sobre la percepción que se tiene del propio cuerpo en un paciente, así como los cambios vinculados con el proceso de salud y enfermedad, lo que ha permitido comprender que la enfermedad es también un constructo de la cultura y los efectos que tienen en una persona a nivel cultural, son tan reales como las consecuencias en la biomedicina.

Nos encontramos entonces con que el problema de salud es vivido e interpretado por cada persona, y se integra como una manera de padecimiento o padecer, definiendo esto, como la forma absolutamente personal e individual que tiene cada paciente para interpretar su problema de salud, dependiendo de su entorno y del grupo de factores sociales en los cuales se encuentra inmersa la persona que ve afectado su bienestar físico.

La relación entre enfermedad, experiencia y conocimiento es tan real que está presente tanto en la historia como en la biografía humana. De acuerdo a Rosa María Boixareu (2008), salud es un concepto polisémico desde su significación, interpretación y experiencia; y es un concepto histórico en el cual confluyen la subjetividad, la objetividad y el entorno social. Este último, por su parte, es responsable del bienestar de todos sus miembros y tiene la función de favorecer las

condiciones necesarias para la promoción del bienestar de la población. Para que la persona “se sienta sana” necesita unas condiciones de posibilidad que lo faciliten.

Para Boixareu (2008), la prevención surge precisamente de la experiencia (la vivencia) de la enfermedad y de las cuestiones (preguntas) que provoca tanto a nivel particular como colectivo, necesitando del conocimiento de las causas y siendo, en definitiva, un recurso terapéutico. La enfermedad es espacio vital que refleja el estilo y las condiciones de vida de la comunidad a la cual pertenece la persona enferma.

Para esta autora, Dolor y sufrimiento convergen en una misma realidad que se expresa a través del concepto “padecimiento” que no es sino aquello que capta la propia sensibilidad y afecta a la persona con un sentimiento de vulnerabilidad, de pérdida, de daño añadido y no querido que pone al descubierto la conciencia de la propia sensibilidad, de esta manera el paciente se auto reconoce como alguien a quien la realidad le afecta. La tristeza, la fatiga, el hambre, son entre otras más, distintas formas de “padecimiento” es decir, la manera mediante la cual los pacientes viven su enfermedad.

El padecimiento entonces puede ser analizado desde la cultura, las creencias y las posibilidades humanas para representar e interpretar simbólicamente esta situación que solamente desde la experiencia se puede describir y que busca como fin principal un regreso a su cotidianidad, es decir, una cura a su enfermedad, para que de esta manera, el padecimiento pueda llegar a su fin.

Así entonces, la curación concentra todas las esperanzas de la persona enferma, y lo hace gradualmente: se esperan máximos y a veces se consiguen mínimos al no conseguir una recuperación completa en corto tiempo o en la forma deseada.

El padecimiento inicia en el momento que se presentan los malestares físicos, mismos que generan la búsqueda de atención, la cotidianidad del paciente se ha visto afectada ya que no puede realizar las actividades que desempeña con normalidad. Es entonces cuando inicia el proceso de vivir la enfermedad, en donde el paciente inicia una serie de cambios en su vida diaria, aún sin conocer el diagnóstico médico que definirá su posterior tratamiento.

## **CAPÍTULO III**

### **TRAYECTORIA DEL PACIENTE CAMPESINO CON CÁNCER GÁSTRICO**

La vida cotidiana la definimos como las actividades que una persona realiza para convivir con el entorno que la rodea, es decir; los valores, las relaciones y demás acciones que se hacen para la convivencia con otros sujetos día a día.

Entendemos a la vida cotidiana no solo como al conjunto de acciones que se realizan habitualmente, sino como a un conjunto que involucra los significados y rituales que las mismas acciones conllevan y que se ven afectados desde el momento en que un malestar se presenta, limitando parcial o totalmente las actividades de la persona.

Con la aparición de un malestar, la persona no solo cambia sus actividades, sino también las de la gente que le rodea y le acompaña, estos cambios son los que analizamos en el siguiente apartado.

#### ***3.1 Primeros síntomas y tratamientos previos al diagnóstico***

Ante la ausencia de salud se inicia un proceso de vida en el cual la persona se encuentra en una situación de vulnerabilidad ante un hecho diferente que se manifiesta en su cuerpo como lo es la enfermedad, y que aun antes de ser diagnosticada, afecta de manera directa al paciente tanto en su aspecto físico como en su entorno social.

La persona inicia la vivencia de su problema de salud antes de saber con certeza, que enfermedad es la que lo aqueja, y de esta manera se presenta entonces un problema de salud, que se ve reflejado en el sentir y vivir de la persona.

Definiremos al problema de salud como un constructor de la mente humana sobre cada alteración de la salud, donde se reúne el malestar de una enfermedad desconocida, causas y procesos a través de los cuales se manifiesta en el cuerpo como lo son síntomas y signos que se producen, así como lesiones biológicas, psicológicas y sociales que son reflejadas o modificadas a partir de que se ha perdido la condición de “buena salud” que tenía el paciente sobre sí mismo.

Durante el estudio, una de las primeras interrogantes a los pacientes fue el momento en el que ellos comenzaron a sentirse mal, entendiendo con esto, el instante en que sintieron que comenzó su enfermedad, detallando cuales fueron los signos y síntomas que presentaron antes de buscar la atención médica, además de cómo es que este proceso modificó su patrón de vida que antes del primer síntoma, (llamaremos así al primer indicio cuando ellos notaron que “algo” estaba fallando en su cuerpo). Esto se va expresando en las respuestas dadas por los pacientes:

*“Esto empezó como gastritis y entonces se me cerraba la garganta, fui con un gastroenterólogo y me atendió, se me arreglo lo de la garganta pero el mismo me recomendó una endoscopia y de ahí me diagnosticaron, pero si no yo, les aseguro que seguiría trabajando, pero por las molestias que da el cáncer yo creo que ya hubiera buscado atención”* (sic) Francisco Gómez<sup>1</sup>.

*“Fue en junio, nos dimos cuenta porque vomite sangre, si fue un poquito bastante sangre, vine a la casa y fuimos a ver al médico y dijo que tenía anemia y ulcera gástrica y me estuvo haciendo tratamiento un mes y medio o dos meses, y vimos que no mejoramos al contrario eran cada ocho días dos kilos, cada ocho días dos kilos que bajaba yo...”* (Sic) Jazmín Sánchez

*“Pues empecé con unos pequeños dolores en el estómago que me daban al principio muy lleves, pero que poco a poco fueron aumentando, se sentía en la parte de arriba de mi estómago como una bola muy grande que no me dejaba comer bien, esto fue como desde enero...”* (Sic) Noé Padilla

Estos testimonios nos refieren a un malestar que no mejora con la atención medica que buscaron al inicio, el no poder satisfacer su necesidad de alimentación es parte fundamental en el malestar físico de los pacientes que se hace más continuo e intenso y que repercute en sus relaciones con el exterior, en lo cultural y en lo económico, esto al no poder desarrollar sus labores cotidiana, así que el paciente campesino con cáncer gástrico vive de manera paralela los malestares físicos que

---

<sup>1</sup> Los testimonios de los seis pacientes entrevistados son de gran importancia, sin embargo, para efectos de esta investigación, se usaron los testimonios más representativos de acuerdo a la temática abordada en cada capítulo.

son parte de la enfermedad, y los socioculturales que se desprenden al tener una enfermedad, contando el aspecto económico como parte importante de este problema de salud.

Para analizar este hecho, Boixareu hace referencia a la enfermedad como un hecho social, que tiene lugar dentro de las relaciones del individuo consigo mismo cuando se da cuenta del “cambio” que le supone enfermar. Se denuncia a sí mismo la presencia del fenómeno de la enfermedad. Pero el presente del individuo actúa con otras situaciones de convivencia que le rodean, y de ellas no puede desentenderse. Tales situaciones pueden tener distintos significados y sentidos, así como distinta valoración según las circunstancias que lo acompañen.

Todos los espacios comunes del paciente se ven afectados por pequeñas o grandes formas de enfermar, pues la enfermedad provoca toda una organización social, planificando la vida del enfermo, imponiendo o proponiendo criterios de prevención, movilizand o ciertos valores éticos o morales y obligando a que el ritmo cotidiano se adapte al hecho de que esta persona ha enfermado.

Observamos la manera en que los pacientes perciben su enfermedad como algo que no les permite comer, no les permite seguir trabajando, que no les permite continuar con sus labores diarias; es en este punto donde ellos observan que hay algo que les impide regresar a su ritmo de vida cotidiana, en otras palabras, esto constituye parte de la enfermedad, puesto que obstruye, debilita y priva al paciente de su cotidianeidad.

La vida del paciente se altera en su totalidad y cosas que parecían en un principio muy habituales, como lo son sus relaciones sociales o su alimentación, empiezan a generar conflictos y el paciente se enfrenta con los primeros síntomas de un malestar que lo afecta, puesto que la enfermedad que tiene interfiere con la coherencia de la cotidianeidad, y es donde el paciente observa como todo a su alrededor se transforma en un nuevo espacio no deseado, que es su problema de salud, este hecho rompe con la rutina del día a día y se convierte en una lucha constante por

recuperar la salud, y con ello, regresar a la rutina que se tenía antes de los primeros síntomas.

Aunado a esto se suma el momento en que los pacientes buscan la atención médica una vez iniciados los malestares físicos, entendiendo que para ellos, el factor determinante de su enfermedad es el momento en que inicia su padecimiento, es decir, cuando su problema de salud se extiende a los demás aspectos de su vida; si no hubiesen presentado estos percances en su salud no se habrían percatado de su enfermedad, lo cual, con el paso de más tiempo, generarían consecuencias peores de las que actualmente tienen.

Ante esta situación el paciente comienza la búsqueda de alivio al malestar, ve este suceso como adverso y preocupante, por sus motivos y sus consecuencias, además de que se le extrae de su entorno y es encaminado a un sector de salud desconocido y a un nuevo estilo de vida que lo afectará tanto como a su entorno familiar, social y económico; lo que se reflejará en conflictos y desorden generados en cada uno de estos aspectos, reconociendo el esfuerzo del paciente y su familia de encontrar en la enfermedad la fuerza para retornar a su vida, o la resignación de los efectos que tendrá este fenómeno en la vida de los pacientes.

Es así que con la manifestación de los primeros síntomas, comienza el éxodo de los pacientes con médicos, medicamentos y análisis clínicos, en los cuales ellos no sienten más que una ligera mejoría que es pasajera, mientras las dificultades del entorno del paciente se hacen más presentes, al ocupar tiempo, esfuerzo y recursos del paciente y de la familia, sin tener una respuesta satisfactoria al problema de salud que presenta.

De esta manera, observamos que los síntomas de la enfermedad se deben de comprender desde lo social y lo cultural, tomando en cuenta el conjunto de significados que el paciente trae consigo al momento de iniciar su proceso de atención y tratamiento en sus lugares de origen, en donde recurren desde el inicio a las instancias biomédicas de salud, dejando de lado a la medicina tradicional, como se ve reflejado en las vivencias que los pacientes nos relataron en la investigación:

*“Mis síntomas lo trataban los doctores de allá del pueblo como gastritis, llevaba yo el tratamiento como de gastritis, ya después, este pues no era lo mismo, este, ya nos mandaron a hacer los estudios, pero como ahí en el pueblo no hay, nos mandaron pues para la capital del estado de Morelos, en Cuernavaca; ya de ahí es donde me diagnosticaron, bueno me sacaron estudios y ya me mandaron para acá”* (sic) Fernando Ramírez.

*“Fui con otro médico y ya fue él que me dijo, como lo conocemos de años y fue él que alivió a mi esposa y nos dijo que no nos quería engañar que quería un estudio, y ya nos mandaron a Puebla, conseguimos dinero de vender unos animales que teníamos y nos fuimos, nos los hicieron y ahí ya salió que era un tumor canceroso”* (sic) Noé Padilla.

*“Al principio pues me tomaba una pastilla para la panza y después se me pasaba. Ya después me dolía más y más y pues fuimos al médico”* (sic) Omar Prieto.

Es en este momento cuando el paciente comienza con un nuevo episodio en su vida, ve este suceso como adverso y más preocupante, por sus motivos y sus consecuencias, es en este momento cuando se extrae de su entorno y es encaminado a un sector de salud desconocido, a un nuevo estilo de vida que afecta al paciente y su entorno familiar.

Una vez que el paciente es diagnosticado con cáncer gástrico, las expectativas que se tenían con respecto a una recuperación próxima desaparecen y son reemplazadas por una mayor incertidumbre y miedo ante la poca información y conocimiento que se tiene con respecto a la enfermedad. Ven afectada su vida en un plazo mayor al pensado originalmente y no saben con certeza de que manera podrán costear los gastos que el tratamiento representa, de igual manera el desgaste físico se hace mayor al tener que buscar una atención fuera de su lugar de origen, lo que sin duda representa una dificultad agregada de la enfermedad tanto para el paciente como para sus familiares.

Con los testimonios antes mencionados, se hace presente la necesidad de tomar en cuenta los factores que rodean al paciente durante la atención y el tratamiento, pues

no solo al principio del problema de salud se ven afectados, influyen los factores no médicos en este proceso de enfermedad y determinan en gran medida el proceso que vive el paciente para recobrar la salud.

Y es así como podemos ver que la enfermedad no solo es un proceso individual, sino que es un fenómeno que se vive en sociedad y que afecta todo el entorno del paciente haciéndolo vulnerable no solo al cáncer gástrico, sino a las complicaciones sociales, culturales y económicas que enfrenta en el proceso de atención y tratamiento del cáncer gástrico.

### ***3.2 Primera instancia de atención a la cual acude el paciente***

Dentro del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), existe un alto nivel de pacientes provenientes de comunidades rurales cuyo cáncer se encuentra ya en etapas avanzadas cuando son ingresados, lo que genera que en muchas ocasiones sean remitidos directamente al área de cuidados paliativos. Ante esta situación es necesario investigar a que se debe esta tendencia.

Para poder entender el contexto social y cultural de los pacientes campesinos con diagnóstico de cáncer gástrico, debemos empezar por mencionar que el concepto de salud, es un constructo histórico en el cual confluyen la subjetividad, la objetividad y el entorno social. Por esta razón, se debe tomar en cuenta que una persona enferma no vive los mismos procesos y atenciones en un entorno y en otro.

En las comunidades pequeñas del país, por lo general no se cuenta con una instancia de salud especializada y la atención médica queda a cargo de los centros de salud locales, donde la atención no puede ser especializada, por lo que en varias ocasiones, las personas optan por acudir a las instancias de salud alternativas o tradicionales, las cuales pueden causar un alivio momentáneo al malestar que la enfermedad manifiesta, pero no atacan al origen de este malestar, y en el caso de un cáncer, esto puede significar un retraso en la atención de la enfermedad, que sin duda aumenta la probabilidad de que la enfermedad se vuelva mortal para el paciente.

Bajo esta premisa, a través de las primeras preguntas, se buscó indagar en la vida de los pacientes a qué lugar acudieron por primera vez cuando iniciaron sus malestares, esto con el fin de analizar si existe una relación entre el inicio de su enfermedad y el posterior diagnóstico e inicio del tratamiento dentro del Instituto, lo que se encontró fue lo siguiente:

*“Fuimos ahí con los doctores del pueblo, ahí al centro de salud, pues de ahí de nosotros, es una clínica pequeña, pero igual no podíamos ir a otro lado, ya ve que con el trabajo y la casa pues no hay mucho tiempo”* (sic) Noé Padilla.

*“Con el gastroenterólogo directamente, sí, con él, porque un familiar nos recomendó que era muy bueno, es el familiar de un amigo que, le dijo que se fuera que era muy bueno y me atendió, pero ya después nos dijo que necesitaba hacer unos estudios, yo cobro caro nos dijo, pero bueno, pues somos conocidos, voy a bajar el costo, pero para eso sí tardamos un poco porque las ventas están bajas, entonces un día nos fuimos y al momento del estudio no sentí nada”* (sic) Francisco Gómez.

Lo que se puede apreciar es que al acudir a unas primeras instancias locales de sus comunidades, es que en un principio no recibieran un diagnóstico correcto, y fueran tratados para otra enfermedad mientras se les mandaba a un lugar donde pudieran realizarles estudios más avanzados para saber con seguridad que enfermedad los aquejaba.

Además de esto, cabe señalar que los pacientes no acudieron al médico sino hasta que el malestar ya les impedía llevar una vida “normal” a la cual estaban acostumbrados, esto debido a que en un entorno cultural como lo es el de los pacientes campesinos, la búsqueda de atención médica significa una valiosa parte de tiempo y trabajo perdidos, además de que debido a su ritmo de trabajo, padecen de manera habitual pequeños malestares temporales, los cuales atienden con algún medicamento comercial o bien con alguna infusión como lo son los tés de diferentes hierbas que sirven como analgésicos para el dolor, esto se puede observar en los siguientes testimonios.

*“Pues desde que me sentí mal la primera vez me tomaba los melox y con eso me sentía mejor, ya podía trabajar y pues me iba, ya sabe que uno si no trabaja no come, pero poco a poco fue aumentando el dolor”* (sic) Federico Lazcano.

*“Bueno, al principio yo me recetaba los que anuncian en la tele de esos medicamentos para el estómago, y así anduve, tarde dos o tres meses perdiendo tiempo, pero igual pues no tenía dinero para ir al doctor, porque las consultas no eran muy caras, pero luego el medicamento es otra cosa además de que para ir al centro de salud no tenía que ir a trabajar un día y luego con que comíamos, por eso tarde tanto y las pastillas estas nada más unos ratos me hacían sentir mejor y luego otra vez volvía a sentirme mal, fue cuando ya de plano fui al doctor de ahí del pueblo”* (sic) Noé Padilla.

*“Pues yo siempre he tomado té para el empacho o cuando nos sentimos mal, ya ve que luego uno va al doctor y no es tan grave la cosa y mientras ya se perdió un día de trabajo, ahora que empecé a sentirme mal por esto, igual pensé que había sido por algo que me había hecho infección en el estómago y pues me empecé a tomar el té, pero ya que fuimos al doctor y me dijo lo que tenía, pues deje de tomarlo, no vaya a ser que luego me haga daño el té”* (sic) Jazmín Sánchez.

Una parte primordial de la investigación está reflejada en estos testimonios, en los que podemos apreciar que los pacientes no acuden en su totalidad a la medicina tradicional, pero si viven una etapa de automedicación que les lleva a prolongar su atención médica, esto debido principalmente a que para ellos, el ir al médico significa gastos económicos importantes además de que les impide realizar su trabajo del día. Es por esta razón que los pacientes inician el tratamiento para su malestar con una automedicación que les alivia el dolor momentáneamente, pero que después de un tiempo ya no tiene un efecto permanente, lo que los obliga a buscar la alternativa de ir al médico, pues su malestar ya afecta directamente sus actividades diarias y es en este punto donde lo que inició como un pequeño malestar común, pasa a ser un problema de salud para los pacientes, quienes se percatan de que su problema de salud es más grave de lo que pensaron y necesitan de una atención más especializada para poder atenderlo.

A partir del análisis de estos testimonios se puede comprender un poco más como es que los pacientes de origen campesino llegan al Instituto con un diagnóstico de cáncer avanzado. No es por una falta de preocupación en su salud o por optar por remedios tradicionales, el diagnóstico tardío se debe principalmente a la manera en que se atienden los primeros síntomas, esto derivado de la situación económica que viven y lo que implica para ellos una atención biomédica en términos de costos económicos y del trabajo diario que tienen que realizar, además de que una vez que llegan a la instancia de salud médica de su comunidad, son trasladados a otros lugares de especialidades médicas y esto significa un tiempo más en el cual sigue avanzando el cáncer.

Una vez tomados en cuenta estos factores se puede establecer una relación entre el inicio de la enfermedad, el diagnóstico y posterior tratamiento, que van ligados a los factores culturales relacionados con el trabajo y a los económicos del paciente y no a la idea de un tratamiento alternativo como se podría pensar en un principio. Al saber cómo nuestros pacientes fueron atendidos y tratados antes de llegar al Instituto, continuamos indagando como los pacientes perciben el entorno sociocultural y económico que les acompaña, además de las preocupaciones que sienten con respecto a la enfermedad y todo lo que esta conlleva.

## **CAPÍTULO IV**

### **LA ENFERMEDAD Y SU INFLUENCIA EN EL ENTORNO DEL PACIENTE CAMPESIÑO**

El paciente, antes de ser diagnosticado con cáncer gástrico, se dice a si mismo *enfermo*, no solo por el malestar físico, sino por la carga social que conlleva el no poder realizar sus actividades y por ende sus roles de la manera en que los venía desarrollando antes de la enfermedad.

De ser el proveedor económico (el jefe de familia, abuelo, madre o la abuela), pasan a ser las personas que requieren el cuidado y la atención de toda la familia, ya que ellos no se encuentran plenos en la salud para poder realizar todas las funciones que podían hacer antes de enfermar.

Todo esto se refleja en los diálogos realizados con respecto a su enfermedad en el plano social, en donde los pacientes nos cuentan con quien viven en casa, como se ha transformado la manera de vivir de las personas que le rodean. Siguiendo con la vida en comunidad, en donde el paciente narra sus experiencias con respecto a sus vecinos y demás personas ajenas a su hogar al saber qué padece cáncer gástrico.

Este movimiento de re-significación de roles dentro y fuera de la familia se aborda ampliamente en el siguiente apartado.

#### ***4.1 Re-significación de los roles sociales a partir de la enfermedad.***

El ser humano, al vivir en la sociedad adquiere acciones específicas dentro de su espacio-tiempo y de su género que van desarrollando desde la infancia hasta la edad adulta, siendo esto lo que marca la cotidianidad de cada individuo.

En el caso de los pacientes participantes en el estudio, el ser campesino es una acción que se aprende desde la infancia a manera de oficio transmitido de generación en generación, y que en el caso de los varones, con la finalidad de obtener una remuneración económica como apoyo a la economía de su familias de origen. En el caso de las mujeres, el oficio se enseña para apoyar a los hombres

proveedores, además de otras tareas más encaminadas al hogar y al cuidado del mismo.

Dentro de las familias se encuentran aspectos sociales definidos dentro de su estructura y es cómo funcionan en la cotidianidad, estos aspectos generan en el sujeto pertenencia de un grupo y responsabilidad con éste.

Cuando se presentan situaciones ajenas al grupo, que afectan solo a uno de los integrantes, se produce un movimiento de todos los aspectos sociales dentro del entorno del afectado, para poder ajustarse a esta nueva realidad, como lo es en el caso de los pacientes campesinos con diagnóstico de cáncer gástrico.

Estas circunstancias, a pesar de ser solo de un individuo, se viven en colectividad, al grado que toda la familia modifica sus patrones de cotidianidad para ajustarse al cambio biológico que conlleva la enfermedad de un sujeto. La influencia de estos factores, son fundamentales para la interpretación del sentir del paciente con respecto a todos los cambios que ha pasado en este proceso de enfermedad.

El paciente se encuentra en una situación de anormalidad con respecto a los demás, quienes desarrollan una actividad y una relación social que les permite sentirse y ser considerados como integrados y funcionales.

Al respecto de éste tema, los pacientes narran como es la estructura familiar que en este momento de la enfermedad existe en su casa y la gente con la que conviven en ella:

*“Vivo con dos hijas, y dos están casados y ya viven aparte. Tenemos cuatro hijos, todos están enterados de la enfermedad menos la chiquita porque tiene siete años... Ellos fueron los primeros en recibir la noticia, mi esposa me llevó a los estudios y una de mis hijas pasó por el resultado y ya fue la que nos dijo.”* (Sic) Federico Lazcano.

*“Vivo con mi muchacho y mi esposa, esta casa es de mi muchacho, luego los muchachos y las muchachas nos viene a visitar y pues los hombres andan en el campo, lo que hacía yo pues ellos lo hacen y pues la verdad ellos son los que*

*trabajan y son los que nos ayudan con los gastos porque yo ahorita no trabajo y pues nos tenemos que mantener.” (Sic) Francisco Gómez.*

*“Hacía ya mucho que vivíamos solitos, pero ahorita que me enferme todos vienen a la casa a verme y a saludarme, de mis hijos todos están al pendiente de mí y de su papá, mis hijas le lavan y nos hacen la comida, ya en el cuarto solo nos dormimos en la noche y así es cuando no venimos al hospital.” (Sic) Jazmín Sánchez.*

En estos testimonios apreciamos la reorganización del hogar con respecto a las funciones que el paciente realizaba en el hogar, a través del nuevo reparto de tareas en donde toda la familia se enfoca en un fin común, que es la recuperación de la salud. Con el apoyo de la familia y la adaptación a este nuevo estilo de vida, los familiares de los pacientes cumplen con los roles que estos tenían previo a la enfermedad; es decir, los pacientes ahora son cuidados por sus hijos o sus esposas en el caso de los varones y en el caso de la mujer, las hijas toman las acciones domésticas en el círculo familiar.

Dentro de esta reorganización, los pacientes no se sienten del todo despojados de su rol dentro de la familia, lo vemos en los testimonios al momento en que detallan como es la situación en la que se encuentran en su hogar, y se ve claramente expresado en frases como *“Todos (mis hijos) están enterados de la enfermedad, menos la chiquita”*, en esta expresión, el paciente hace referencia a su hija más pequeña que depende de él y de su esposa quien le acompaña en sus consultas dentro del Instituto, al preguntarle quien cuida de su hija mientras está en el tratamiento, el paciente menciona que sus otras hijas la han “adoptado” ahora que ellos tienen que salir de su pueblo para acudir a su tratamiento. Comentarios como el anterior, reflejan el sentimiento de los pacientes de responsabilidad con su entorno familiar, de protección con respecto a la enfermedad y como se refuerza este valor por la familia para que el paciente sienta plena confianza de la gente que le rodea.

Se aprecia la reorganización del espacio donde se encuentra el paciente, en donde la enfermedad ya tiene consecuencias sociales, al cambiar el rol de ser el proveedor o la matriarca a ser el paciente, quién necesita cuidados y atenciones especiales, la

perspectiva de la familia cambia al saber que el paciente ya no puede realizar sus actividades como lo hacía antes de tener la enfermedad.

Al referirnos al sentir de la persona y sus familiares con respecto a la enfermedad que tiene encontramos lo siguiente:

*“Pues sufrieron. Ya después dijeron “hay que echarle ganas” y a ver; ya este nos venimos para acá y los resultados ya fueron mejores ya se animaron y ya normal, casi normal”* (sic) Noé Padilla.

*“Pues a ellos les ha dado mucha tristeza, pero también esto les ha hecho ponerse más las pilas y trabajar más fuerte, y en cierta parte lo agradezco”* (sic) Omar Prieto.

*“Si lo saben mis hijos, y por eso de alguna manera se unieron más para echarnos la mano, con los medicamentos, la casa, y de alguna manera esto también les cae de peso porque éramos un equipo para mantener la casa”* (sic) Jazmín Sánchez.

Podemos entender entonces que dentro del proceso de la enfermedad la relación social es motivada como un sistema cultural de atención en diferentes entornos que van encaminadas a un solo propósito, el cual es la curación, o al menos la mejoría de la situación personal del enfermo. Esto se puede notar al momento de analizar las frases antes citadas, donde cada uno de los pacientes hace referencia al sentir de las personas que los rodean y el propio, donde se observa un sentimiento generalizado de desánimo y tristeza ante la enfermedad, pero que a su vez genera una unión más estrecha entre los individuos con el único fin de buscar una solución a los problemas que la enfermedad les genera

Así como se ven los cambios en la familia, se aprecian cambios en la comunidad donde ellos viven, pues debemos recordar que todos provienen de las zonas rurales formadas por pequeñas comunidades donde son conocidos. Así su enfermedad es reconocida por la mayoría de la gente con la que ellos conviven, por lo cual los pacientes nos comentan al respecto lo siguiente:

*“Pues la verdad se alejan porque como ellos dicen no tenemos dinero no los podemos ayudar. Ellos piensan que al ir hay un compromiso, por eso se alejan”* (sic) Federico Lazcano.

*“En cuanto a conocidos y amigos pues más que ellos, soy yo el que se ha alejado porque ya casi no salgo de la casa. Sí a veces me hablan por teléfono, pero igual muchos no saben lo que tengo y mejor que así se quede ¿no? La verdad algunos que si son muy buenos amigos nomas se van a preocupar y los que no son tan buenos nomas critican. Entonces mejor que no sepa nadie más de los que tienen que saber que son mi familia ¿no cree?”* (Sic) Noé Padilla

*“Hay personas que nomás por morbo quieren venir, a esas ni siquiera las dejamos entrar, no valen la pena”* (sic) Jazmín Sánchez.

El sentir del paciente con respecto a la gente es de desconfianza y temor, ya que se sienten apartados de la comunidad donde viven. El aislamiento es la mejor manera que los pacientes y las familias de estos han encontrado para sobrellevar los prejuicios que causa la enfermedad que tienen.

En lo referente al entorno social, las conductas de las personas frente a la enfermedad se ven afectadas por la idea general que se tiene de la misma, pues en este caso, el cáncer está asociado a la muerte, por lo que las personas que no forman parte de la familia, prefieren evitarlo o rechazarlo, por la poca información que se tiene sobre la enfermedad.

Con esto podemos entender el proceso de enfermedad como una alteración al entorno social del individuo, que demanda una respuesta de este entorno y que determina el camino a seguir dentro de la enfermedad, pues en el caso específico de los pacientes que son considerados para este estudio, las redes sociales representan el apoyo primario para su atención dentro del Instituto, así también, este entorno puede proporcionar la fuerza mental y la motivación necesarias para afrontar la enfermedad de la mejor manera posible.

## ***4.2 Influencia del estilo de vida para el paciente campesino***

Para analizar el aspecto cultural, empezaremos por conocer los hábitos alimenticios del paciente, tomando una perspectiva de análisis donde la comida es tomada como un aspecto cultural, refiriéndose no solo al tipo de alimento que se ingiere, sino al ritual diario que simboliza la comida como aspecto cultural para las personas de un determinado lugar.

Por otra parte, así como las relaciones sociales son modificadas a partir del diagnóstico, las creencias e ideologías del paciente y sus personas más allegadas pueden influir, y en cierto punto modificarse a partir de que se inicia un padecimiento de este tipo, por lo que es importante tomar en cuenta las creencias de los pacientes y como estas han influido a lo largo de su tratamiento con respecto a las motivaciones que puedan generar.

### ***4.2.1 Hábitos y tradiciones en la alimentación***

Tenemos como punto de partida para esta categoría el aspecto alimenticio, tomando en cuenta que los alimentos son parte significativa y simbólica de una cultura, ya que a partir de ellos se desenvuelve una persona, partiendo de la concepción que tiene por buena alimentación, así como la frecuencia con la cual consume alimentos y lo que considera habitual con respecto a sus costumbres dietéticas.

De igual manera se tomó en cuenta si fumaban o bebían alcohol, esto con el fin de conocer cuál era la opinión de los pacientes con respecto a un posible origen de la enfermedad, para que a partir de su propia experiencia se pueda indagar en los mitos e ideas generales que se tienen con respecto a la enfermedad y su asociación con algún hábito de consumo.

A cada uno de los pacientes se le plantearon preguntas acerca de su alimentación diaria, así como sus hábitos en cuanto a consumo de alcohol y tabaco, tratando de indagar si ellos generaban alguna relación entre estos y su enfermedad.

De lo mencionado en cada entrevista, los aspectos más relevantes con respecto a este aspecto cultural, fueron los siguientes:

*“Bueno ahí casi lo normal es frijoles, tortillas. Carnes pues así una vez por semana o hay veces que lo normal. Café porque casi leche pues no, casi no. Café o té y de ahí volvía a comer hasta que regresaba; si huevos, salsa bueno... Fumar no, tomar si pero no le puedo decir seguido, de vez en cuando, que le puedo decir, con los amigos”* (sic) Omar Prieto.

*“Lo que casi no comía era fruta, frijoles, nopales, salsa. Una torta y salsa y era feliz y ahora quiero unos frijoles y una salsa pero ya no... Fumé mucho tiempo...casi no tomaba, solo cuando me invitaban en las fiestas”* (sic) Jazmín Sánchez.

*“Pues el frijol, la tortilla y de vez en cuando alguna carne de res o pollo... Pues mire, la verdad si hubo un tiempo, hace como unos 10 años en que si tomaba mucho... no. Uno pensaría que junto con el alcohol va el cigarro, pero la verdad eso nunca me gusto”* (sic) Noé Padilla.

En lo referente a la alimentación, lo que se observa es que, a pesar de ser pacientes con diferente origen geográfico, los hábitos son muy comunes en cuanto al tipo de alimento que consumen, así como a las costumbres que mantienen donde la influencia del cigarro y el alcohol no ha visto afectada su percepción de la enfermedad, ya que todos ellos coinciden en que nunca sintieron una relación entre su padecimiento y sus hábitos.

Se puede encontrar un común en la ingestas básica donde la carne no se encuentra dentro de la dieta del día a día, pues a decir de los pacientes su costo es elevado.

Para los pacientes, el ritmo de alimentación que tienen, no es el óptimo, pero si es aceptable, por lo que no encuentran una influencia directa, desde su perspectiva, de la alimentación con respecto de su enfermedad.

A pesar de que la dieta incluye algunos irritantes como lo son el alcohol y el chile, los pacientes manifestaron que hasta antes de iniciar con su problema de salud, ninguno de ellos había sufrido alguna enfermedad o síntoma grave en su aparato digestivo, y son conscientes de lo agresivos que pueden ser ciertos alimentos que aumentan la acidez en el estómago, estos son parte central en la dieta de las personas y en

ningún momento han sido asociados por los pacientes con alguna enfermedad de tal gravedad como lo es el cáncer gástrico, pues desde su perspectiva, de ser así, todos los integrantes de sus familias y amistades, sufrirían también de su enfermedad.

Para analizar el aspecto cultural del paciente desde la perspectiva de su alimentación, se estudia no solo la dieta del paciente campesino, sino también los horarios en los cuales se alimenta, ya que en un entorno como en el que viven este tipo de pacientes, se tiende a variar la hora de comer con respecto a la de otra región, como puede ser la ciudad.

La concepción que se tiene con respecto a los horarios de alimentación de los pacientes, se puede observar a partir de preguntarles a cada uno de ellos si consumían algún alimento durante la mañana, en los siguientes fragmentos de entrevista podemos analizar sus respuestas:

*“Café o té y de ahí volvía a comer hasta que regresaba; si huevos, salsa. Bueno, hasta por ahí de las seis de la tarde”* (sic) Felipe Gómez.

*“Pues a veces porque en el campo uno no encuentra nada. Lleva uno pero luego hay veces que ya no comía o vienen los demás amigos y comíamos. Por decir si me iban a tocar cinco tortillas nada más me tocaba una”* (sic) Federico Lazcano.

*“Muchas veces no, hasta el almuerzo, a las once o doce del día y hasta la tarde es que venimos a comer, yo siento que si dejamos un lapso muy largo sin que nuestro organismo tenga nada que comer”* (sic) Jazmín Sánchez.

Cabe señalar que en cuanto a la alimentación, el ayuno es lo común dentro de este grupo de pacientes, pues su mismo entorno laboral les impide tener una alimentación óptima en lo referente a los horarios. A pesar de ello y de que estos desajustes les causaron algún malestar mínimo en algún momento, los tiempos prolongados sin alimento no son relevantes para ellos al considerarlos como algo “normal”.

A partir de la información obtenida se puede observar que si bien la alimentación es un factor a considerar, los pacientes no lo relacionan con su enfermedad, admitiendo que tal vez no tengan una alimentación idónea, pero que es la habitual y a la cual

están acostumbrados, lo que deja de lado el hecho de que alguna de estas costumbres pueda haber influido en su enfermedad.

De esta manera, la alimentación habitual del paciente se ve afectada a partir del diagnóstico y el tratamiento, lo que genera una influencia directa en su aspecto cultural, pues se le da una dieta a seguir que muchas veces incluye alimentos que no consumía normalmente, así como horarios idóneos para sus comidas, hecho que marca un contraste con el modo habitual que llevaba, pues su estilo de vida sufre una modificación, ya que el momento de la comida por lo general, es una reunión y dialogo entre familias y seres cercanos, lo que genera que el paciente se sienta excluido de su entorno social cuando tiene que seguir una rutina de alimentación que no concuerda con la de las otras personas con las cuales convive. Esto se observa en los testimonios que los pacientes nos mencionan a continuación:

*“Mire, mi esposa vendió sus animales para comprarme la despensa que nos mandó la nutrióloga, que si es bastante cara. Nos mandó mucha fruta, manzanas y peras, esas frutas caras, a veces yo ni quisiera que gastaran más en la comida, pero que es la pechuga de pollo o la carne, puros gastos, yo quisiera seguir comiendo como antes pero nada me entra, ¿entonces para que me mandan tanta comida si es la bola de la panza que no me deja comer?”* (Sic) Felipe Gómez.

*“Mi viejo es quien me consiente, es el que les dice a mis muchachas que me hagan de comer, me compra mi fruta y mis plátanos, luego me lleva caldito de pollo, pero ya sabe que con esto a uno no le dan ganas de comer, pero por mi viejo y para que me sane, pues me tengo que aguantar a comer así desabrido”* (sic) Jazmín Sánchez.

Los alimentos consumidos habitualmente se ven relegados al mínimo y sustituidos por otros a los cuales el paciente no está acostumbrado ya sea por sus hábitos o bien por los costos elevados que una nueva dieta representa al tener que conseguir alimentos que no son comunes y que además representan un segundo gasto para su círculo social primario, pues se tiene que invertir en la comida para el enfermo y en la comida para el resto de la familia, por lo que a pesar de procurar mantener su apetito, en muchas ocasiones causa un desánimo en los pacientes que se ve

reflejado en su falta de consumo alimenticio, lo que puede traer consigo problemas nutricionales al momento de encontrarse en tratamiento de quimioterapia o radioterapia, pues el resultado favorable de estos tratamientos depende en gran medida de la fortaleza física que pueda presentar el paciente a lo largo de todo su padecimiento.

#### **4.2.2 La fe durante el proceso de la atención y el tratamiento**

Un aspecto importante dentro del entorno cultural es el tema de las creencias y los símbolos de los pacientes, aspectos que abarcamos en la denominada “fe”, pues en una cultura como lo es la mexicana, la religión ocupa un lugar importante dentro de la vida diaria de las personas, tomando más fuerza en los grupos de escasos recursos como lo son en este caso los campesinos, además de que la ideología religiosa marcada, en muchas ocasiones el camino a seguir de los enfermos, al tomar su enfermedad como un castigo o como una prueba.

Es importante entender como es la percepción del paciente con respecto a su enfermedad cuando hacen una asociación con su “fe”, ya que por lo general asocian su malestar con sus creencias, lo cual puede ayudar a ser más llevadero su enfermedad al encontrarle un significado positivo, o bien puede representar un obstáculo más con el cual debe tratar al no comprender, desde sus creencias como es que les puede pasar algo así a ellos, esto dependiendo de la manera en la cual se refleja la enfermedad.

A lo largo de las entrevistas se lograron identificar como las que se exponen a continuación:

*“Nosotros somos católicos, somos creyentes... y pues pienso que es como una lección o algo así”* (sic) Jazmín Sánchez.

*“Pues dudar no. Al principio si me enoje con Dios por darme esto siendo que yo me considero una persona de bien, pero luego al ir a misa y entender mi enfermedad, pues como le digo, por algo pasan las cosas, ahora solo me queda echarle ganas y sacar el mejor provecho de esto”* (sic) Omar Prieto.

*“Más que nada creo que me apegue más a Dios, creo que pues está en sus manos el salir adelante, y también en la ciencia, que es un complemento de la enfermedad, yo tengo fe en Dios, creo en él y todos somos católicos y si antes tenía fe en el ahora estoy más apegado a la realidad de mi enfermedad”* (sic) Noé Padilla.

Aquí se puede observar cómo es que el poder simbólico de la religión y la fe en un ser supremo ha mantenido a los pacientes dentro de su mismo contexto cultural, lo que les ha permitido utilizar esta serie de símbolos y creencias como una herramienta más para seguir con su tratamiento, dejando a los pacientes, en muchas ocasiones con un sentimiento de confort al pensar que es una prueba que la vida les ha puesto, o bien viendo la enfermedad como algo que les permitió dejar atrás malos entendidos con sus seres queridos.

Se puede entender que las creencias de los pacientes, les han servido de apoyo y motivación para seguir su tratamiento con más rigor, pues su ideología les dicta que su enfermedad se trata de una “prueba” que la vida les ha puesto y que se tiene que afrontar y que es posible superar siempre y cuando se siga el tratamiento y no se pierda la esperanza en que todo pasa por algún motivo.

Para las creencias de cada uno de estos pacientes, la enfermedad se transforma en una oportunidad de superación personal y familiar, pues el paciente observa cómo es que sus relaciones con la familia se fortalecen, lo que genera un sentimiento de confort en ellos.

De igual manera, la rutina de los pacientes con respecto a los rituales y costumbres relacionados a sus creencias religiosas se modifican, y si bien en algunos casos ya no se tiene tanto contacto con la comunidad o con la misma iglesia, las creencias se hacen más presentes y se ven reflejadas en las acciones que realizan, pues a partir del diagnóstico, tanto ellos como sus familias tienden a orar más así como a apegarse más a su religión.

Las creencias religiosas de los pacientes les permiten de igual manera confiar más en el tratamiento médico que reciben por parte del Instituto, ya que de acuerdo a su experiencia y percepción, la enfermedad tiene un significado o razón, y la manera de

poder superarla es a través de las herramientas que la vida les ha puesto para salir adelante, en este caso, esas herramientas son los médicos y el tratamiento al cual están siendo sometidos.

La perspectiva que tienen los pacientes es que la enfermedad es una prueba, un obstáculo en su vida que solo podrán superar con el apoyo de la familia y la confianza que tienen en su religión, ya que esta es quien proveerá de los elementos necesarios para que sean sanados, y confían en el poder curativo de la Fe, sin dejar de lado que esta estará presente en los médicos y el tratamiento a través de los cuales ellos podrán recuperar su salud. Se observa el apego al valor simbólico de la religión y su poder curativo.

#### ***4.3 La economía del paciente, antes y durante la enfermedad***

La economía es uno de los factores que más influyen en la atención y el tratamiento de los pacientes, sea cual sea su diagnóstico. Si no son capaces de solventar los gastos de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia no podrán continuar con su atención médica en el Instituto.

Sumado a esto, la economía está ligada con respecto al lugar de origen de los pacientes, en el caso de los campesinos que proviene de lugares donde la economía es precaria y desigual en recursos que satisfagan sus necesidades básicas, como lo es la salud. Podemos afirmar que los pacientes campesinos de esta investigación viven en situación de pobreza, lo cual es un elemento importante en el análisis de la economía y la enfermedad.

Durante la investigación, se abordaron puntos donde los pacientes expresaron la manera en la cual se han visto modificadas sus actividades económicas a lo largo de su proceso de enfermedad. Comenzando desde que aprendieron el oficio de campesino, ¿desde hace cuánto lo ejercen, y en qué momento suspendieron el trabajo?, ¿cómo es que solventan los gastos del tratamiento y la estadía en el INCan? Si ellos son los proveedores económicos, o en el caso de la mujer, como

solventan los gastos si es su marido el proveedor económico y el dejó el trabajo para acompañarla en su tratamiento; además de saber su sentir al ya no trabajar y como esto se ve reflejado en su vida diaria. De esta manera, los pacientes inician relatando como comenzaron a trabajar como campesinos:

*“Desde chamaco, como de 15, 16 años ni salimos de la primaria éramos muy pobres”* (sic) Omar Prieto.

*“Desde los 12 años cuando terminé la primaria mi papá me llevaba al campo a trabajar con él”* (sic) Juana Sánchez.

*“Llevo 45 años como campesino. De ahí formé a mis hijos y de ahí pues de alguna manera los hice ser familia a cada quien”* (sic) Noé Padilla.

Observamos cómo el oficio es transmitido de generación en generación, y como la edad laboral es muy temprana, ya que el trabajo en este entorno sociocultural demanda que los hijos ayuden a los padres en sus actividades para se puedan ir solventando los gastos que se generan, además de que los campesinos heredan en algunas ocasiones las tierras que pertenecieron a sus padres, por lo que ellos están apegados a este lugar para trabajar como se les enseñó desde que eran niños.

El trabajo es una de las actividades que no pueden dejar de realizar ya que es la que les da el poder adquisitivo para solventar su vida, sin embargo, tienen que dejar esta labor al momento en el que ellos sienten que algo no está funcionando bien dentro de su cuerpo, es ahí cuando le dan la importancia a su malestar, como podemos analizar en los siguientes fragmentos:

*“Ya cuando el dolor no me dejaba enderezarme y trabajar bien, pues tuve que dejarlo... mis hijos que se han puesto a trabajar mi tierra y me ayudan con los gastos”* (sic) Federico Lazcano.

Aquí se observa como el rol de proveedor se ve alterado con la incapacidad del enfermo para trabajar, ya que en muchas ocasiones el paciente que es atendido es el único sostén de la familia a la cual pertenece.

*“Pues mire, yo andaba trabajando pero me empezaba a dar flojera levantarme y ya ni quería comer, pero así me iba a sembrar. Ya hasta la nohecita un tecito y a dormir. Ya un día nomás no pude levantarme para ir a trabajar, ya fue después de la sangres y el vómito, cuando nos fuimos al doctor”* (sic) Fernando Ramírez

En estos relatos vemos que los pacientes ya sentían molestias en su cuerpo, las cuales no eran de gran dolor o molestia y les permitía seguir trabajando, el momento clave para ellos es cuando esos síntomas no les permitieron con sus labores y tuvieron que abandonar el campo para acudir al médico. El paciente comienza a pasar por varios médicos hasta llegar al diagnóstico correcto que es el de cáncer gástrico (el cual no puede atender en su lugar de origen, de la mayoría de nuestros pacientes) lo cual lo hace salir de su localidad para buscar la atención y el tratamiento adecuados para recuperar su salud y su vida.

Con este cambio en la economía familiar, se aprecia cómo es que la estabilidad financiera se altera con la enfermedad, pues el paciente es quien generalmente estaba acostumbrado a laborar y llevar el sustento, actividad que se ve afectada al momento de iniciar con sus malestares, y que junto con su familia tienen que buscar alternativas de cómo solventar estos nuevos gastos, como se aprecia en este relato:

*“Mi complemento siempre ha sido mi esposa que me ayuda a vender el producto. Entonces, pues nunca dependimos de nadie, más bien mis hijos dependieron de nosotros. En cuanto a cómo fueron creciendo, se fueron separando y haciendo sus vidas con sus parejas, entonces es por eso que en estos momentos estoy ahorcado porque no tengo otra posesión, no tengo de donde echar mano para ir saliendo de mi enfermedad pero digo, tampoco me siento arrepentido”* (sic) Francisco Gómez.

Los pacientes se sienten con culpa al saber que sus familias no cuentan con el recurso para el tratamiento que requiere, además de que no solo son los gastos que genera la atención y el tratamiento dentro del Instituto, sino también los recursos destinados al transportarse y la alimentación fuera de su hogar, los ahorros se ven menguados y buscan otras alternativas de cómo obtener ingresos; vender sus tierras de cultivo o los animales que tienen.

*“Ahorita le digo que nuestros ahorros ya se acabaron, este, pues ahorita va la radioterapia y no es muy caro, pero pensábamos que sí, porque preguntábamos y nos decían que valía como 6 mil por dos”* (sic) Jazmín Sánchez.

De la misma manera, algunos pacientes relatan la vida que llevan al salir del Instituto después de una consulta médica:

*“Traemos para gastar doscientos pesos. A veces cuando pasamos a echar taco más pero a veces nos lo brincamos porque la verdad venimos con lo justo a veces con ciento cincuenta. Por eso a veces nos quedamos en el albergue porque del pasaje que nos cobra el Estrella cuarenta de venida y cuarenta de ida por los dos y luego el metro y la combi. En General Anaya agarramos la combi”.* (Sic) Federico Lazcano

*“El transporte está carísimo desde allá para acá. Luego llegamos acá a la Central del Norte y en metro y camión para acá. Además siempre que nos citan debemos quedarnos dos días aquí, llegar uno antes e irnos uno después porque no da tiempo de ir y venir el mismo día”.* (Sic) Omar Prieto

Apreciamos como el factor económico, si bien es cierto, no es el principal, si es uno de los factores más importantes a la hora de conocer la manera de vivir el proceso de enfermedad de los pacientes campesinos, pues en muchas ocasiones los pocos ahorros con los cuales cuentan, se ven afectados por su enfermedad, misma que les impide trabajar, lo que genera aún más presión moral en ellos mismos, pues a lo largo de su vida han sido el sostén económico y en este momento la enfermedad los ha privado de ese rol, lo que los limita no solo económicamente, sino también socialmente, emocionalmente, moral y físico.

Estos factores, marcaran de una manera determinada el proceso de salud-enfermedad que seguirá el paciente a lo largo de su tratamiento, haciéndolo más llevadero o bien, complicándolo ante las dificultades a las cuales se pueda enfrentar derivadas de esta serie de cambios en su vida.

Conforme va pasando el tiempo y el tratamiento, el paciente se va adaptando de una u otra forma a estos cambios, y la manera en que su enfermedad va progresando, el

paciente genera en sí mismo una idea de lo que puede conllevar vivir con una enfermedad como lo es el cáncer gástrico. Se generan miedos e inquietudes que después desaparecen o bien se profundizan con el pasar del tiempo, por lo que los planes del paciente se modifican quedando sujetos a la manera en que van evolucionando dentro del INCan.

## CAPÍTULO V

### PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON RESPECTO AL CÁNCER GÁSTRICO

La expectativa que el paciente tiene con respecto a su enfermedad se va modificando al momento de recibir la atención y el tratamiento dentro del Instituto. Si bien es cierto que al recibir el diagnóstico de cáncer gástrico lo primero que viene a la mente de un paciente y de su familia es la muerte, esta idea va cambiando cuando acuden a las citas médicas y el costo del tratamiento es una de las cosas que preocupa a los pacientes pero les da la esperanza de que al recibir ya sea la quimioterapia o la radioterapia sanaran y podrán regresar a su vida.

El paciente narra su experiencia a través de los signos de la enfermedad que representa. Puesto que la enfermedad no solo lesiona la integridad biológica del paciente, también compromete la integridad moral y su inserción social en el ámbito familiar y su contexto social.

En el proceso de las entrevistas a los pacientes se les preguntó sobre el cáncer, cuál fue el sentir de ellos y de sus familias al conocer la enfermedad. Además de indagar en sus preocupaciones sobre la enfermedad y a largo plazo, como él ve a su familia y sus planes para su recuperación.

En el primer aspecto, sobre el conocimiento sobre la enfermedad, su sentir e impresión al saber que tenían cáncer gástrico las respuestas que obtuvimos son las siguientes:

*“Pues al principio uno no sabe verdad, nada más lo que se dice en la tele o lo que la gente cuenta que le dio a algún familiar, pero nada más, dicen que el cáncer es una enfermedad mortal pues, y uno que no sabe se cree mucho de eso que dicen los demás”* (sic) Jazmín Sánchez.

*“Pues cuando nos dijeron lo que tenía, al principio me asusté mucho, porque pensé que me iba a morir, pero después el doctor me explicó que tenía que hacerme un tratamiento y que pues me podía curar verdad. Ahorita ya llevamos un rato con esto*

*y poco a poco esto que he vivido me ha ayudado a entender mejor lo que es el cáncer” (sic) Felipe Gómez.*

*“La verdad ya tenía más o menos una idea de lo que era, pero no sabía que el cáncer te podía dar en cualquier parte del cuerpo, yo pensaba que era una enfermedad así como la gripa, que te daba en todo el cuerpo, y pues al principio lloré mucho, no sabía qué pasaría con mi familia porque era mucho gasto y pues no tenemos dinero” (sic) Omar Prieto.*

La percepción de los pacientes se encuentra estrechamente relacionada al conocimiento general del cual se desprende su entorno, en este caso, un ambiente rural, donde la primera impresión al recibir la noticia, se encuentra generada de un desaliento, miedo o tristeza generados a partir de la idea con la que cuentan ellos y las personas que les rodean; pero esta cambia en los pacientes y su familia al encontrar la posibilidad de sanar con la atención y el tratamiento que reciben en el Instituto.

Lo que podemos observar en estos testimonios, es el desconocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes campesinos al momento de tener el diagnóstico de cáncer gástrico, cargando siempre con las ideologías colectivas que marcaban un suceso de carácter trágico cuando se habla de cáncer.

Por otra parte, desde el momento en que fueron diagnosticados, cada uno de los pacientes vivieron una transformación con respecto a su pensamiento sobre lo que era la enfermedad y las expectativas que tiene, pues al momento de iniciar el tratamiento, los pacientes, así como sus familiares, se informan de una u otra manera acerca de lo que es el cáncer, sus cuidados, mitos y realidades a las cuales se enfrentan a diario.

Es a partir de que se encuentran inmersos en el padecimiento del Cáncer Gástrico, que la percepción de los pacientes cambia, y esos sentimientos de tristeza y miedo van evolucionando de acuerdo a como va avanzando el tratamiento, pues los pacientes conocen más acerca de lo que es la enfermedad, así como el hecho de que si bien se trata de una situación muy grave, también existe la posibilidad de

recuperar su salud, lo que los lleva a motivarse y seguir adelante con su vida habitual dentro de lo posible.

Lo que sigue para el paciente, una vez que conoce mejor la enfermedad que lo acongoja, es la manera en que piensa acerca del padecimiento, pues a pesar de saber que pueden llegar a recuperarse, les angustia el hecho de tener que ser sometidos a un tratamiento durante largo tiempo, pues eso significa para ellos una preocupación en cuanto al desgaste que pueden sufrir ellos y su familia así como su economía, la cual, mientras más tiempo lleve el tratamiento, más directamente va mermando al paciente moral y físicamente.

Con respecto a ese sentimiento, se les pidió a los pacientes a que enumeraran cuál era su mayor preocupación hasta el momento actual con respecto al cáncer, a lo cual respondieron:

*“Bueno casi más mis hijos, los que quedaron en la casa porque los otros ya este pues viven aparte no, ya casi hicieron su vida, pero los dos que ya trabaja también la muchacha. Pero la niña si, pues depende de mí de por si todavía, trabajaba yo ahora ya no puedo trabajar, ahorita me ayuda más mi hija con los gastos de la casa, ella trabaja en casa.”* (Sic) Federico Lazcano.

*“Mi salud, mi familia y también la economía, porque no sé hasta cuándo van a aguantar mis hijos con mi tratamiento”* (sic) Jazmín Sánchez.

Las respuestas son variadas, en el primer caso se centra en la cuestión del cuidado de la menor; los demás pacientes se centran en que la cuestión económica es lo que los hace llegar a un punto de sufrimiento, que se une con la familia, su futuro y cuánto tiempo más podrán seguir con este ritmo de vida, dejando así a la enfermedad como tal en un segundo plano.

Mientras en otros, además de la cuestión económica, se observa que ellos quieren un alivio ya sea por sanación o por muerte, esto debido a las preocupaciones que sus tratamientos les generan y que podemos observar a continuación:

*“Que la enfermedad sea muy larga. La verdad ya ahora que se lo que tengo si me gustaría que sí sé que me voy a curar, pues vale la pena, pero si ya no se puede hacer mucho, pues tampoco quiero estar sufriendo como mucha gente que veo por aquí.”* (Sic) Jazmín Sánchez.

*“El dinero...si, por que luego no hay, imagínate ahora ya dijo el doctor que va a tratar de reducir lo que tengo para una operación, para operarlo, pero va a ser caro. Más bien me gustaría ya salir de aquí y regresarme a mi casa, ya sea para curarme o para poder descansar un poco y prepararme para lo que venga”* (sic) Omar Prieto.

Sin embargo, a pesar de estas respuestas, estos pacientes tiene planes a futuro, es decir, que a pesar de creer por momentos que no existe probabilidad de curarse o de existe una próxima muerte inminente, está por encima de estos sentimientos la familia y la posibilidad de restablecer su vida a como era antes de que se desencadenara el problema de salud.

*“Tenemos fe en que si se pueda. Aquí llegamos y de aquí tenemos que salir bien aunque dilatemos un poquito, tenemos fe en que venimos malos pero tenemos que salir bien”* (sic) Noé Padilla

*“Pues solo quiero mejorar y aprovechar el tiempo que Dios nos permita, atender mejor a mi familia, ser mejor vecino, mejor esposo. Funcionar mejor como empresa, ser mejor ciudadano y ayudar a otro si está en mis manos, he pensado mucho, tanto en lo bueno como en lo malo, en momentos de reflexión si lo hago. Antes de la enfermedad también lo hacía solo que veía un futuro más prometido, sin la enfermedad, para mí era todo felicidad, todo alegría, y sentía yo que no me faltaba nada en lo moral, tanto como padre, como esposo, me sentía pleno. Más sin embargo ahora con la situación pues no queda más que afrontarse a la enfermedad y echarle ganas a la vida y si yo no la supero, creo que moralmente nadie me ayudará a superarme y es complemento para salir adelante”* (sic) Francisco Gómez.

Lo que observamos en estos comentarios es que la enfermedad aunque la tenga solo el paciente, se ve reflejada en su familia y seres queridos así como en su forma de vida antes de la enfermedad.

El paciente se mantiene consciente de su enfermedad y los riesgos que esta conlleva, se observa claramente que desea existir con los otros, no dejar el mundo en el cual él habitaba y era él quien decidía la mayor parte de sus acciones.

Estos pacientes tienen ciertas particularidades que se observan a lo largo de toda la investigación, y que son inobjetables al momento del padecimiento, nos referimos que son personas apegadas a su familia y que se sienten hasta cierto punto culpables de no haber podido conservar la salud para seguir siendo la fortaleza familiar que hasta el momento de la enfermedad eran; sin embargo esto no ha sido motivo para la desunión familiar y no han sufrido ningún tipo de abandono, que es uno de los principales temores de estos pacientes.

Por otra parte, se observa que si el sentir del paciente con respecto a la institución donde está siendo atendido es positivo, las cargas físicas y morales que generan el tratamiento, se vuelven más llevaderas, pues el simbolismo que se genera en torno a la institución en la cual está siendo atendido, le genera una mayor disposición para llevar a cabo su tratamiento.

Esto es relevante ya que para un paciente, la percepción que genera sobre el lugar donde está siendo atendido y las personas que lo reciben, puede llegar a determinar si continúa con su tratamiento, o bien si busca alguna otra alternativa que cree que puede dar un mejor resultado. Para este estudio, se puede ver reflejado el reconocimiento y prestigio que tiene el INCan en lo referente a tratamiento y atención a nivel nacional, pues los pacientes, si bien se enfrentan a grandes dificultades para ser atendidos, la idea de que su tratamiento es el correcto y el mejor que pueden recibir, les ayuda a continuar con la dura tarea de salir de su lugar de origen y transportarse hasta la ciudad para ser atendidos, esto lo podemos ver en los testimonios siguientes:

*“A veces tratamos de que llevemos las cosas como ahorita, llegamos aquí si el médico nos dice aguántese ocho días nos aguantamos ocho días. Si nos dice pásenle de una vez, de una vez pasamos que yo quisiera que nos los diera” (sic) Francisco Gómez.*

*“Si tengo confianza en mí médico. Ahorita estamos esperando que me hagan otra endoscopia y entonces ver si ya me pueden operar o se sigue con más quimios, porque sabemos que esto ya no se quita, el cáncer solo se controla y es para toda la vida y entonces yo soy consciente de eso”* (sic) Federico Lazcano.

*“Pues la verdad cuando llegue no sabía cómo me iban a recibir, pero los doctores siempre me han hablado derecho y pues no queda más que confiar en ellos porque por algo están ahí ¿no? Afortunadamente mi cuerpo respondió bien al tratamiento, y pues también yo tomándome mis pastillas y viniendo a mis tratamientos, pues juntos pudimos salir a delante”* (sic) Fernando Ramírez.

En cada uno de los casos que se presentan a lo largo de la investigación se ve reflejada una posición positiva en cuanto al sentir de los pacientes con respecto a la Institución, y contrario a lo que se esperó en un principio, la confianza que se tiene al tratamiento dentro del Instituto es plena, lo cual es beneficio para el paciente y la familia que le acompaña, al saber que será tratado con calidez y calidad para que el recobre la salud y por ende, su vida cotidiana.

## DISCUSIÓN

Dentro de los postulados que se mencionan al inicio de esta investigación, podemos apreciar que la información de carácter social y cultural con respecto a pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico, es escasa, porque estos pacientes se ven como estadísticas y no como personas que tienen un problema de salud y un padecimiento por esta enfermedad.

Dentro de los antecedentes, apreciamos que la alimentación es más un aspecto de calorías consumidas, en grupos de control, comparando las calorías consumidas en pacientes de diferentes regiones; en este estudio, la alimentación la tomamos como un aspecto sociocultural, indagamos en la manera en que los pacientes perciben su alimentación y si creen que ella tiene que ver con su enfermedad, lo que deja abierta la posibilidad de un futuro estudio con respecto a la alimentación de los campesinos desde un enfoque social, contemplándolo como un acto social y de convivencia con su entorno, así podremos comprender de mejor manera como es que este hábito se modifica y afecta a una persona una vez que se adquiere una enfermedad que se relaciona directamente con su manera de alimentación.

Dejando atrás los antecedentes, comenzaremos a referirnos a los primeros síntomas con respecto a la enfermedad, nos encontramos con que para los pacientes campesinos, los malestares estomacales o físicos son parte de su vida cotidiana, por lo que no buscan atención médica después de los primeros síntomas al considerarlos como algo común. Esto deja en evidencia que no solo es suficiente implementar programas de prevención, sino que también es necesaria una investigación que permita comprender de mejor manera, a qué tipo de malestares están acostumbrados este grupo de personas y como es que se pueden habituar a un cierto dolor cuando su modo de vida no les permite dejar sus actividades de lado para atenderse.

Para comprender mejor la manera mediante la cual cada paciente lleva a cabo su tratamiento, nos damos cuenta de que el aspecto económico tiene una gran influencia cuando se trata de un padecimiento prolongado, pues en una enfermedad

como lo es el cáncer, debemos comprender que dependiendo de la duración de un tratamiento es el costo que este llevara, aunado los demás servicios que se deben de tener al recibir la atención y el tratamiento. Y que se liga con el hecho de que un paciente es sacado de su entorno para ser atendido en otro totalmente diferente como lo es el del Instituto, significa un desgaste tanto físico, como de relaciones sociales con su cuidador primario y económico para toda la familia, lo que podría derivar en una interrupción del tratamiento. Es por ello que se deben tomar en cuenta los efectos de una atención a distancia para el paciente, ya que el recorrido desde el lugar de origen hasta el Instituto, genera en el paciente complicaciones que se ven reflejadas en el aspecto físico y emocional.

## CONCLUSIONES

Durante el análisis de cada entrevista de manera individual y grupal, además de las observaciones anotadas en los diarios de campos, confirmamos que el primer axioma que maneja esta investigación es afirmativo, debido a que la enfermedad es diagnosticada en etapas avanzadas cuando llegan al Instituto, debido a que los pacientes no acuden con regularidad a una revisión médica en el momento de sentir malestar; lo que dificulta la atención y el tratamiento oportuno; y cuando buscan la atención médica, reciben diagnósticos que no son los oportunos, lo cual hace que el cáncer gástrico no sea reconocido hasta varios meses después de iniciar el malestar.

- Se puede observar un problema de trabajo en el sistema de salud con lo referente a la prevención de todas las enfermedades de alta incidencia y especialmente aquellas que de no ser atendidas a tiempo pueden ser mortales, pues la falta de conocimiento sobre los primeros síntomas de esta enfermedad generan que las poblaciones vulnerables busquen alternativas a sus síntomas, lo que puede derivar en una tardía atención a su enfermedad.
- Junto con el hecho de la falta de información, nos encontramos con el aspecto del trabajo y el acceso a la salud en las comunidades donde los campesinos viven, pues para ellos el trabajo es una parte primordial para su vida no solo en el aspecto económico, sino también en el cultural, pues las actividades diarias de los pacientes los definen en su rol familiar, lo que genera una idea de compromiso en el paciente hacia sus actividades, mientras que las instancias de salud significan para ellos el tener que dejar sus labores de lado por un momento prolongado para atenderse, y en muchas ocasiones prefieren no tomar esta opción pues no cuentan con el tiempo para hacerlo. Es de esta manera que surge la automedicación como una alternativa a sus malestares y si tienen un alivio temporal no acuden con el médico sino hasta que el mismo malestar ya les impide llevar a cabo sus labores cotidianas.
- Con respecto a nuestro segundo postulado, éste no es comprobable con los pacientes de la investigación, ya que no acudieron como primera instancia a la medicina tradicional de sus lugares de origen, solamente usaban la herbolaria y algunos medicamentos que ellos compran o les recomiendan para quitarse el

malestar, antes de tener el diagnóstico de cáncer gástrico, los cuales suspendieron por temor a que se contrapusiera con el tratamiento de quimioterapias y radioterapias recibidas dentro del Instituto.

- Durante el proceso de las entrevistas, los pacientes mencionaron la confianza a los médicos y al Instituto, convencidos de que al seguir el tratamiento como se les indica, pueden recuperar su salud. Esto se ve reflejado en el esfuerzo que hacen tanto ellos como sus cuidadores primarios para asistir a las citas en el Instituto, a pesar de que esto signifique salir por completo de su entorno habitual, lo que les genera un desgaste físico y cultural al encontrarse en un lugar ajeno al suyo.
- Dentro de los postulados se maneja el factor económico de no acudir a las instancias de salud, es decir un día en el médico es un día de trabajo perdido y por ende, de dinero. Lo que observamos respecto a esto fue que los pacientes campesinos no acuden al médico o su centro de salud no por este factor, sino por el hecho de que ellos no se sienten enfermos o bien, su malestar no les impide llevar a cabo su vida normal, y es hasta el momento en que físicamente no pueden continuar con sus labores que ellos buscan esta atención. Si bien puede existir una relación entre el factor económico y el trabajo, es más trascendente el hecho de que un paciente no se atiende para no dejar de lado sus actividades diarias (su rol). Por lo tanto se rechaza completamente el postulado referente a que la economía influye en la primera instancia de atención, mostrándonos que el factor económico influye de manera más directa en un tiempo posterior al diagnóstico.
- Referente al entorno social, el paciente vive un cambio que le genera al principio temor y desconfianza, del cual logra sobreponerse poco a poco mientras transcurre su tratamiento, y dentro de la familia se va generando la expectativa de sanación del paciente y no de muerte como se tenía pensado cuando supieron que la enfermedad era cáncer gástrico.
- Por otra parte, las personas que están fuera de la familia y desconocen estos aspectos, mantienen una idea errónea de lo que es el cáncer, lo cual le afecta al paciente de manera directa al saberse observado como objeto dentro de la comunidad, por lo que prefieren estar alejados de la comunidad.

- Si bien es cierto que la familia es de vital importancia para el paciente, a este también le afecta la situación que vive con sus vecinos y amigos ya que se siente excluido, esto le genera molestia pero sabe que cuenta con el apoyo familiar y que no será abandonado por no cumplir con sus roles sociales, los cuales, a pesar de estar definidos plenamente pasan hacer sustituidos por un nuevo rol de persona enferma, él lo acepta y deja que esto suceda para que su familia se haga cargo de él, cuyo único objetivo primordial es buscar su recuperación.
- Lo que se aprecia en el entorno cultural, dentro de la alimentación como punto de partida es que los pacientes campesinos, sin importar su lugar de origen o de residencia, tienen una costumbre similar con respecto a los horarios y porciones de comida, el ayuno o la poca alimentación es vista como parte de su vida cotidiana, costumbre que se ha ido pasando de generación en generación como su oficio y que ellos no creen que tenga que ver con su enfermedad, ya que todos consideran su alimentación como “buena” u óptima.
- Con respecto a sus hábitos con el tabaco y el alcohol, ellos mencionaron en su mayoría que bebían pero no eran adictos, y con el tabaco solo un par de pacientes mencionaron que si fumaban pero no creen que el tabaco tenga que ver con su enfermedad ya que ninguno considera tener un hábito arraigado de tabaquismo, lo que deja de lado el hecho de que existan algunos prejuicios de los pacientes con respecto a que su enfermedad este ligada a estos hábitos.
- La fe es parte importante en lo referente al aspecto cultural pues todos los pacientes son creyentes católicos practicantes, y se observó un mayor apego a la fe desde que comenzó la enfermedad y los malestares, esto les ha servido como terapia y también para mantener las fuerzas necesarias para su atención y tratamiento, lo que a su vez ha generado un mayor apego a sus creencias, y a pesar de que no todo su círculo primario de apoyo comparte esto, ellos respetan sus puntos de vista y los apoyan.
- El aspecto económico es otro de los factores que se analizan y de los que más se preocupan los pacientes, generan mayor conflicto y en ocasiones los lleva a posponer o dejar de lado su tratamiento, pues los medicamentos que son recetados o necesarios, cuentan con precios elevados que no pueden ser solventados por una

familia cuyo proveedor principal o secundario no puede ejercer su labor. Se debe considerar para este aspecto que el simple transporte y asistencia a las diferentes citas, generan gastos extras al paciente, por lo que los recursos se ven disminuidos muy rápidamente, a pesar de contar con algún ahorro previo a la enfermedad.

- Una vez dentro del padecimiento de los pacientes, el factor económico también está presente, ya que para ellos su salud depende del saber si tendrán o no ingresos para continuar su tratamiento, esto se convierte en una de las principales preocupaciones, lo que ocasiona que el paciente desee un alivio pronto, no solo para dejar de generar estos gastos, sino para que su familia ya no se preocupe tanto por él y por los costos que tienen que cubrir. Mientras que por otra parte, las preocupaciones principales de su círculo primario se enfocan plenamente en que el paciente recupere la salud y pueda regresar a su cotidianidad.
- Con este análisis tenemos un panorama general del comportamiento sociocultural de los pacientes campesinos, además de que se observan las particularidades de esta población, con lo cual permitirá que el servicio brindado dentro del Instituto sea complementario, atendiendo de mejor manera, no solo el estado de salud físico del paciente, sino también tomando en cuenta las diferentes situaciones que la enfermedad genera tanto en ellos como en los familiares, lo que sin duda se verá reflejado en un mejor tratamiento y un mejor proceso de atención dentro del Instituto Nacional de Cancerología.
- De esta manera se pretende que, de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, se tomen en cuenta las diferentes causas de cómo es que se lleva a cabo la atención y el tratamiento, rescatando la experiencia del paciente y como es que él y su familia, en muchas ocasiones no necesitan solo atención médica, sino también un apoyo multidisciplinario que le permita atender los conflictos generados por la enfermedad y los tratamientos, así como los motivos por los cuales en ocasiones los tratamientos pueden ser interrumpidos, retrasados, o modificados en algún aspecto por el paciente.

## RECOMENDACIONES Y APORTACIONES

Se hace mención en toda la investigación de los aportes recibidos por parte de los pacientes, los cuales fueron recuperados al utilizar la entrevista con profundidad, herramienta de la investigación cualitativa que debe de ser parte importante cuando los pacientes están en el proceso de atención y tratamiento dentro del Instituto, puesto que solo se les realiza una entrevista, llamada de primera vez, cuando ingresan al Instituto y que solo se enfoca en las partes socioeconómicas del paciente.

Dentro de la investigación, la entrevista con profundidad fue la herramienta que utilizamos para recolectar los relatos vivenciales sobre los problemas de salud y padecimientos de los pacientes; además de la observación y las conversaciones espontaneas que se mantuvieron con ellos cuando se les invitó al estudio y se siguieron sus casos en específico para saber su avance con el tratamiento que en esos momentos recibían dentro del Instituto a lo largo de casi dos años que duro la investigación.

Los pacientes, al finalizar la entrevista expresaban sentirse aliviados de poder contar lo que ellos estaban viviendo desde que comenzó su proceso de enfermedad y que no compartían con sus familias ni con los médicos porque no creían que se les diera el valor a la historia de vida que traen consigo, lo cual es parte de la labor del trabajador social dentro del Instituto, que a través de las entrevistas pueda detectar y comprender las necesidades, carencias y problemáticas socioculturales y económicas que los pacientes tienen consigo al momento de la atención y el tratamiento.

Tomando siempre en cuenta el trato de calidad, calidez y profesionalismo que merece cada paciente y su cuidador primario, ya que en casos como el de los campesinos, están fuera de su contexto y el salir de ahí les provoca un choque social y cultural, dentro y fuera del Instituto, lo cual los hace tímidos y retraídos, como pudimos apreciar cuando comenzamos el estudio y al dialogar con ellos.

Es primordial que el Trabajo Social dentro del Instituto continúe siendo un enlace constantemente optimizado entre los pacientes y el cuerpo biomédico que los atiende, ya que en ocasiones, los médicos y enfermeras desconocen el entorno del paciente y al no ver que lleguen a tiempo a sus citas o que no llevan al pie de la letra los tratamientos, piensan que ellos no tienen intención de curarse, lo que puede llegar a derivar en un conflicto y posterior pérdida de confianza por parte del paciente a la institución, generando así un abandono al tratamiento.

La atención y el tratamiento deben contener un equipo integral de trabajo que le permita al paciente y a su cuidador primario vivir esta etapa no solo desde lo biológico, sino observando los factores sociales, culturales y económicos que influyen en la enfermedad a través del intercambio de ideas, conocimientos y tratamientos entre cada uno de los integrantes del equipo.

Se debe mantener una comunicación permanente, abierta y de confianza entre el paciente y Trabajo Social, de manera tal que al presentarse alguna dificultad o anomalía en el tratamiento por algún factor ajeno a la institución, el paciente se sienta con la seguridad de notificarlo y no dejarlo de lado ocasionando que se pierda tiempo en el tratamiento. En todo momento el paciente debe ser consciente de los procesos y tratamientos a los que será sometido, así como la existencia de apoyos que pueda aprovechar de acuerdo a su condición social.

El respeto hacia las creencias e ideas que el paciente tiene debe de ser total, pues de criticarlo o contradecirlo, este se puede sentir agredido y difícilmente continuará su tratamiento, es necesario hacerle notar de una manera empática sobre alguna idea errónea que tenga y demostrarle que no tienen ningún enemigo dentro de la Institución.

Una vez terminado el proceso de cada paciente dentro del Instituto, ya sea por alta o defunción, mantener los resultados de las entrevistas para analizar en futuras investigaciones, los aspectos que se pueden mejorar y cuáles serán las adecuadas para poder intervenir con estos pacientes desde el Departamento de Trabajo Social.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barbosa Besada Eduardo,  
*Cáncer de Estómago*, Revista médica Hered de Perú 1996.
- Boixareu Rosa María,  
*De la antropología filosófica a la antropología de la salud*", Editorial Herder,  
Barcelona 2008.
- Calderón María Elsa,  
*Evolución del cáncer gástrico en 30 años 1975-2005* Revista Chilena de Cirugía  
Chile 2007.
- Carrillo López Lizbeth  
*Alcohol consumption and gastric cancer in México* México 1998 Gaceta Nacional  
de Salud Pública, Rio de Janeiro.
- Carrillo López Lizbeth,  
*Epidemiología del Cáncer de Estómago* Revista del Instituto Nacional de  
Cancerología, México 1995.
- Davison Pacheco Guillermo,  
*Herramientas de investigación social: guía práctica del método genealógico*,  
Coedición Universidad de la Frontera (Chile) y Universidad Iberoamericana  
(México), Chile 2006.
- De la Cruz Isabel,  
*Introducción a la antropología para la intervención social*, Editorial Tirant lo Blanch,  
Valencia España, 2002.
- Duch Luis,  
*Antropología de la vida cotidiana, simbolismo y salud*, Editorial Trotta, Madrid  
2002.
- Geertz Clifford,  
*La interpretación de las culturas*, Editorial Gedisa, Barcelona 2003.

Hernández Sampieri y coautores

*Metodología de la investigación*, cuarta edición, Editorial McGraw-Hill interamericana, México 2006

Madrazo Armando

*Helicobacter Pylori y Cáncer*, Revista Gastrohnup, México 2009

Rodríguez Mariana,

*Factores epidemiológicos relacionados al cáncer gástrico en pacientes del hospital universitario Antonio María Pineda de Barquisimento durante el periodo 1998-2002*

Boletín Médico de Posgrado, Venezuela 2004

Tamayo Luis

*Incidencia de Cáncer Gástrico Tungurahua, primer quinquenio 1996-2000*, Revista de Oncología, Ecuador 2002

Vargas Luis Alberto

*Antropología y medicina. Una contribución para conciliar un doble recorrido 2006*  
Revista italiana di studi americanistic No20

Villalobos Pérez José de Jesús,

*Cáncer de Esófago, Estómago y Duodeno* Instituto Nacional de Nutrición México 1973

Villalobos Pérez José de Jesús,

*Estudio de 25 años de cáncer del aparato digestivo en cuatro instituciones de la Ciudad de México* Revista de Gastroenterología de México, 2003

## ANEXOS

A continuación, se presentan las Fichas de identificación de los pacientes participantes en la investigación, en el anexo dos se encuentra la observación metodológica de todo el proceso y el anexo tres corresponde a la guía de entrevista que se utilizó con los pacientes campesinos con diagnóstico de cáncer gástrico atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología, para finalizar con la carta de consentimiento informado.

### Anexo N° 1

Ficha de identificación de los pacientes campesinos participantes en esta investigación, a los cuales se les ha cambiado el nombre por motivos de confidencialidad.

Nombre: Francisco Gómez	Sexo: Hombre
Edad: 56 años	Estado civil: casado
Escolaridad: Primaria completa	Lugar de procedencia: Xochimilco, Distrito Federal
Diagnóstico: Tumor maligno en el estómago.	Nivel asignado: 1
Fecha de ingreso al INCAN:	15 de noviembre 2011.
Dinámica familiar:	Pertenece a una familia nuclear inmersa en el ciclo del desprendimiento. Vive con su esposa e hija menor. Procrea 5 hijos, los cuales todos están enterados de su enfermedad.
Responsable legal:	Esposa, quien funge como cuidador primario.

Nombre: Federico Lazcano.	Sexo: Hombre.
Edad: 59 años.	Estado civil: Casado
Escolaridad: primaria incompleta	Lugar de procedencia: Ixtapaluca, Estado de México.
Diagnóstico: Tumor maligno en el estómago.	Nivel asignado: 1
Fecha de ingreso al INCAN:	14 de noviembre de 2011.
Dinámica familiar:	Pertenece a una familia nuclear en etapa de desprendimiento, procreo 3 hijos, vive con su esposa y su hijo, quien es el proveedor económico de la familia.
Responsable legal:	Esposa, quien funge como cuidador primario.

Nombre: Noé Padilla	Sexo: Hombre.
Edad: 56 años	Estado civil: Casado
Escolaridad: Primaria completa	Lugar de procedencia: Tétela del Volcán, Morelos.
Diagnóstico: Tumor maligno en el estómago.	Nivel asignado: 1
Fecha de ingreso al INCAN:	27 noviembre 2011
Dinámica familiar:	Perteneciente a una familia nuclear inmersa en la etapa del desprendimiento, vive con su esposa, procreo 3 hijos, de los cuales, solo una apoya económicamente a sus padres.
Responsable legal:	Esposa quien funge como cuidador primario

Nombre: Jazmín Sánchez	Sexo: Mujer
Edad: 57 años.	Estado civil: Casada
Escolaridad: Primaria incompleta	Lugar de procedencia: Jalatlaco, Estado de México.
Diagnóstico: Tumor maligno en el estómago.	Nivel asignado: 1
Fecha de ingreso al INCAN:	19 de diciembre de 2012

Dinámica familiar:	Pertenece a una familia nuclear inmersa en el ciclo de nido vacío, procreo 3 hijos los cuales saben de su enfermedad y le apoyan económicamente. Vive solamente con su marido.
Responsable legal:	Esposo quien funge como cuidador primario

Nombre: Fernando Ramírez	Sexo: Hombre
Edad: 64 años.	Estado civil: casado.
Escolaridad: primaria completa	Lugar de procedencia: El Oro, Estado de México.
Diagnóstico: Tumor maligno del estómago.	Nivel asignado: 1
Fecha de ingreso al INCan:	25 de octubre de 2011
Dinámica familiar:	Familiar inmersa en el ciclo de nido vacío, procreo 3 hijos. Vive con su esposa, su hijo se hace cargo de los gastos del hogar desde que el paciente está enfermo.
Responsable legal:	Hijo, quien funge como cuidador primario

Nombre: Omar Prieto.	Sexo: Hombre.
Edad: 61 años	Estado civil: casado
Escolaridad: Analfabeta	Lugar de procedencia: Acayucan, Veracruz.
Diagnóstico: Tumor maligno del estómago	Nivel asignado: 1
Fecha de ingreso al INCan:	25 de octubre de 2011
Dinámica familiar:	Perteneciente a una familia nuclear inmersa en el ciclo vital de hijos adolescentes, procreo 3 hijos, de los cuales solo una vive separada de la familia. Recibe el apoyo económico de los hijos y la esposa.
Responsable legal:	Esposa, quien funge como cuidador primario.

## **ANEXO N° 2**

### **Observaciones Metodológicas**

El proceso de investigación duro dentro del INCan año y medio, en el cual se hizo el contacto con los pacientes en sus citas médicas en el Instituto.

Al momento de invitarles a participar en el estudio, ellos acudían acompañados de sus cuidadores primarios, y eran quienes pedían toda la información acerca de la investigación y el objetivo de ella.

Los pacientes en estos primeros encuentros permanecían ajenos a la conversación que manteníamos con sus cuidadores, y eran estos quienes aceptaban y programaban la reunión para la entrevista con profundidad.

Al llegar a la entrevista, siempre fueron acompañados de su cuidador; al momento de comenzar, los pacientes se sintieron con la confianza de expresar como fue que inicio su problema de salud, las preocupaciones que tenían con la enfermedad y las perspectivas del futuro.

También se creó un ambiente para que hablaran sus cuidadores acerca de estos mismos temas, que por diversas razones no habían podido charlar en sus casas o con sus pacientes; dándonos sesiones de entrevistas de hasta cuatro horas.

En estas entrevistas, los pacientes al expresar sus sentimientos con respecto a la enfermedad tuvieron tiempo de llanto, el cual al final de las entrevistas agradecieron, ya que a ellos no les agrada que les vean llorar en su casa, pero fue el valor simbólico de la escucha a sus problemas los que les dio la oportunidad de desahogar esos sentimientos con respecto a su familia y a su entorno.

Después de las entrevistas, se tuvo un tiempo de seguimiento con cada uno de los pacientes, en donde se observaba como era su tratamiento dentro del Instituto, en donde se observo cómo cada uno evolucionaba, y durante este proceso los pacientes seguían acercándose para compartir sus experiencias. En este lapso de tiempo, un paciente paso a cuidados paliativos, otros cuatro continuaron en tratamiento de quimioterapia y radioterapia, mientras uno fue dado de alta.

## ANEXO N° 3

### Guía de entrevista

Las preguntas aquí mencionadas fueron usadas como referencia, ya que la entrevista con profundidad es una dialogo abierto con los participantes para crear un ambiente de confianza y calidez en donde se puedan expresar.

<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA</b>	
<b>DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL</b>	
<b>COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN</b>	
Guía de Entrevista Cáncer Gástrico en Campesinos	
<b>Datos generales:</b>	
Nombre:	Sexo:
Edad:	Estado civil:
Escolaridad:	Lugar de procedencia:
Diagnóstico:	Nivel asignado:
Fecha de ingreso al INCan:	
Dinámica familiar:	
Responsable legal:	
<b>Representante legal (cuidador primario)</b>	
Nombre	
Sexo	M ( ) F ( )
Edad	

#### Primeros síntomas

1. ¿Hace cuánto tiempo fue que se empezó a sentir mal?
2. ¿Cómo fue que inicio su malestar?
3. ¿Cómo fue evolucionando el malestar que sintió?
4. ¿Cuánto tiempo tardo en atenderse por primera vez?
5. ¿A dónde o con quién acudió en esa primera ocasión?
6. ¿Acudió a esa primera instancia convencido de que esa era su mejor opción?
7. ¿Qué fue lo que le dijeron que tenía?
8. ¿Qué le recetaron?

9. ¿Sintió alguna mejoría después de esa primera atención?
10. ¿Cree que esta primera instancia lo ayudo realmente?
11. ¿Cuándo fue atendido en una institución de salud (centro de salud, hospital, médico particular etc.), cuál era su confianza en ella?

### **Entorno social**

12. ¿Cómo describiría su casa?
13. ¿Con quién vive?
14. ¿Cuál ha sido la reacción de su familia desde que usted fue diagnosticado?
15. ¿Habla frecuentemente con sus familiares acerca de su enfermedad?
16. ¿Cuáles son las actividades que llevaba a cabo normalmente hasta antes de su enfermedad?
17. ¿Cuál ha sido la reacción de las personas que lo rodean (amigos, conocidos) al enterarse de su enfermedad?
18. ¿Cuál ha sido, desde su perspectiva, el sentir de su familia y amigos desde que usted fue diagnosticado?
19. ¿De quienes ha recibido el mayor apoyo desde que se encuentra con esta enfermedad?
20. ¿De las actividades que comúnmente hacía con su familia, las lleva a cabo actualmente?
21. ¿A dónde recurren cuando alguien está enfermo?

### **Entorno cultural**

22. ¿Cuál es el alimento que más se consume en su casa?
23. ¿Qué incluye su alimentación diaria?
24. ¿Cree que su manera de comer tenga algo que ver con su enfermedad?
25. ¿Acostumbra a consumir alcohol? En caso afirmativo, ¿desde hace cuánto y con qué frecuencia?
26. ¿Fuma? ¿Desde hace cuánto? ¿Cuántos cigarros al día consume?
27. ¿Ya antes había tenido enfermedades en el estómago?
28. ¿Cómo se curó de estas?
29. ¿Cree en alguna religión?
30. ¿Cómo influyen sus creencias religiosas en su afrontamiento de la enfermedad?
31. ¿De acuerdo a sus creencias, que piensa acerca de su enfermedad?
32. ¿La enfermedad le ha hecho dudar de sus creencias?

### **Entorno económico**

33. ¿Desde qué edad trabaja?
34. ¿Quién le enseñó a trabajar?

35. ¿Qué otros oficios ha ejercido o ejerce?
36. ¿Cuándo se sintió mal siguió trabajando?
37. ¿En algún momento dejó de trabajar por la enfermedad?
38. ¿Cómo ha afectado a los ingresos familiares su enfermedad?
39. ¿Cuánto tiempo le cuesta a usted el hecho de venir a su tratamiento?
40. ¿Cómo es que solventa sus gastos desde que inició su tratamiento?
41. ¿Desde que se le diagnosticó la enfermedad usted ha seguido trabajando?
42. ¿De qué manera ha afectado la enfermedad en su vida diaria?

### **Padecimiento**

43. ¿Se considera usted enfermizo?
44. ¿Qué es lo que más le preocupa acerca de su enfermedad?
45. ¿Ha podido llevar a cabo tareas de cuidado personal sin ningún problema?
46. ¿En qué momento fue que llegó al Instituto y se enteró de su enfermedad?
47. ¿Cuál fue su reacción ante el diagnóstico?
48. ¿De acuerdo a lo que usted piensa, cuáles cree que fueron las causas de su enfermedad?
49. Desde que se encuentra en tratamiento, ¿Se ha sentido mejor?
50. ¿Qué es lo que piensa que podría pasar en un futuro?
51. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?
52. ¿Qué es lo que más le preocupa a su familia en este momento de esta situación?

**ANEXO N° 4**  
**Carta de consentimiento**

Los pacientes entrevistados aceptaron su participación en la investigación firmando este documento que quedo resguardado en el Instituto Nacional de Cancerología.



**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA**  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “El cáncer gástrico en el contexto sociocultural y económico de los pacientes campesinos atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan)”

La decisión de participar implica que usted tenga pleno conocimiento del beneficio que traerá la presente investigación, así como el propósito de esta, que a continuación se muestra:

**PROPÓSITO:**

Analizar el entorno social, familiar y cultural de los pacientes campesinos con diagnóstico de cáncer gástrico que son atendidos dentro del Instituto

**BENEFICIO:**

Con su participación en la investigación se tomaran en cuenta no sólo aspectos médicos, si no también aspectos sociales y culturales, así como su entorno familiar, que permitan establecer una atención integral dentro del Instituto. El estudio se justifica en la importancia contribuir directamente con los pacientes del servicio de Gastroenterología y Neumología, pues a partir de esta investigación se podrá conocer un panorama general de las diferentes características que tiene la población abordada, lo que permitirá que la atención dentro del instituto sea complementaria, tratando de mejor manera, no solo el estado de salud física del paciente, sino también tomando en cuenta las diferentes situaciones que la enfermedad genera tanto en los pacientes como en los familiares, lo que sin duda se verá reflejado en una mejor atención y proceso de tratamiento de la enfermedad.

Es importante recalcarle que su participación en el estudio radica en una entrevista a fin de que hable con libertad sobre actitudes, creencias, sentimientos, emociones, donde usted nos dará a conocer aspectos de su experiencia con la enfermedad, la información se recabara por medio de una grabadora de voz. Esto no incluye maniobras diagnósticas, ni terapéuticas, así como ningún procedimiento experimental, ni le generara algún gasto extra, ya que la investigación que se realizará pretende sólo rescatar su vivencia y experiencia en torno a la enfermedad, las preguntas que se realicen se harán a modo de charla. La duración de su participación en el estudio será sólo de una conversación que durará aproximadamente de 30 min a 2 horas. El tipo de muestra constara de 6 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en un rango de edad de 50 a 70 años, que serán seleccionados por los

investigadores, y que presenten las características señaladas en la investigación (diagnóstico de cáncer gástrico en cualquier estadio siempre y cuando no sea en etapa terminal).

**CONFIDENCIALIDAD:**

La información que se obtendrá durante su entrevista se utilizara para fines de la investigación, siendo de carácter confidencial y obtenido de manera voluntaria. Es importante señalar que la información será resguardada, es decir que el paciente no podrá ser identificado por terceros en la presentación o publicación de resultados.

**CONSIDERACIONES ECONÓMICAS:**

Esta investigación no representa para el paciente ni su familia algún costo extra dentro del Instituto Nacional de Cancerología (INCan)

**DERECHO DE ABANDONAR EL ESTUDIO:**

Si durante la entrevista usted llegara a sentirse agredido o incomodo tiene libertad de no seguir contestando y abandonar la entrevista y el estudio. Esta decisión no afectara de ninguna manera su relación con el Instituto. Si alguno de los puntos antes mencionado no le resulta claro, o le surgen dudas, le pedimos aclararla con los investigadores responsables antes de determinar si participara o no en el estudio.

Si usted considera que no están claros algunos de los puntos anteriores o desea aclarar dudas sobre su participación en esta investigación, podrá contactar con la Mtra. Alejandra Monroy López Titular de la Coordinación De Enseñanza e Investigación al tel. 56280400 Ext. 238

En caso de dudas sobre sus derechos como paciente que participa en la investigación, contactar con:

Dra. Myrna Gloria Candelaria Hernández Presidente del Comité de Bioética y con la Dra. Mary Cruz Pérez Amador Secretario Técnico del Comité de Bioética al tel. 56280400 Ext. 338.

YO \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entendido que los datos obtenidos en la investigación pueden ser publicados o difundidos, por lo que acepto participar en la Investigación.

**AUTORIZACIÓN:**

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Testigo 1:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Nombre del testigo:</b>
<b>Teléfono:</b>	<b>Parentesco</b>
<b>Firma:</b>	<b>Firma</b>