



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Relatos de Varones Enfermos Acerca de sus
Prácticas de Cuidado**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

AIRY AGUILAR MEDINA

Director: Dr. Raúl Ortega Ramírez



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2016



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.

Agradecimientos

La realización de este trabajo fue la culminación del esfuerzo y la dedicación que tuve a lo largo de mi carrera profesional. Escribir estas líneas, me llena de satisfacción y significa el cumplimiento de una meta, que por mucho tiempo tuvo toda mi atención y que se convirtió en un reto personal muy importante.

Cuando comencé este trabajo me llenaba de alegría e incertidumbre al mismo tiempo, al tener la posibilidad de realizar una investigación completamente de mi interés, poniendo en práctica lo aprendido a lo largo de cuatro años. Sin embargo, el desarrollo no fue tan sencillo como lo imaginaba al inicio de mi proyecto, al descubrir que se necesitaba mucho más que entusiasmo. Desarrollar este escrito contribuyó de manera muy importante a mi formación profesional, al reafirmar las bases que en su momento me atraparon en un salón de clases. Por supuesto que todo esto lo realicé en compañía de otras personas, que durante todo este tiempo estuvieron presentes de una u otra manera; aportando ideas, aclarando conceptos, regañando, haciendo recomendaciones, pero sobre todo compartiendo conmigo su experiencia, tiempo e interés.

Dedico este trabajo principalmente a mis padres, quienes han estado a mi lado en todo momento. Interesados por las decisiones que fui tomando, y las actividades que realizaba diariamente, abriéndome un espacio para platicar sobre lo más insignificante de nuestros días, alegrías y preocupaciones en momentos que se veían complicados. Con ellos la confianza y amor es lo más importante y lo que me reconforta día con día. Agradezco sus palabras de aliento y el esfuerzo tan grande que realizan cada mañana por su familia. Para mí es un orgullo llevar el título de su hija.

A Jesús Hernández por ser mi compañero a lo largo de este tiempo, y compartir conmigo aprendizajes, gustos y malestares comunes. Los momentos compartidos en todos los espacios contribuyeron de manera importante en mi formación profesional y en el cumplimiento de mis metas hasta este momento. Tener a alguien a tu lado con quien compartir día con día tus descubrimientos, alegrías,

miedos y planes es una fortuna, con él he tenido la posibilidad de hacerlo hasta el día de hoy.

A Carlos Aguilar, con quien he compartido momentos inolvidables y siempre ha estado presente en mi vida, depositando en mí su confianza y haciéndome saber que estará para mí en cualquier momento. Y por supuesto a Sofía, quien llegó hace siete meses a alegrar mi vida.

Quiero hacer un agradecimiento muy especial a Raúl Ortega Ramírez por el apoyo que me dio en cada paso que fui dando para el desarrollo de mi trabajo. Encontré en él, a un excelente profesor, preocupado por mi formación profesional en todos los sentidos, recuperando a cada momento la información aprendida en el aula, pero sobre todo la experiencia que día con día podía recoger de mis encuentros con pacientes, profesores, amistades y con mi familia. De él aprendí que ser psicólogo conlleva una responsabilidad muy grande, al compartir con personas los eventos más importantes que los conforman, ante los cuales el respeto y el interés por conocer y compartir partes de su vida, son centrales en mi práctica como psicóloga. También encontré a un amigo, que siempre tuvo tiempo para escuchar mis alegrías, malestares e inquietudes; compartiendo conmigo situaciones personales que ayudaban en el momento preciso. Es en este espacio en donde finalmente puedo decir, gracias, me quedo muy satisfecha por el trabajo realizado y por los días compartidos.

A Guadalupe Domínguez Sandoval hago honor por el profesionalismo de su trabajo, y las aportaciones que con ello me brindó para enriquecer mi investigación. Siempre con una gran disposición y señalando aspectos que eran invisibles para mí y para otros que trabajamos en su compañía. Agradezco las oportunidades que me abrió para mi crecimiento profesional, y la ocasión de compartir experiencias y buen humor. Pongo énfasis en la formación que me brindó en los salones de clases, con un estilo muy característico que representó siempre un reto.

Con Juan José Yoseff tuve la oportunidad de trabajar en dos ocasiones. La primera comenzó como una situación de casualidad, ya que no estaba planeada en

ningún lado para que se diera de esa forma; y la segunda, con el convencimiento pleno de que contribuiría a la investigación presente. Agradezco su confianza, disposición y tiempo dedicado para llamar mi atención sobre aspectos que habían pasado desapercibidos pero que tuvieron relevancia en mi planteamiento. Y finalmente, en el ámbito académico hago mención a Gerardo Chaparro y Esteban Cortés por poner a mi disposición su tiempo y experiencia en la lectura de mi trabajo.

A cada uno de los participantes que compartieron su vida en las entrevistas que se realizaron, y aunque no tuve el gusto de conocerlos personalmente, disfruté enormemente sus historias, y con mucho respeto rescaté de cada uno de ellos los aspectos más importantes de sus vidas. Con ello agradezco también la dedicación de mis compañeros en la realización de las entrevistas y en el interés que depositaron en cada uno de los participantes, al ofrecer su tiempo y empeño.

Para terminar, pongo todo mi agradecimiento a aquellas personas que estuvieron atentas al desarrollo de mi trabajo, con preguntas sobre los avances, sus palabras de aliento, ofreciendo su ayuda para facilitar el proceso gracias a su experiencia previa o su alegría ante la culminación de mi trabajo.

Índice

<i>INTRODUCCIÓN</i>	7
<i>CAPITULO 1. EL PROCESO DE ENFERMEDAD EN LOS VARONES</i>	12
Narraciones y re-narraciones	12
La construcción genérica	15
Enfermedades más comunes según la OMS: el estilo de vida como principal causa	17
<i>CAPITULO 2. LOS VARONES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD</i>	23
De los síntomas al diagnóstico: los estilos de conversación como Intermediarios	23
El signo y el síntoma	27
Modelos médico - paciente	29
Seguimiento del tratamiento y modificación en las actividades cotidianas	33
Adherencia a través de las relaciones con otros: individualidad y colectividad	37
<i>CAPITULO 3. GÉNERO MASCULINO, POSTURA Y TRAYECTORIA DE VIDA</i>	42
El género como constitutivo en el proceso de enfermedad	42
Género y cultura: una relación inseparable	42
Masculinidades	45
Los varones en construcción social	54
Posturas en la trayectoria de vida: atravesando la enfermedad	56
<i>MÉTODO</i>	64
Participantes	64
<i>PROCEDIMIENTO</i>	65
<i>RESULTADOS</i>	67
Caso 1. Resultados y Análisis	68

Análisis del caso P _____	78
Caso 2. Resultados y Análisis _____	82
Análisis del caso A _____	92
Caso 3. Resultados y Análisis _____	97
Análisis del caso O _____	106
<i>ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA SERIE DE CASOS</i> _____	<i>110</i>
<i>DISCUSIÓN</i> _____	<i>116</i>
<i>CONCLUSIONES</i> _____	<i>122</i>
<i>BIBLIOGRAFÍA</i> _____	<i>127</i>

INTRODUCCIÓN

La idea de comenzar esta tesis surgió a partir de distintas experiencias personales que tuve con varones muy cercanos a mí. Convivir con ellos y prestar atención a las formas en las que actuaban en el padecimiento de una enfermedad, me llevó a pensar en los efectos que la construcción de género podría tener en ello.

Compartir esta inquietud con personas que estaban interesadas en abordar el tema de la enfermedad, me permitió establecer las bases para comenzar a darle forma a una problemática que, con el tiempo, descubrí que era relevante en el ámbito de la salud.

La idea se reforzó cuando en la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, WHO; 2014) se advierte una preocupación por el incremento de enfermedades crónicas, que causa la muerte de millones de personas al año.

Percatarme a su vez, que los estudios que se han hecho no contemplan las diferencias de género que pueden manifestarse en el proceso de vivir con una enfermedad, fue relevante para el desarrollo: las visitas al médico, el diagnóstico de la enfermedad y con ello, el seguimiento de las sugerencias médicas para tratarla.

Se ha asumido que las formas en las que una persona vive el cuidado de una enfermedad, se llevan a cabo a partir de las creencias, valores o ideales que guían las actuaciones individuales. Y a partir de ello, la adherencia al tratamiento médico, se ha convertido en tema central en algunos estudios (Ortiz y Ortiz, 2007; Pisano y González, 2014; Martín y Grau, 2004; Ramos, 2015). Y que a pesar de ser fundamental en la atención de una enfermedad, muchas personas no toman en cuenta las recomendaciones médicas.

Aún con la diversidad de investigaciones realizadas, el género no está contemplado en las explicaciones que pueden darse de ello.

En conjunto, las observaciones y experiencias que tuve, centraron mi atención sobre las posibles diferencias de género en las formas de cuidar una enfermedad.

Comenzando desde las maneras de narrar y los hechos que describían en sus narraciones.

Los manuales de investigación cualitativa enfatizan el estudio de las características y significados particulares que las personas construyen, dejando en segundo plano la comparación de éstas. En nuestro caso concreto, el interés se centra en el estudio de los varones en su individualidad, y no en la comparación entre ellos o con las mujeres (Silverman, 2000).

Por tradición, al realizar estudios de género, los investigadores suelen comparar las características femeninas con las masculinas y a partir de ello brindar explicaciones en donde se señala la delimitación de las características que son exclusivas de un género. Sin embargo, al ser esta una investigación cualitativa, caracterizada por explorar las historias de vida de las personas, incluyendo interacciones con otros y los significados que les atribuyen (Silverman, 2000), y apoyándome en el argumento desarrollado por Rutherford (2003); la decisión de elegir tres casos exclusivamente de varones, estuvo fundada en la posibilidad de recuperar las experiencias particulares de cada uno de ellos. Que aunque forman parte de un mismo género, creí que las experiencias de cada uno serían muy particulares y me permitirían encontrar coincidencias entre ellos, pero sobre todo me dejarían ver la forma en la que las condiciones de vida de cada uno marca la trayectoria en el cuidado de una enfermedad crónica.

Con Rutherford (2003) encontré que en la actualidad la masculinidad ha sido tratada en términos de variedad y cambio constante a través de las culturas, la época y las participaciones específicas de los varones. Tendencia compartida en otras investigaciones (Gasteiz, 2008; González, 2010; Pizarro, 2006; Rivera y Ceciliano, 2004; Rutherford, 2003; Valdez y Olavarría, 1997).

Si las características del género son construidas en la cultura, tomar las narraciones de las personas para estudiar el significado que le dan a sus vivencias serviría como una herramienta fundamental. Pensando en que las narraciones son un medio para darle orden y sentido a nuestras vivencias, y con ello organizar los

significados que la cotidianidad tiene para cada uno de nosotros (Bruner, 1990; Epston y White, 1993).

El objetivo que guió mi trabajo fue analizar, a través de las narraciones de varones que padecían de alguna enfermedad crónica, las prácticas de cuidado y la modificación en sus relaciones. Considerando, como dice Sacks (2002) que la recuperación de las memorias que las personas hacemos, nos permiten construir y darnos sentido en el presente, estableciendo relaciones causales.

Examinar a partir de las narraciones de los varones, las características del género masculino que estarían presentes en el proceso de enfermedad, fue otra de mis metas.

Fundé mi hipótesis a partir de esto, pensando en que aparecerían características del género masculino en sus narraciones y que éstas no serían homogéneas para los distintos casos sino que darían oportunidad de acercarme a la diversidad de formas implicadas en el ser varón en la época actual, y con ello diferentes maneras de vivir un proceso de enfermedad.

También consideré que en las narraciones aparecían relatos de las personas con quienes habían construido los cuidados de sí mismos y que participaban en las formas en las que cuidaban el padecimiento.

Los resultados encontrados en esta tesis, a partir del análisis de las narraciones de los varones, me permitieron descubrir tres masculinidades distintas para el cuidado de la salud. a) Una masculinidad tradicional conservadora, en donde los cuidados que exigía la enfermedad eran responsabilidad de las mujeres; b) masculinidad de autosuficiencia, las relaciones interpersonales establecidas fuera de casa contribuyeron para su autonomía y cuidado; y c) una masculinidad de diferenciación en los cuidados médicos, autosuficiente – tradicional, en donde el varón asumía responsabilidades de la enfermedad –como acudir a tratamiento, citas médicas- y continuaba siendo proveedor económico de su familia. Mientras que la mujer cubría los labores domésticos y la preparación de alimentos.

Además encontré que apropiarse de la información que obtenían permitió que realizaran una lectura de los signos y síntomas que la enfermedad les provocaba y con ello tomar decisiones de cuidado.

Pudimos conocer las decisiones que fueron tomando a lo largo de una enfermedad que a corto plazo los llevaría a la muerte. Y con ello, las personas con las que establecieron relaciones a lo largo del proceso.

Para cumplir con los objetivos de este trabajo, desarrollé los argumentos en tres capítulos.

El primer capítulo trata del uso de las narraciones como una forma de recuperar la experiencia de las personas, a partir de los significados que le brindan a sus participaciones con otros y que les confieren sentido a ellos mismos (Bruner, 1990; Gergen, 2005). La recuperación de narraciones permite concebir a la persona implicada en un proceso de enfermedad (Sacks, 2002). Establecí la hipótesis, considerando que algunas características del género masculino aparecerían a lo largo de las narraciones de los varones que sufrían de una enfermedad crónica. En este mismo capítulo fue relevante presentar los estilos de vida como causa en el desarrollo de enfermedades no transmisibles (World Health Organization, 2014) dando señales de la importancia que tienen los hábitos en la vida de las personas y en el desarrollo de una enfermedad crónica.

En el capítulo dos introduje los estilos conversacionales de los varones, -caracterizados por brindar mayor atención al nivel informativo- implicados en el proceso de una enfermedad, principalmente en el establecimiento de relaciones con los profesionales médicos (Tannen, 1980). También comprometidos en las charlas construidas con familiares, amigos, o compañeros de trabajo, por ejemplo.

La importancia de recuperar detalles de la vida de las personas que sufren una enfermedad es fundamental para rescatar a la persona y dejar de tratarla únicamente como un caso de enfermedad (Sacks, 2002).

Finalmente, en el capítulo tres hice énfasis en la construcción de las características del género como parte de una construcción social, atribuyendo

cualidades y formas de comportamiento. Esta caracterización se construye entre las personas, brindando identidad y formas determinadas de actuar, sentir e interpretar el mundo (Gergen, 2005). El género está presente y se exige todos los días, bajo una supervisión continua de nosotros mismos y de otros (Foucault, 2009).

Para hablar del género masculino, retomé el término de masculinidades (González, 2010) como una forma de expresar múltiples formas de ser varón, a partir de su participación en una variedad de contextos, que difieren para cada uno de ellos (Dreier, 1991).

Planteo que rescatar detalles de la vida de las personas y tomar en cuenta características del género masculino, incluidos los estilos conversacionales podría ser relevante a la hora de brindar atención médica. Considerando las condiciones de vida de los varones, en un periodo específico, nos permitiría un análisis de información tal que, podamos aclarar los significados que lleva consigo, vivir con una enfermedad.

1. EL PROCESO DE ENFERMEDAD EN LOS VARONES

Narraciones y re-narraciones

Tanto hombres como mujeres en algún momento de la vida sufrimos de problemas de salud o padecemos de alguna enfermedad. Y se ha hablado acerca de que las condiciones, hábitos y relaciones sociales que poseemos se modifican al padecer una enfermedad y en algunos casos, al llevar un tratamiento.

Prestaremos especial atención en el desarrollo de este escrito a las narraciones que las personas desarrollan a lo largo de un proceso de enfermedad. El énfasis que hemos puesto en ello, deriva de la importancia que las narraciones han ido adquiriendo a lo largo del tiempo en las ciencias sociales (Bruner, 1990; Gergen, 2005).

Siguiendo a Bruner (1990), decimos que las narraciones funcionan como un medio para organizar nuestra experiencia. Se trata de ordenar y darle sentido a los acontecimientos –por mínimos que sean- que se nos presentan día tras día. Las personas vamos recogiendo información acerca de lo que nos rodea en la vida cotidiana. Y vamos incluyendo lo que conocemos en nuestras interacciones con el medio y con otros individuos a un cúmulo de datos preexistentes, que le dan forma y sentido a lo que hacemos, observamos y pensamos a la hora de actuar en un lugar determinado. En las narraciones nos movemos del pasado al presente, del presente al futuro y regresamos al pasado, casi de manera automática:

Mediante la narrativa construimos, reconstruimos, en cierto sentido hasta reinventamos, nuestro ayer y nuestro mañana. La memoria y la imaginación se funden en este proceso. Aun cuando creamos los mundos posibles de la ficción, no abandonamos lo familiar, sino que lo subjuntivizamos, transformándolo en lo que hubiera podido ser y en lo que podría ser, la mente del hombre, por más ejercitada que esté su memoria, o refinados sus sistemas de registro, nunca podrá recuperar por completo y de modo fiel el pasado. (Bruner, 2003, p. 130)

Toda esta información adquiere forma y sentido en las narraciones. Desarrollándose secuencialmente con base en los acontecimientos en los que participamos y recordamos. Dándonos la posibilidad de desarrollar una trama, en donde creamos significados, ubicados en el espacio donde son generados, es decir, en la cultura.

Es a partir de las narraciones en donde construimos la realidad, al tener la oportunidad de relatar conforme a nuestra experiencia qué fue lo que ocurrió en un momento dado, incorporando aquello que pensamos, sentimos y que otras personas hicieron o dijeron. En las narraciones compartimos los significados que otorgamos a los acontecimientos presentes en nuestras vidas.

La narración trata (casi desde las primeras palabras del niño) del tejido de la acción y de la intencionalidad humana. Media entre el mundo canónico de la cultura y el mundo más idiosincrático de las creencias, los deseos y las esperanzas. (Bruner, 1990, p. 63)

La organización que las narraciones confieren a nuestras experiencias, brinda también las formas en las que interpretamos el mundo, y con ello justificamos y otorgamos pautas de acción que se ponen en práctica. Es decir, las decisiones que vamos tomando conforme nos movemos de un lugar a otro, ya sea el trabajo, los centros de reunión con amistades, el hogar, entre otros; son dirigidas a partir del significado que construimos con otros en la acción, y que se reconstruye en las narraciones.

Desde nuestra postura, establecer relaciones con otras personas es fundamental para la construcción del sentido que tienen nuestras participaciones. A partir de nuestras intenciones, desarrollamos actos y formas de participar muy específicas, que no dependen únicamente de nosotros, sino que al comunicarnos con otros a partir del lenguaje, nos permite establecer relaciones y con ello dar sentido e incorporar nuestros actos, a partir de reglas específicas en cada contexto. (Gergen, 2005)

Las narraciones han sido utilizadas en el campo de la psicología, asumiendo que a partir de ellas las personas nos brindamos sentido a nosotras mismas, percibiendo de formas particulares la continuidad de nuestras vidas, ordenando los acontecimientos cotidianos y dando forma a las experiencias que pueden generarse en el futuro. Incorporar secuencias de eventos que ocurrieron en el pasado, en el presente y del futuro, es una característica que se presenta en los relatos (Epston y White, 1993) teniendo como fin ordenar e incorporar elementos que podrían dar una explicación de los acontecimientos presentes en la vida.

Concebir de esta manera la generación de significados, ha permitido a algunos terapeutas utilizar este medio como una forma de recuperar de los relatos información que ha sido omitida y que permitiría dibujar un panorama distinto si pudiera recordarse, o incorporar perspectivas distintas de una misma situación a partir de la colaboración de otro (s). Buscando con ello, la re organización de sus experiencias y la re significación de lo acontecido en un momento dado o de sí mismos.

Se busca a partir de la indagación de nueva información una construcción alternativa de los discursos que causan malestar a una persona o que no le permiten llegar a un objetivo determinado. El fin de esto, se basa en la re- narración de la experiencia con otros y consigo mismo a partir de la reflexión (Epston y White, 1993; Payne, 2002).

No solo los psicólogos hemos puesto énfasis en la vida cotidiana de las personas para recuperar información importante a partir de las narraciones. Sacks (2002), especialista en neurología, se interesó en la vida de sus pacientes que presentaban padecimientos neurológicos muy específicos. Con el afán de no tratar únicamente el cuerpo de las personas, sino de construir su yo bajo la condición de enfermedad. Se empeñó en tratar a sus pacientes a partir de la información que obtenía en visitas a sus casas, y poniendo especial atención a las conversaciones que mantenía tanto con los pacientes, como con sus familiares.

Conocer y compartir anécdotas con las personas, le permitió recuperar y plasmar las experiencias de algunos de ellos. Sacks (2002) rescató los cambios en

las actividades cotidianas, que no solo alteraron sus relaciones con otros sino que modificaron también la concepción de su propio yo, su identidad:

El Yo esencial del paciente es muy importante en los campos superiores de la neurología, y en la psicología; *está implicada aquí esencialmente la personalidad del enfermo, y no pueden desmembrarse el estudio de la enfermedad y de la identidad*. Esos trastornos, y su descripción y estudio, constituyen, sin duda, una disciplina nueva, a la que podríamos llamar <<Neurología de la Identidad>>, pues aborda los fundamentos nerviosos del Yo, el viejo problema de mente y cerebro. (Sacks, 2002, p. 5; énfasis nuestro)

Utilizar las narraciones para concebir a las personas constituidas por historias, nos obliga a incluir el yo de los individuos implicado en el proceso y estudio de la enfermedad.

La enfermedad provoca que se transformen las formas en las que las personas se miran y ubican en el mundo. En nuestro caso, utilizaremos las narraciones para conocer la vida y los significados que los varones le dan a sus vivencias y actividades cotidianas en compañía de otros, a lo largo de un proceso de enfermedad.

La construcción genérica

Las experiencias de las personas en un proceso de enfermedad se han considerado como procesos individuales. Pero un tópico poco explorado ha sido identificar, si las modificaciones provocadas por alguna enfermedad se viven de formas particulares en varones y en mujeres. Tomando en cuenta que se han realizado algunos estudios de género que muestran particularidades en cuanto a la forma de pensar, actuar e incluso interpretar los sucesos cotidianos de la vida (Gasteiz, 2008; González, 2010; Rutherford, 2003).

González (2010) al hablar del género, establece algunas particularidades de los varones como una asignación cultural que caracterizan la identidad masculina.

Las desigualdades propiciadas por el patriarcado se hacen manifiestas en todas las dimensiones del género. En términos de identidad personal, son las características y conductas asignadas culturalmente a los hombres las que se han legitimado en todo momento. El varón ha de ser fuerte, valiente, guía, proveedor, inteligente, heterosexual, capaz de suprimir la capacidad de expresar una gama de sentimientos devaluados, atribuidos solo a lo femenino y a la mujer como sujeto asociado a la debilidad, la abnegación, el cuidado, la ternura y la subordinación. (p.10)

Considerar algunas de estas características, nos da una idea de las formas en las que un varón dirige su comportamiento y la toma de decisiones.

A partir de esta construcción social del género, podemos suponer que si bien, los cambios que se experimentan a lo largo de un proceso de enfermedad son específicos -al considerar las características individuales de cada persona- hay particularidades que podrían manifestarse al estudiar casos de varones que viven una enfermedad.

Al prestar atención a la delimitación de las diferencias de género, consideramos que el transitar de los varones a lo largo de una enfermedad se da de formas particulares. Mostrando peculiaridades en los cuidados cotidianos de la enfermedad, en la asistencia médica que se busca, en los tratamientos que son utilizados para la atención del cuerpo y en las personas (e.g. familiares, amigos, compañeros de trabajo) que apoyan a resolver los conflictos que se pueden presentar en consecuencia de un proceso degenerativo provocado por una enfermedad.

Creemos que las características del género masculino estarán presentes al analizar casos de varones que padecen una enfermedad crónica, por medio de sus narraciones. Y que además éstas características no serán homogéneas para los distintos casos, sino que nos darán la posibilidad de acercarnos a la diversidad de formas implicadas en el ser varón en la época actual.

Apoyando nuestra hipótesis en el argumento desarrollado por Rutherford (2003):

Estamos usando el concepto de masculinidad para tratar de analizar y mapear los cambios en la vida de los hombres. También para establecer el límite de nuestro lenguaje y aún de nuestra comprensión conceptual de lo que significa habitar el cuerpo de un hombre. Las subjetividades de los hombres están siempre “en medio del lugar donde se lleva a cabo”. En este sentido, la masculinidad como concepto coloca un límite a nuestra comprensión de los cambios que toman lugar en las subjetividades de los hombres (p.5).

Para este autor, hablar de los varones significa prestar atención a las modificaciones desarrolladas a lo largo del tiempo en sus actuaciones con los otros y con ellos mismos, desarticulando la idea de una sola masculinidad para quienes forman parte del género masculino. La masculinidad no está hecha de una sola pieza, sino que se derivan particularidades en los individuos a lo largo del tiempo y localizados en situaciones específicas.

Enfermedades más comunes según la OMS: el estilo de vida como principal causa

Hablar de enfermedad supone la alteración de las funciones del organismo y de la vida cotidiana. Específicamente aquellas que son conocidas como enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles, que han sido definidas por la Organización Mundial de la Salud -OMS- (2016) como “enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta”. Incluyendo cuatro tipos principales de enfermedades consideradas en esta categoría: enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, diabetes y el cáncer (OMS, 2015).

Más de 14 millones de personas mueren cada año a consecuencia de enfermedades no transmisibles (WHO, 2014), y se ha puesto énfasis en los factores de riesgo que están involucrados tales como el tabaquismo, una dieta insalubre, inactividad física y el uso nocivo del alcohol. El estilo de vida como causa en el desarrollo y mantenimiento de las enfermedades crónicas parece ser evidente.

Desde 1974 la mayor causa de muerte en la población Canadiense reportada en el informe Lalonde fueron las enfermedades crónicas, junto con los accidentes. Un porcentaje importante de esas causas se registraron en personas mayores de 70 años. Sin embargo, hay un número de muertes en un rango de edad de los 30 a los 35, provocadas por los hábitos y estilos de vida, que incluyen el consumo de drogas, alimentación inadecuada, falta de ejercicio físico, conducción descuidada, promiscuidad, entre otros.

Si nuestra intención es abordar el tema de la enfermedad, es fundamental retomar los datos presentados por la WHO (2014) sobre el desarrollo de las enfermedades no transmisibles y sus causas (Tabla 1).

Tabla 1

Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles más comunes

Factores de riesgo	Enfermedades			
Uso de tabaco	Enfermedades Vasculares	Cáncer	Diabetes	Enfermedades crónico respiratorias
Dieta insalubre	Enfermedades Vasculares	Cáncer	Diabetes	-----
Inactividad física	Enfermedades Vasculares	Cáncer	Diabetes	-----
Uso nocivo del alcohol	Enfermedades Vasculares	Cáncer	Diabetes	-----

Fuente: OMS (2014)

La importancia que tiene el estilo de vida al estar involucrado en el desarrollo de las enfermedades crónicas ha llevado a que se tomen medidas al respecto. La WHO (2014) ha puesto en marcha intervenciones que fomentan su modificación. Es fundamental prestar atención a las condiciones bajo las cuales las personas vivimos y sobre todo en los hábitos que están dando lugar al desarrollo de estas enfermedades o de la obesidad.

A lo largo de cuatro décadas los porcentajes de obesidad para los varones se han triplicado, y en las mujeres se muestra un aumento de más del doble a nivel mundial (Ledford, 2016).

Las cifras proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2014) que se presentan en las tablas 2 y 3, son indicadores de la cantidad de muertes de los 45 a los 64 años de edad, tanto en varones como en mujeres en México. La diabetes mellitus es la principal causa de muerte para ambos sexos.

Tabla 2

Principales causas de muerte en varones de 45 a 64 años de edad

Orden de importancia	Causas	Número de defunciones
	Total	88,286
1	Diabetes Mellitus	16,972
2	Enfermedades del corazón <i>Enfermedades Isquémicas del corazón</i>	14,448 10,983
3	Enfermedades del hígado <i>Enfermedad Alcohólica del Hígado</i>	11,620 5,088
4	Tumores Malignos <i>De la tráquea, de los bronquios y del pulmón</i> <i>Del estómago</i> <i>Del Hígado y de las vías biliares intrahepáticas</i>	10,252 6,020 978 895
5	Accidentes <i>De tráfico de Vehículos de Motor</i>	6,109 2,716
6	Enfermedades Cerebrovasculares	3,440
7	Agresiones	3,082

Nota: Se muestran únicamente las siete causas principales

Fuente: INEGI (2014).

Tabla 3

Principales causas de muerte en mujeres de 45 a 64 años de edad

Orden de importancia	Causas	Número de defunciones
	Total	60,486
1	Diabetes Mellitus	14,804
2	Tumores Malignos	14,334
	<i>De la mama</i>	2,904
	<i>Del cuello del útero</i>	1762
3	Enfermedades del corazón	7,918
	<i>Enfermedades Isquémicas del corazón</i>	4,785
4	Enfermedades del Hígado	3,585
	<i>Enfermedad Alcohólica del Hígado</i>	486
5	Enfermedades Cerebrovasculares	2,621
6	Influenza y neumonía	1,444
7	Accidentes	1,386
	<i>De tráfico de vehículos de motor</i>	726

Nota: Se muestran únicamente las siete causas principales

Fuente: INEGI (2014).

Las principales causas de muerte para hombres y mujeres se presentan como consecuencia de las mismas enfermedades. Podemos suponer que el estilo de vida está involucrado en ello, dejando de lado cuidados relacionados a la salud o al alejarse del tratamiento médico.

Pero difieren en la cantidad de muertes que provocan y su localización en el cuerpo, como los tumores malignos. Al prestar atención al número de defunciones que ocurren específicamente en este rango de edad, y haciendo cálculos con base en las Tablas 2 y 3 (INEGI, 2014) un primer dato nos muestra que las defunciones para el año 2014, es 31.5% mayor en los varones que en las mujeres, y que al menos en la diabetes, las enfermedades del corazón y las enfermedades del hígado, el número de defunciones de los varones supera las cifras del sexo femenino. Los tumores malignos se observan con un porcentaje de 28.5% mayor en las mujeres.

Las causas de muertes subsecuentes (Tablas 2 y 3) permiten identificar diferencias entre los sexos, por ejemplo, en los varones un porcentaje más alto en defunciones es debido a los accidentes -incluyendo los vehiculares- y a las agresiones. Lo cual pone en peligro la vida de los varones de forma inmediata, tal vez, sin permitir que se lleven a cabo cuidados en el estilo de vida, tratamientos o intervenciones quirúrgicas, como ocurre con enfermedades como la diabetes o enfermedades del hígado.

Las estadísticas reunidas han permitido volcar la atención a los estilos de vida de las personas y verlos como fuentes primordiales en el desarrollo de enfermedades crónicas, la obesidad y otras causas de muerte como los accidentes de tránsito. El género también puede ser una de las principales causas.

Incluso, durante 13 años la esperanza de vida de los mexicanos ha aumentado muy poco, en comparación con los 34 países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) tomando como principal causa la mala alimentación y con ello el aumento de la obesidad. Siendo ésta precursora del desarrollo de enfermedades como la hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias (Expansión en Alianza con CNN, 2015). Para el 2015, según datos del INEGI (2016) la esperanza de vida de los hombres es de 72.3 años, mientras que para las mujeres es de 77.7 años de edad.

Parece ser que las diferencias de género podrían estar involucradas en el origen de las cifras presentadas, por ejemplo el elevado índice de obesidad y el número de defunciones. Considerando que las características delimitadas en varones y en mujeres funcionan como una guía para la puesta en práctica de acciones, la toma de decisiones con relación al cuidado del cuerpo y con ello, los cuidados que se llevan a cabo durante el padecimiento de una enfermedad crónica.

Aludir a algunas características que se atribuyen al género masculino como es la agresividad, ejercer actividades en su mayoría fuera del hogar, por ejemplo en el trabajo o con amigos; poner en riesgo su integridad física con la intención de probar su valor y hombría, poco autocuidado, independientes, seguros de sí mismos y responsables de su propio cuerpo (Rutherford, 2003; Gasteiz, 2008; González, 2010)

nos podrían dar algunas señales de las diferencias en los números de mortalidad y el desarrollo de padecimientos entre hombres y mujeres.

Abordar la enfermedad como una característica en la vida de los varones, cuyas historias estudiaremos, implica tomar en cuenta las modificaciones que se hacen presentes día con día en la vida de las personas, constituyendo un estilo de vida particular.

El descubrimiento y análisis de los estilos o formas de vida de las personas se convierte en una meta, con el objetivo de transformar aquellos aspectos que contribuyen al deterioro del cuerpo de la persona. En este sentido, creemos que existen diferencias de género importantes.

2. LOS VARONES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

De los síntomas al diagnóstico: los estilos de conversación como Intermediarios

Los signos que pueden presentarse en varones y mujeres durante el desarrollo de una enfermedad han sido delimitados, y a pesar de ello cuando las personas percibimos algunos de ellos, puede que no les prestemos atención o no sepamos que se tratan de alertas que nos podrían estar indicando el desarrollo de alguna enfermedad. A veces podemos hacer suposiciones de que los malestares forman parte de algo pasajero.

Especialmente con las enfermedades crónicas se dice que la manifestación de los signos no se presentan necesariamente en conjunto, en algunas ocasiones tardan mucho tiempo en dar las primeras señales, o inclusive podrían ser descartados al ser característicos de otras afecciones. Por ejemplo, es el caso de la diabetes o el cáncer (Cancer.net, 2015a; International Diabetes Federation, 2015a). La experiencia de cada individuo respecto a los síntomas de una enfermedad crónica es singular y cada uno podríamos identificar señales diversas si estuviéramos bajo la condición de alguna de estas enfermedades.

Cuando comenzamos a prestar atención a los malestares, ponemos en práctica acciones que puedan ayudarnos a saber qué es lo que está sucediendo. Varones y mujeres solicitamos la atención de un médico, a quien podamos informarle acerca de lo que está sucediéndonos con la esperanza de encontrar una respuesta y su consiguiente cura.

Incluso, dependiendo de la preocupación que nuestro estado de salud nos causa solemos platicar con otras personas acerca de lo que observamos y sentimos, o tal vez comentamos con ellos el momento en el que decidimos acudir a una consulta médica y por fin darle un nombre a lo que nos está sucediendo.

Inclusive en estas acciones, concebimos que hay diferencias en las formas en que las que mujeres y hombres las llevamos a cabo. Ya que se manifiestan

particularidades en las pláticas que sostenemos con otras personas e inclusive si es que se habla de ello, exponiendo los detalles a los que prestamos atención con relación a un padecimiento. Podemos suponer que también en el desarrollo de las relaciones que se establecen entre el médico y el paciente, y las que se desarrollan a lo largo de los cuidados cotidianos de una enfermedad, habrá características peculiares en función del género y de las circunstancias específicas de cada persona.

Tannen (1980) señala que hombres y mujeres concedemos importancia a distintas características dentro de las conversaciones y ello influye en lo que contamos o en la importancia que le brindamos a dimensiones específicas dentro de nuestras pláticas. Al hablar de los estilos conversacionales en los varones, lo expresa de la siguiente manera:

Muchos norteamericanos, en especial (pero no sólo) varones, ponen mayor énfasis en su necesidad de independencia y menos en su necesidad de participación social. Por lo general, ello implica prestar menos atención al nivel del metamensaje de la conversación –el nivel que se da entre las amistades- y fijarla, en cambio, en el nivel informativo. Esta actitud puede llegar a la convicción de que sólo el nivel informativo es el que en realidad cuenta, o el que realmente se encuentra ahí. Entonces se puede concluir que se prescindirá de la charla que no sea rica en información (p.30).

A pesar de que Tannen (1980) refiere a estos estilos conversacionales en varones Norteamericanos, nosotros pensamos que prestar mayor atención a la información es una característica en la mayoría de los varones, dejando de lado los detalles que son expresados, por ejemplo por medio del lenguaje corporal, o la importancia que la información que se recibe tiene dentro de una situación específica.

Los estilos de conversación de los varones son relevantes en el desarrollo de los cuidados de una enfermedad, permitiendo vislumbrar los momentos en los que se habla acerca de ella, de que se habla cuando se les cuenta a otros -si es que se

hace, y al pensar en las posibles explicaciones que podrían dar si se les preguntara el porqué. La información que se recibe en las interacciones es importante a la hora de tomar decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo, el seguimiento de algunas o de ninguna recomendación hecha por el médico a partir de los detalles que son importantes a lo largo de la consulta médica.

Por otro lado, la visita al médico o el proceso de diagnóstico, nos obliga a identificar los malestares en nuestro cuerpo. Vamos colocando sobre nosotros algunas hipótesis de lo que nos puede estar sucediendo y en conjunto con otros ir reconociendo signos de algún padecimiento ya conocido con anterioridad, imaginando o anticipándonos a lo que nos espera gracias a la información que conocemos por medio de otros, o incluso por medios de comunicación. Suponemos que hombres y mujeres imaginamos y creamos historias alrededor de lo que nos sucede, al platicar con otras personas sobre experiencias pasadas de ellos o de conocidos, teniendo incluso un diagnóstico antes de ir a una consulta médica. Ordenamos los signos provocados por la enfermedad, dándoles un sentido y brindándoles una interpretación (Gergen, 2005).

Al ir a consulta, el médico establece un diagnóstico en torno del cuerpo de quienes acudimos en su búsqueda, considerando exclusivamente los signos presentados y tratándolos en aislado, es decir, el cuerpo es tratado como distinto de la persona.

Desde el punto de vista del individuo, el médico es fuente de información. Desde el punto de vista del médico, el paciente es solo un caso.

Sacks (2002) al hablar acerca de los historiales clínicos, hace referencia a ello de esta forma:

Tales historiales son una forma de historia natural... pero nada nos cuentan del individuo y de su historia; nada transmiten de la persona y de la experiencia de la persona, mientras afronta su enfermedad y lucha por sobrevivir a ella. En un historial clínico riguroso no hay «sujeto»; los historiales clínicos modernos aluden al sujeto con una frase rápida

(«hembra albina trisómica de 21»), que podría aplicarse igual a una rata que a un ser humano. Para situar de nuevo en el centro al sujeto (el ser humano que se aflige y que lucha y padece) hemos de profundizar en un historial clínico hasta hacerlo narración o cuento; sólo así tendremos un «quién» además de un «qué», un individuo real, un paciente, en relación con la enfermedad... en relación con el reconocimiento médico físico (p.2).

Cuando el médico trata con una persona enferma, trata con el mal funcionamiento de un cuerpo. Los conocimientos de la medicina no reconocen géneros solo estudian cuerpos (Ortega, comunicación personal 27/08/2014). El individuo que acude en busca de una respuesta, es incluido como un caso de la enfermedad, dadas las obligaciones que tiene la medicina en su labor.

En la actualidad, el médico da información acerca de la enfermedad y de los cuidados que con base en sus conocimientos son necesarios para el mantenimiento de la salud. Sin prestar atención a aspectos de la narración y de las formas en las que se comunica lo que se quiere decir, ante lo cual no tienen obligación alguna. Prestar atención a la persona considerando la mayor cantidad de detalles posibles es primordial en el campo de estudio de la psicología.

Díaz, Gallego y León (2006) mencionan que hay características que son tomadas en cuenta a la hora de desarrollar un interrogatorio médico, relevantes para llegar a un diagnóstico, como son: el sexo, la edad, y situaciones muy específicas que puedan tener relación directa con la afección que aqueja al paciente. Señalando que cuando se habla de sexo se hace referencia a las diferencias biológicas que existen entre hombres y mujeres, y que por ende en consulta se hace indispensable prestar atención a los factores biológicos que están ligados al sexo y al desarrollo de una enfermedad.

Tanto varones como mujeres, estamos en búsqueda de información que nos permita entender lo que está sucediendo. La demanda que hacemos se ubica en función del cuerpo, por lo que el médico evalúa nuestros signos, que en conjunto le permitirán ubicarnos como el caso de una enfermedad específica. A partir de ello,

para establecer un diagnóstico se centra la atención exclusivamente en el cuerpo. Se toma en cuenta la descripción que se ha hecho acerca de éste, buscando que sea lo más detallada posible para que con base en ello, el médico tenga la posibilidad de hacer hipótesis, deducir y relacionar signos (Díaz, Gallego y León, 2006).

El síntoma y el signo

En la primera consulta, la prioridad de los médicos es construir la historia clínica de las personas que acudimos en su búsqueda. La entrevista médica resulta muy importante a la hora de tener el primer acercamiento con los pacientes, ya que será a partir de ella que se obtendrán los signos y síntomas de una enfermedad, y el establecimiento de una óptima relación médico – paciente.

Para ello se han desarrollado dos tipos de entrevista: 1) la entrevista centrada en el paciente, y 2) la entrevista centrada en el médico (Fortin, Djamena y Smith en: Tierney y Henderson, 2007).

En la primera de éstas, se busca que los pacientes hagamos descripciones de las molestias subjetivas que la enfermedad nos provoca, es decir el *síntoma* es todo aquello que no puede ser medido, pero que las personas percibimos en nuestro cuerpo, como el dolor, mareos, dificultad para respirar, etcétera (Foucault, 2012; Rozman en Domarus, Ferreras, Rozman y Cardelach, 2009). Se tiene el interés de que se compartan las formas en las que vivimos los síntomas que el padecimiento nos provoca, incluyendo las explicaciones que le damos, y las preocupaciones que nos provoca.

En la entrevista centrada en el paciente, el médico hace comentarios o preguntas para obtener detalles de los síntomas que se van mencionando, por ejemplo, en qué momentos específicos del día se presentaron, o que sensaciones le produjeron; también se busca obtener información acerca de sus ocupaciones en el trabajo, familia, entre otros. Ubicando los síntomas en sus participaciones en actividades específicas.

La entrevista centrada en el médico busca ampliar la descripción de los síntomas, sus detalles y otros datos que no fueron mencionados como los

medicamentos, hospitales, médicos, etcétera. Aquí se presta atención a los *signos* de los pacientes, refiriéndonos a ello como todas las manifestaciones objetivas que se presentan en el cuerpo, todo aquello que puede ser medido, como la temperatura, la tensión arterial, entre otras (Rozman en Domarus, Ferreras, Rozman y Cardelach, 2009). La especificación de los síntomas, en conjunto con los signos e información extra como antecedentes familiares, hábitos (p.e. consumo de tabaco o alcohol) y datos personales (ocupación, vida doméstica y sexualidad) permiten al profesional médico llegar a un diagnóstico adecuado. Para los médicos, el uso de los dos tipos de entrevista en la consulta médica, es la forma ideal de construir la historia clínica y brindar un diagnóstico acertado.

La enfermedad es entendida diferencialmente por los médicos y pacientes. Los médicos tienen conocimientos especializados que les permiten reunir datos y ubicar los síntomas y signos dentro de una enfermedad determinada; mientras que los pacientes podemos identificar únicamente los síntomas que se nos presentan en el cuerpo, de forma aislada.

La identificación de la enfermedad se realiza exclusivamente por medio del cuerpo. A partir de la lectura que se le puede dar a éste a través de mediciones, o con la descripción que las personas hacemos sobre él. Para el diagnóstico de la enfermedad y la elección del tratamiento adecuado, los profesionales médicos recurren al conjunto de signos que van identificando, permitiendo con ello que los síntomas descritos por los pacientes tengan sentido dentro en un conjunto, es decir, dado que los síntomas son subjetivos, solo pueden ser explicados a través del signo.

Como pacientes, percibimos las molestias que los signos y síntomas pueden ocasionarnos y las dificultades que nos provocan en la realización de nuestras actividades cotidianas. Sin embargo, a menos que tengamos conocimientos que nos ayuden a identificar los síntomas como parte de un conjunto, y prestemos atención a la lectura del cuerpo, nuestra apreciación de ello es dividida. Vamos brindando posibles explicaciones a partir de nuestra experiencia con otros, de aquello que pudo haber provocado nuestros malestares. Las relaciones con otras personas, nos permiten recuperar información y posibles explicaciones sobre nuestro cuerpo y la

enfermedad. Nos apropiamos de formas de mirarnos a través de otros y de la apreciación que tenemos de nosotros mismos (Gergen, 2005).

La obligación de los médicos es la identificación de un conjunto de signos para brindar un diagnóstico y la cura del cuerpo; para algunos psicólogos las narraciones que las personas brindan para explicar los síntomas y/o signos, y las decisiones para cuidar de su salud es lo más importante.

Modelos médico - paciente

Para el esclarecimiento de un diagnóstico la relación que se establece entre el médico y el paciente idealmente debería de facilitar la exploración óptima dirigida hacia los síntomas, signos y el entorno psicosocial. Al brindarle un espacio de confianza al paciente mostrando interés por su padecimiento, ayudando así a que se exprese con la mayor cantidad de detalles posibles sobre los síntomas y signos (Díaz, Gallego y León, 2006). Cuando llega el momento de escoger el tratamiento más oportuno que beneficie a nuestro cuerpo, la importancia de esta relación se hace presente.

Delimitar las características en la relación médico - paciente se ha convertido en un aspecto central en la medicina.

En el ámbito médico se han preocupado por la autonomía de los pacientes en la toma de decisiones médicas, que a partir del momento en que se da un diagnóstico, influye a la persona y con ello en la transformación de sus actuaciones sociales. Muchos de los argumentos que ponen en tela de juicio este planteamiento, hablan sobre el descuido que se puede generar sobre la salud de los pacientes al permitir que estos tomen decisiones conforme a sus propios valores (Emmanuel y Emmanuel, 1999).

Se han planteado cuatro modelos de relación médico-paciente, en donde se explican las características básicas que sugiere deberían de tener a la hora de relacionarse entre sí. Estos modelos son: paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo (Emmanuel y Emmanuel, 1999; Quintana, 2013; Rivas, 2013).

En estos modelos, la relación que se establece entre el profesional médico y el paciente se dejan de lado características propias del género, por decir, los detalles que se involucran a la hora de brindar información y como esto podría influir en la toma de decisiones relacionadas con la salud y sus cuidados.

Cada uno de los modelos tiene características muy específicas en la relación que se establece. Describir los cuatro modelos, permitirá reconocer los objetivos que se siguen y resaltar el concepto de autonomía que se plasma en ellos y que en palabras de Quintana (2013) es entendida como la capacidad de elección del paciente sobre las decisiones médicas referentes a su salud.

Esto nos permitirá identificar cuáles son los aspectos relevantes en los que se pone atención a la hora de elegir un tratamiento y con base en ello incluir cuidados particulares para el seguimiento del mismo fuera de la institución médica, como modificaciones en los horarios, en actividades de diversión, entre otros. Todo ello vendrá a ser alterado al aceptar y seguir un tratamiento médico. La enfermedad y su cuidado exigen modificaciones en la vida de las personas.

La exposición realizada a continuación fue obtenida a partir de la consulta de tres textos, de los siguientes autores: Emmanuel y Emmanuel (1999), Quintana (2013) y Rivas (2013).

1. Modelo *Paternalista*:

- El médico es totalmente responsable de las decisiones que se toman (pruebas diagnósticas y tratamientos).
- El paciente no cuestiona las decisiones médicas y sigue instrucciones.
- Se asegura que el paciente recibe las intervenciones necesarias y que garantizan su salud.

2. Modelo *informativo*

- El médico ejerce funciones de técnico, proporcionando solamente información relacionada con el estado de salud del paciente, tratamientos y pruebas disponibles.
- Se habla de los beneficios y riesgos.

- El paciente tiene una completa libertad de elección con base en sus valores e intereses.
- No se cuestiona al paciente.

3. Modelo *interpretativo*

- El médico proporciona información relacionada con la salud del paciente y los tratamientos.
- Aclara con el paciente sus valores con relación a la salud, y reconstruyen en conjunto objetivos, aspiraciones y responsabilidades del paciente.
- Hace sugerencias acerca de los procedimientos más adecuados conforme a los valores que van siendo establecidos.
- El paciente aclara sus valores y con base en las sugerencias elige el procedimiento que se ajusta a sus necesidades.

4. Modelo *deliberativo*

- El médico apoya al paciente a seleccionar entre sus valores, aquellos que son más favorables para las intervenciones que se realizarán en pro de su salud. Indicando cuales tienen mayor importancia y porqué es necesario aspirar a ellos.
- La evaluación que se hace, está en función únicamente de los valores que afectan y son afectados por la enfermedad y su respectivo tratamiento.
- El médico ofrece tratamientos relacionados con los valores del paciente.
- Se establecen conversaciones en donde se discuten estos aspectos, sin imposiciones. Se brindan argumentos que lleven a la reflexión.
- El paciente elige lo mejor para él, con base en las charlas establecidas en las que se ha obtenido la información y herramientas necesarias.

Resalta la importancia que a lo largo de los años se le ha venido dando a la toma de decisiones de los pacientes con relación a su salud. Estableciendo diversas formas en las que lo médicos se han relacionado con sus pacientes y resaltando sobre todo en los dos últimos modelos, la trascendencia del diálogo a la hora de elegir un tratamiento, poniendo atención de antemano a los valores que idealmente

una persona debería de tener para enfrentar los cuidados que demanda el padecimiento de una enfermedad. La toma de decisión del paciente, parece ser, que cobra relevancia.

En la consulta médica, tomar en cuenta la mayor cantidad de detalles que los pacientes puedan proporcionar de su vida cotidiana, no es primordial para los profesionales médicos.

A nosotros nos interesa ayudar a las personas a construir narraciones que den la posibilidad de entender la diversidad de formas en las que un paciente entiende la enfermedad y las modificaciones producidas en los distintos espacios en los que se desenvuelve. Tener en cuenta los estilos conversacionales de los varones (Tannen, 1980) y las particularidades que han caracterizado al género masculino, se convierte en un foco de atención a la hora de buscar alternativas de tratamiento.

Los individuos que padecen alguna enfermedad, llevan consigo significados acerca de ellos mismos y de las implicaciones que tiene recibir un diagnóstico médico. Al prestar muy poca atención a ello, se deja de lado una parte fundamental del individuo.

Durante una consulta médica, el cuerpo es el que cobra relevancia, por encima de las características que nos conforman como un individuo. Considerando que desde las ciencias sociales somos concebidos como participantes en diversos contextos en los que nos relacionamos, dando sentido a nuestras acciones y pensamientos, desarrollando a su vez prácticas que influyen sobre nuestra salud. Compartimos así la crítica de Sacks (2002) hacia la manera de construir el historial médico basado solamente en el cuerpo.

El médico tiene la responsabilidad exclusivamente de estudiar a los organismos, dedicar su tiempo y atención a la parte biológica que nos constituye siendo esto fundamental para la vida de un individuo, empero, solamente es una parte de lo que nos forma. Ya que como individuos vamos interpretando situaciones y acontecimientos a lo largo de nuestras vidas, que nos guían para tomar decisiones, tener opiniones y llevar a cabo conductas, lo cual al hablar de salud es fundamental

tener en cuenta y retomar ante la presencia de una enfermedad (Dreier, 1991; Payne, 2002).

Cuando acudimos al médico y esperamos una respuesta de nuestro padecimiento y del tratamiento, la elección de éste viene a ser muy importante para atender nuestra salud.

El establecimiento del diagnóstico da la oportunidad de tomar decisiones posteriores en conjunto con el paciente. Posibilitando establecer un tratamiento adecuado, brindar indicaciones de los cuidados que deben de seguirse, incluyendo la ingesta de fármacos, con la intención de restablecer o mantener el cuerpo de la persona en funcionamiento. A partir de ello se deposita sobre el paciente una etiqueta, profesionalizando la condición que aqueja al cuerpo y designándole características que estarán presentes día con día, y que por ende vienen a modificar sus actos y pensamientos (Gergen, 2005).

Los términos que forman parte del discurso del déficit mental actúan asimismo esencializando a la persona que describen. Designan una característica del individuo que persiste a través del tiempo y las circunstancias, y con lo cual es preciso confrontarse si en realidad se quiere entender los actos de la persona. Los términos que se emplean en el discurso del déficit mental sirven para informar al receptor de que “el problema” no se circunscribe solo al tiempo y al espacio o se halla limitado a un dominio particular de su vida, si no que se trata de algo absolutamente general. (Gergen, 2005, p.146)

Hablar de los efectos que tiene el discurso del déficit mental, nos ayuda a entender las formas en las que un diagnóstico –sea mental o fisiológico- actúa y contribuye en las maneras de mirarse a sí mismo y mirar su condición en el mundo.

Seguimiento del tratamiento y modificación en las actividades cotidianas

En el campo médico, no se dejan de lado los cambios que acompañan a la enfermedad, -a pesar de no ser prioridad en la elección de un tratamiento- ya que se prescriben indicaciones de los cuidados que se deberán de llevar a cabo y que

atraviesan la vida cotidiana, incluyendo la modificación de hábitos, relaciones y la forma en la que la persona se mira a partir del diagnóstico que se ha puesto sobre ella (Epston y White, 1993).

Un problema que ha venido presentándose desde hace algunos años, es la falta de *adherencia* al tratamiento, estudiado por diversos autores (Martín y Grau ,2004; Ortiz y Ortiz, 2007; Pisano y González, 2014 y Ramos, 2015), e inclusive considerado en un comunicado de la OMS (2003) como un problema de gran alcance a nivel mundial al hablar del incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas.

La definición a la que hace alusión Ramos (2015), como aquella que ha sido adoptada por la OMS al hablar de la adherencia terapéutica es la siguiente:

“El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (p.177).

A pesar de que esta definición no hace alusión exclusivamente a los médicos, sino a cualquier profesional de la salud, nosotros lo dirigiremos a las recomendaciones prescritas al diagnosticar una enfermedad crónica.

Este mismo autor, menciona la importancia que la palabra “recomendaciones” tiene en la definición, ya que la relación que se busca establecer con el paciente supone la participación de éste con el profesional médico en la toma de decisiones en torno de su salud. Las prescripciones que se realizan solo sugieren las conductas que idealmente deberían de ser puestas en práctica.

Esta definición es una de las tantas que se han presentado para hablar del seguimiento que hacen los pacientes de los cuidados de su salud, sin embargo, hay muchos aspectos a los que se debe de prestar atención. La adherencia se considera como un fenómeno *múltiple*, porque intervienen una gran cantidad de conductas como tomar la medicación, acudir a citas médicas y evitar conductas de riesgo, por ejemplo. Y también *complejo* porque el incumplimiento no se manifiesta en su totalidad, sino

solamente en algunas características de él (Martín y Grau, 2004; Pisano y González, 2014, y Ramos, 2015).

Se reconocen comportamientos que van más allá del consumo exclusivo de medicamentos, que aunque así fuera, englobaría actividades para cumplir con la ingesta de los fármacos recomendados. Como conseguir el medicamento que se receta, ir a consultas de seguimiento, tomar la medicación apropiadamente -incluyendo el cumplimiento de horarios específicos, pensar en la importancia que ello tiene e inclusive, elegir consumir esos medicamentos-. Se toma en cuenta la ejecución de modificaciones que abarcan desde la higiene personal hasta el autocuidado (Ramos, 2015).

La OMS ha señalado cinco factores que tienen relación directa con la adherencia al tratamiento (en Pisano y González, 2014; Ramos, 2015).

Factores Socioeconómicos: las condiciones del nivel socioeconómico bajo, afectan la atención que puede brindarse para el cuidado del paciente. Se mencionan características como analfabetismo, bajo nivel educativo, desempleo, falta de redes de apoyo social efectivos, disfunción familiar, condiciones de vida inestables, lejanía del centro de tratamiento, costos de transporte, costo de los medicamentos y tratamientos, y las creencias populares de la enfermedad y el tratamiento.

Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria: se toma en cuenta la participación de los profesionales en la relación que se establece, y los medios con los que cuenta la institución para brindar un servicio óptimo. Se habla de deficiencia en la distribución de medicamentos, falta de capacitación del personal sanitario para el manejo de las enfermedades crónicas, recarga de trabajo y falta de incentivos para los profesionales, tiempo insuficiente dedicado a las consultas, falta de seguimiento a los pacientes, y por último el desconocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

Factores relacionados con la enfermedad: las características específicas de cada enfermedad, influyen en el cuidado de las mismas y la capacidad de la persona para poder ejecutar las recomendaciones. Es necesario tomar en cuenta la gravedad

de los síntomas, el grado de discapacidad que provoca (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad con la que progresa, gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos para su atención.

Factores relacionados con el tratamiento: Se menciona la complejidad del régimen médico y su duración, fracasos de tratamientos anteriores, cambios constantes en el tratamiento, inminencia de los efectos beneficiosos, efectos colaterales y la disposición del apoyo de los médicos para tratarlos.

Factores relacionados con el paciente: las peculiaridades de cada paciente cobran relevancia a lo largo del proceso. Como son las actitudes, las creencias, las percepciones y expectativas que tenga. Se incluye también el olvido, las angustias por los efectos adversos de la enfermedad, baja motivación y autoestima, depresión, el conocimiento y habilidades inadecuados que poseen para controlar los síntomas y el tratamiento. No percibir la necesidad de someterse a un tratamiento o no percibir los efectos que tiene o entender mal las instrucciones. Se pone énfasis en estas características con pacientes ancianos.

Desde nuestro punto de vista, incluir los estilos conversacionales de los varones al comunicarse con los profesionales médicos y las características propias del género, como dejar a cargo de otros sus cuidados, son fundamentales en el proceso de adherencia a un tratamiento.

Los estudios que se han realizado con relación al tema, adquieren su importancia al percibir la ineficacia que se ha tenido en muchos países, lo cual tiene consecuencias para las personas en su individualidad y para las instituciones. Se ha registrado el incremento de complicaciones en las enfermedades crónicas, reducción de la calidad de vida, aumento en la mortalidad y mortandad, refiriéndose, con este último a la cantidad de personas que enferman en un lugar y en un periodo de tiempo determinado.

La probabilidad de establecer diagnósticos erróneos es mayor, y con ello la insatisfacción del paciente, causando dificultades en la relación que se establece entre estos. Finalmente, una de las consecuencias mencionadas con más frecuencia

es el aumento de los gastos sanitarios que implica el abastecimiento de medicamentos que no son aprovechados y la atención hospitalaria (Pisano y González, 2014; Ramos, 2015; OMS, 2003).

Adherencia a través de las relaciones con otros: individualidad y colectividad

Una gran parte de los tratamientos médicos quedan bajo la responsabilidad del paciente, y con ello la autonomía en la forma en la que lo maneja. Se han desarrollado explicaciones teóricas que permiten tratar el asunto desde un punto de vista sistemático. Presentando modelos teóricos que dan cuenta de los principales rasgos que interfieren en el seguimiento médico. A pesar de la gran variedad de ellos, que apuntan a distintos caminos, hasta el momento los modelos más utilizados han sido los desarrollados por la teoría cognitivo- conductual.

En esta teoría se explica el estilo de vida como patrones de comportamiento desarrollados desde la infancia y la adolescencia por la influencia de factores ambientales y genéticos, los cuales son mantenidos en la edad adulta por el entorno social. De esta manera se reduce la capacidad del individuo para adoptar un estilo de vida sano, aunado a las complejas instrucciones proporcionadas por los profesionales de la salud. Las intervenciones que se realizan, enfatizan la modificación de conductas que no ayuden al cuidado de la salud, y se incluye la modificación de pensamientos y creencias que favorezcan el autocuidado de una persona (Pisano y González, 2014).

Dentro de los modelos utilizados para explicar la adherencia al tratamiento se incluyen el de *las creencias en salud* y el de la teoría de *la acción razonada*. El primero de ellos pone énfasis en la motivación del paciente y la información con la que cuenta, ya que si ésta es inadecuada es más probable que las conductas que se esperan no se presenten a lo largo del proceso. Por ejemplo, percibir la enfermedad que se tiene como algo grave, o no brindarle importancia al tratamiento médico por el desconocimiento de los efectos que tiene sobre el cuerpo.

Por otro lado, el modelo de la acción razonada prioriza las conductas ya establecidas en un individuo y la intención como los determinantes inmediatos. Se

considera que es necesario intervenir en las creencias, en las valoraciones que hace la persona y otros alrededor de conductas específicas, y la motivación como determinante en la persona para cumplir expectativas de otros o de un grupo.

Aunque estos modelos son utilizados con mayor frecuencia para explicar el tema, se han desarrollado otros tantos que dan cuenta de distintos elementos a los que es necesario prestar atención a la hora de hablar acerca de la adherencia. A saber, la Teoría Social Cognitiva, el Modelo de información-motivación-habilidades conductuales, Autorregulación y el de la Etapas de Cambio (Ortiz y Ortiz, 2007; Ramos, 2015).

Teoría Social Cognitiva: Sostiene que para que una conducta pueda ser ejecutada, la persona necesariamente debe de poseer la creencia de que tiene la habilidad o capacidad para alcanzarla exitosamente, denominando esto como autoeficacia percibida. Si la persona se percibe como capaz de llevar a cabo las recomendaciones hechas por el médico, estas se desarrollarán con facilidad.

Modelo de información-motivación-habilidades conductuales: Como su nombre lo dice, se concibe la información que la personas poseen sobre el tratamiento, la enfermedad y las consecuencias como parte importante del proceso, sin embargo, la motivación y las habilidades que las personas tienen son primordiales para que se cumpla con los cuidados. En este modelo, ninguno de los elementos es favorable por sí mismo, es necesaria la presencia de los tres para que la persona funcione adecuadamente.

Autorregulación: Se toma como determinante el pensamiento y la creencia que se tenga sobre temas como la salud o la enfermedad. Las ideas y las representaciones guían las decisiones y su comportamiento.

Etapas de cambio: Se identifican cinco etapas en las que las personas progresan en la modificación de comportamientos y estrategias, ajustándose a cada una de las etapas. Prediciendo de esta manera el progreso a la etapa siguiente. A lo largo del proceso se identifican las motivaciones que ayudan a predecir cambios futuros, llevando a la persona a que sus conductas sean completamente voluntarias.

Autores como Pisano y González (2014), y Martín y Grau (2004) plantean la necesidad de pensar la adherencia a partir de diversas dimensiones como son, las conductas mediadas por elementos cognitivos y motivacionales, unidos a cuestiones relacionales en donde interviene la comunicación con el médico, el entorno social y familiar, y por último la organización de los servicios de salud. Como un aspecto primordial se menciona la relación que se establece con el profesional médico, pensándola como un elemento muy importante para la satisfacción del paciente.

Martín y Grau (2004) señalan una división de la satisfacción del paciente con respecto al profesional médico como: *específica* y *global*. La primera de ellas determinada por la percepción de las características específicas del médico y la segunda como una apreciación más general que establece el paciente. Al hablar de comunicación se pone de manifiesto su importancia a la hora de dar información referente a la enfermedad y las recomendaciones, concibiéndola como el primer paso para que el paciente pueda aceptarla y recordarla (Rodríguez, 1995, en: Martín y Grau, 2004). Regularmente se asocia una adecuada relación entre médico y paciente con mejoras en la participación de su cuidado, la disminución de cancelaciones a las visitas médicas e incrementos del compromiso del paciente con su tratamiento.

Para Pisano y González (2014) queda al descubierto la necesidad de preparar al personal médico para enfrentar esta situación y que cuente con las habilidades necesarias para comunicarse con sus pacientes. Fundamentalmente, es necesario que los médicos realicen una escucha activa, consideren los miedos y los mitos existentes, potenciando la participación activa del paciente. Se dice que cuando los pacientes toman decisiones compartidas con un profesional, son más propensos a continuar con esas opciones porque lo consideran personal significativo.

Rodríguez (1995 en Martín y Grau, 2004, p.94) hablan de los elementos relacionados con el régimen terapéutico, haciendo referencia a la complejidad que tiene el tratamiento, que obliga a realizar cambios conductuales muy específicos implicados en los hábitos en consecuencia del número de medicamentos que se consumen, la frecuencia del consumo y la duración del tratamiento. Sin dejar de lado los gastos económicos que ello representa, provocando consecuencias no solo en

función del dinero, sino también costos sociales, laborales, familiares y emocionales. Como un tercer grupo de factores están aquellos que hacen alusión a la naturaleza de la enfermedad, ya que por ejemplo, se dice que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad, producen mayor cumplimiento, sin embargo en el caso de las enfermedades crónicas, las asintomáticas o aquellas en que los propios síntomas impiden llevar a cabo las instrucciones, no se han obtenido resultados favorables (Amigó y cols., 1998; Friedman y Di Matteo, 1989, en: Martín y Grau, 2004).

Cuando el tratamiento médico implica la modificación en los estilos de vida y requiere del apoyo de otros, la familia y personas significativas, puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones médicas (Martín y Grau, 2004, p.102).

Considerar la cultura y las relaciones que establecemos con otros como determinantes en la construcción de significados en la vida de las personas, nos lleva a plantear una posible explicación que ayudaría a tratar el tema de la adherencia.

Dado que nuestro interés está puesto en los procesos de salud de los varones, proponemos que la mediación que tiene la cultura en los comportamientos y pensamientos de estos, influyen en las decisiones que toman a la hora de cuidar su salud. Las condiciones bajo las cuales vive un varón podrían dirigir sus intereses y con ello la adherencia o no a un tratamiento. Por ejemplo, considerar el ámbito público como prioridad en la vida de los varones, podría llevarlos a prestar mayor atención a las relaciones que entablan con amigos y las actividades que realizan, como salir de fiesta o hacer reuniones para su diversión. En donde no se contemplan cuidados relacionados a la alimentación, toma de medicamentos, o cuidados alternativos.

Considerar las relaciones en las cuales participan y las modificaciones que implica el seguimiento de un tratamiento, es primordial para entender las decisiones que se toman con relación a las recomendaciones hechas por el profesional. Las reflexiones que las personas hacen, dependen de las condiciones en las que viven en un momento específico de sus vidas. Tomar en cuenta a las personas con las cuales conviven cotidianamente permite configurar los significados de las acciones que se

llevan a cabo, ya sea por parte de los pacientes o de otras personas como familiares o amigos, quienes contribuyen al cuidado o no de la salud.

3. GÉNERO MASCULINO, POSTURA Y TRAYECTORIA DE VIDA

El género como constitutivo en el proceso de enfermedad

Al hablar de género hacemos referencia a personas que no solo somos cuerpos orgánicos, sino que llevamos con nosotros toda una caracterización y construcciones acerca de lo que se espera de cada uno, al formar parte de una división tan grande como son los varones y las mujeres.

El género incluye las acciones y pensamientos a partir de las cuales como sociedad, identificamos lo que otras personas realizan, la forma en la que se comportan y se relacionan con otros, ubicándolos con base en las normas que se han construido para incorporar estos comportamientos en la distinción de género masculino o femenino, de los cuales tenemos significados compartidos. Cualquiera de nosotros podríamos indicar fácilmente cuales de los comportamientos que observamos en alguien más son apropiados para un varón o una mujer. El género es “una forma del ordenamiento de la práctica social” (Connell, 1995 en Valdez y Olavarría, 1997, p. 35).

Pensamos que al hacer un recorrido por las características que se han atribuido al género masculino, tendremos mayores posibilidades de entender las decisiones que se toman al tener el diagnóstico de una enfermedad, y las consecuencias sociales, culturales y orgánicas que se generan a partir de ello. Sin olvidar que cada uno es una historia particular, marcada por una trayectoria y caracterizada por el tumulto de relaciones con las que se ha cruzado a lo largo de la vida.

Género y cultura: una relación inseparable

Hablar de varones o mujeres, nos lleva rápidamente a pensar en algunas acciones que realizamos diariamente junto con otras personas, y que nos brindan una guía para comportarnos y relacionarnos. Estas peculiaridades, a lo largo del tiempo se han ido construyendo entre y por la personas, al afirmar que son las formas adecuadas de comportamiento. Algunas de ellas fundadas a partir de características que poseemos. Por ejemplo, mayor fuerza física en los varones que en las mujeres. Aunque esta regla no se cumpla en todos los casos.

Al dar por hecho cualidades y con ello formas de comportamiento, las personas en conjunto construimos normas que señalan la conducta tanto de hombres como mujeres, es decir, el establecimiento de las particularidades que constituyen el género son el resultado de una construcción social. Las personas nos coordinamos para saber que algo es verdadero, y con ello nos damos sentido individualmente guiando y explicando nuestro actuar, intenciones, e inclusive dando lugar a las emociones como resultado.

Nuestra concepción del conocimiento, del mundo y del yo tiene su origen en las relaciones humanas. Aquello que consideramos verdadero y no falso, como objetivo y no subjetivo, como científico y no perteneciente al mito, como racional y no irracional, como moral y no inmoral, ha nacido de grupos de individuos que tienen una situación concreta en la historia y la cultura (Gergen, 2005, p.48).

La caracterización del género se construye entre las personas, ubicadas en una cultura específica. Y esto nos brinda identidad, al apropiarnos de formas determinadas de actuar, sentir e interpretar el mundo. Determina las formas en las que nos vemos a nosotros mismos, ubicados en lugares específicos de participación y que incluye el reconocimiento de otras personas. El sentido y la exactitud solo pueden darse al compartir significados con una comunidad (Bruner, 1990; Lave y Wenger, 2003).

Las representaciones surgidas en una cultura específica son construidas en conjunto, no pueden haber significados que no sean compartidos con otros quienes nombran y definen aquello de lo que se está hablando. Como sujetos, debemos la interpretación de nuestra individualidad a nuestras relaciones, y por ende a los significados que se construyen en esas interacciones fundadas en nuestra cultura (Gergen, 2005). Entendiendo a esta como “un concepto generado por los miembros de un grupo social que permite describir de manera simbólica un complejo entramado de acciones, ideas, emociones, hábitos, creencias y valores conservados, transmitidos y reestructurados en el proceso histórico del grupo social” (Moreno-Altamirano, 2007, p.64).

El género cruza cada una de nuestras vivencias, al aprender a pensar, expresar los sentimientos o emociones que podemos manifestar, la forma de vestirnos, e inclusive determina nuestros movimientos corporales. El género nos indica nuestra forma de ser, estar y actuar en el mundo (Dreier, 1991; González, 2010).

Hacer esta distinción implica pensar en las especificaciones y características del género como distintivas de comunidades de práctica. En donde están implicadas un conjunto de relaciones entre las personas, la actividad y el mundo a través del tiempo (Lave y Wenger, 2003, p. 74). A lo largo de nuestra trayectoria, vamos aprendiendo y construyendo nuestra identidad.

Los sistemas de clasificación determinan de una u otra forma nuestro acceso a ciertos espacios; en este sentido, hace referencia a cómo esta construcción genérica se convierte en un sistema de clasificación de exclusión e inclusión a actividades, funciones, territorios, espacios, modos de vida, horarios, formas de pensar y formas de sentir, relaciones, lenguajes y poderes (Legarde, 1992 en Rivera y Ceciliano, 2004, p. 36).

Las construcciones creadas en torno al género no son estáticas, y por lo tanto a lo largo del tiempo y dependiendo de los espacios en los que participamos, los significados y comprensiones se van transformando, y delinean lo que representa ser un varón o una mujer dentro de una cultura específica.

Formar parte de lo que han llamado género, nos permite reconocer las formas en las que como varones y mujeres debemos de actuar, y poner en práctica nuestras relaciones con otros y con nosotros mismos. Implica considerar los estatutos marcados en nuestra cultura, que han pasado a ser, algo natural o algo dado y que por ende son exigidos por las personas que nos rodean y también por nosotros mismos.

Como individuos podemos ser sometidos y transformados para cumplir con esas normas, que no solo nos obligan a ejecutarlas con las especificaciones señaladas, sino que también nos castigan si no las ponemos en práctica. Todas las conductas que como género se han establecido tienen funciones específicas dentro de nuestra

organización y a su vez permiten mantener un orden con el resto de las personas con las que convivimos a diario.

El género podría ser entendido, entonces, como el resultado de los procesos de construcción subjetiva que se dieron desde la mitad del siglo XVII, según Foucault (2009) con la aparición de las prácticas de separación y ordenamiento de la vida cotidiana; la subjetivación de tales prácticas de separación en el cuerpo; y de los juicios de normalización. Es decir, el género está presente y se exige todos los días, en función de comentarios, señalamientos o especificaciones de nuestro actuar, hechas por otros y por nosotros mismos.

Al guiar nuestras actuaciones a partir del género construimos nuestra identidad. Nos orienta en el análisis de las decisiones que un varón toma a la hora de poner en marcha las recomendaciones hechas por un médico para el cuidado de una enfermedad y las modificaciones que realiza en sus actividades cotidianas. Creemos que los cuidados que se incorporan al padecer una enfermedad crónica se llevan a cabo con base en las formas en las que un varón se mira y participa en el mundo.

Masculinidades

Para hablar del género masculino, algunos autores (González, 2010; Rutherford, 2003) han introducido el término de masculinidad con la intención de dar cuenta de lo que significa habitar en el cuerpo de un varón. Sin considerarla como una categoría inmóvil, debido a que las características y conductas a seguir a lo largo del tiempo se van modificando en una época y condición socio-cultural específica. Abriendo al mismo tiempo posibilidades de reflexión y crítica de ellos mismos. La masculinidad señala formas específicas de ser varón a lo largo del tiempo, en una época y condición socio-cultural específica.

Para Connell (1995 en Valdez y Olavarría, 1997) la masculinidad se refiere a la posición en las relaciones de género, las prácticas por las cuales los hombres se comprometen con esa posición y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura (p. 35). Plantea que el género y por lo tanto la masculinidad están relacionados a otras clasificaciones como son la raza, la clase, la nacionalidad o la posición en el orden mundial, y para poder estudiarla o hablar de ella,

es necesario tomar en cuenta la relación que existe con estas categorías al formar parte constitutiva de la masculinidad.

No podemos hablar en exclusiva de una masculinidad, como una forma de generalizar las prácticas a la totalidad de varones, ya que están ubicados en una cultura y contextos específicos (como la familia o los amigos, por ejemplo) en los que se comparte la comprensión de las actuaciones como parte del establecimiento de relaciones puntuales. *Los varones no son similares unos con otros en función de la conducción de sus participaciones.*

González (2010, p. 14), introduce el término de *masculinidades*, con la intención de expresar la existencia de múltiples tipos de masculinidad.

Si consideramos al género como constitutivo de las formas de actuar en el mundo de los varones, y pensamos que este guía sus actuaciones en la familia, escuela, trabajo, en la calle, etc., entonces al hablar de una enfermedad, es necesario reconocer los principios que la cultura ha proporcionado a través de normas y significados, como determinantes en la actuación de los varones durante un proceso de enfermedad.

Para establecer las características que han sido consideradas propias de los varones, retomaremos a Rutherford (2003), quien plantea que en la actualidad estamos en una época en donde la economía informática y de servicios tiene un gran auge y por ello las formas tradicionales de ser varón, desarrolladas en la revolución industrial y la división del trabajo doméstico han pasado a un segundo plano.

Estas transformaciones son desiguales, y afectan a algunas clases y grupos, más que a otros. El autor anterior menciona tres modelos de masculinidad que han ido evolucionando conforme se han modificado las condiciones sociales y a lo largo de tres décadas.

El primer modelo señala la idea predominante de la hombría, ubicada en los años 50's, que se formó en las tradiciones patriarcales, en donde se establecían formas de relacionarse en las que los varones subordinaban al género femenino. El segundo modelo habla de las modificaciones que se pusieron en acción en

consecuencia del surgimiento del feminismo, que estaba en contra de las relaciones patriarcales. Y finalmente, el tercer modelo puntualiza el secuestro que tuvo el mercado de las representaciones que constituyen el ser un varón.

El *primer modelo*, ubicado en el patriarcado como la organización social, política y económica predominante señala a la hombría como la forma dominante de ser varón, asociándola principalmente con la restricción emocional, que impregnaba el resto de sus prácticas al dejar de lado la expresión de los sentimientos que sus actuaciones les provocaban. Su valor estaba fundado en las ejecuciones que llevaban a cabo en el ámbito público bajo reglas morales específicas, lo cual los llevaba a tener mayor participación fuera del hogar. Sus acciones se fundaban en el honor, que era reconocido por otros a partir del cumplimiento de sus obligaciones en los ámbitos que para ellos estaban disponibles, tal como el trabajo. A partir de estas especificaciones se fundó el modelo masculino tradicional.

A pesar de que Rutherford (2003) es quién identifica este primer periodo, otros autores, hablan sobre las formas de ser varón durante el patriarcado, como Marqués (1992 en Valdez y Olavarría, 1997), quien menciona este proceso de construcción social como una forma de reducir las diferencias potenciales entre los individuos varones, intentando uniformizarlos en torno del modelo masculino de esa época, y como una forma de aumentar las diferencias que los varones tenían con las mujeres.

Esto surgió en consecuencia de la superioridad que se les atribuyó a los varones sobre las mujeres, al adjudicarles características como fuerza, inteligencia y la ubicación de sus actuaciones en el ámbito público, reduciendo las posibilidades de las mujeres por actuar de una forma similar a ellos. Esta concepción llevó a pensar a los varones como un género homogéneo y superior a las mujeres. Desde esta visión todos poseían características correspondientes a las simbolizaciones establecidas en torno de ellos.

Gasteiz (2008) menciona algunas características, como por ejemplo, que sean independientes, activos, que dejen a cargo de otros sus cuidados y el cumplimiento de sus necesidades personales y privadas, no tener la obligación o necesidad de mantener, cuidar o satisfacer las necesidades de un hogar en cuanto al cuidado y

cumplimiento de labores, ya que se depositaban en otros. Lo que conlleva mayor participación en los contextos públicos, que permiten tener solvencia económica para una familia o él mismo. Y dentro de los cuales, se brinda la oportunidad de relacionarse con sus pares, y encontrar coincidencias en cuanto a hábitos e ideas, reforzando o debilitando los mismos.

A partir de sus acciones se busca obtener poder, utilizado de una forma negativa para influir o dominar a otras personas, que es reconocido por el resto de los individuos que forman parte de la organización social. La utilización del poder, tiene que ver con la posición privilegiada que se tiene en la estructura social (Pizarro, 2006). Sin embargo, para Michael Kaufman (en Gasteiz, 2008):

(...) el poder social de los hombres es la fuente de su poder y privilegios individuales, pero también es fuente de su experiencia individual de dolor y alienación...el reconocimiento de tal dolor es un medio para entender mejor a los hombres y el carácter complejo de las formas dominantes de masculinidad". (p.28)

Ante el poder que se ha construido en torno de ellos, existe una mayor frecuencia de hombres solos con carencias afectivas, dificultades para relacionarse, y aislamiento. Y a su vez, la restricción emocional funciona como un símbolo de fuerza, lo cual supone en muchas ocasiones poner en riesgo al cuerpo, concibiéndolo como algo "invulnerable" y por lo tanto dejando de lado su cuidado, utilizándolo incluso como un medio para obtener reconocimiento ante los ojos de otro, convirtiéndolo en un rasgo primordial. Esta relación con la falta de cuidado propio, Kaufman (en op, cit.) la ha relacionado con que el aprendizaje de los varones refuerza la idea de que su cuidado y el de otras personas, es particularmente femenino.

Por su parte, Marqués (1992 en Valdez y Olavarría, 1997) dice que tener reconocimiento, se convierte en una parte central del ser varón, al percibirse a sí mismo como importante, estando en un grupo privilegiado. Y esto trae consigo la ventaja de obtener refugio, al enorgullecerse de las características que se le atribuyen casi de una forma automática, y a partir de los logros de sus iguales. Pero

a su vez, provoca angustia al tener presente la mayoría del tiempo las peculiaridades con las que debe de cumplir, o las que debe de alcanzar. Sin embargo, el grado en el que un hombre se protege o se angustia depende de factores biográficos personales y de acontecimientos sociales. El deber ser en la lógica patriarcal es predominante en los varones desde la infancia, al querer alcanzar la totalidad de las atribuciones que otros les han hecho saber que forman parte de su identidad como varón. El predominio ante las mujeres está presente, y puede que se manifieste simplemente por el hecho de considerarse superiores ante ellas, y no prestar atención a lo que hagan teniendo presente de antemano que son inferiores; o en su caso, puede que estén en lucha constante por demostrar su importancia ante ellas, algunas veces por medio de la humillación y otras tantas a partir de la sobreprotección, puesto que su papel como varón es proteger a las mujeres. "La construcción social del varón, viene ligada a la noción de importancia. Lo que éste no soporta es, pues, la ausencia de énfasis, trascendencia de sus acciones y aún de su propia persona" (Marqués, 1992 en Valdez y Olavarría, 1997, p. 25).

El *segundo modelo* marcado por Rutherford (2003), tiene su aparición a partir de 1960, en una época en la que las mujeres comenzaron a buscar su propio desarrollo y la lucha por una igualdad sexual, por lo que la hombría no coincidía con las aspiraciones que se tenían en aquel momento. Esto trajo consigo la transformación de las relaciones varoniles, comenzando por la familia, en donde la idea nuclear que se tenía, se fue debilitando tras la legislación más permisiva sobre el divorcio y con ello se desarrollaron formas distintas en las relaciones amorosas heterosexuales, en donde ya no se tenía sometida a la mujer; y en la relación padre-hijo, en donde se flexibilizó su interacción, negociándose así relaciones igualitarias. La caracterización que se tenía de los varones volcó su atención a virtudes consideradas hasta el momento como femeninas, tales como el cuidado, la empatía y cercanía.

Pizarro (2006), reconoce a este periodo como aquel que da la posibilidad de tener masculinidades alternas a la del modelo patriarcal. Mencionando por ejemplo, las acciones, actitudes y creencias que se transforman en ámbitos como el familiar,

en donde los varones participan en las actividades domésticas, se fomenta el diálogo y el respeto como una forma de vivir en armonía y mantener a la familia unida. Además tienen la oportunidad de expresar sus emociones de forma abierta. La relación que mantienen con sus hijos, no solo es económica, sino que se involucran en sus necesidades, problemas y logros. Se habla de una paternidad responsable. Y también en cuanto al cuidado de su salud, considera que la proclamación de fuerza a partir de poner en peligro su cuerpo y su estado de salud, ya no son predominantes y por lo tanto se expresa el dolor provocado por una enfermedad, reconociendo también limitaciones físicas y la necesidad de ayuda y apoyo. A partir de estas modificaciones se mejora la comunicación y los vínculos afectivos con las personas que los rodean, lo cual contribuye al cuidado de su salud. Los varones son seguros de sí mismos y responsables de su propio cuerpo.

Por último en el *tercer modelo*, Rutherford indica que en la década de los 90's, se extiende una crítica generalizada en los medios de comunicación y en la literatura, acerca del colapso de las características que venían articulando las participaciones varoniles. "El mercado ha mercantilizado, secuestrado y (sustituido) la experiencia del macho por tentadoras sensaciones de conmoción, novedad, del glamour de la apariencia y de la acción" (p.2).

Se colocaron en primer lugar sus deseos y necesidades, llevándolos a prestar mayor atención a sus habilidades sociales y promoviendo la búsqueda de su propia identidad que debía de incluir un toque de autenticidad, que mostrara mayor confianza en ellos mismos y los llevara a la auto-realización. Se enaltecieron sus habilidades de comunicación como parte de la presentación que se tiene de sí mismo ante otros.

Las revistas influyeron drásticamente sobre la imagen masculina, manteniendo sus funciones de jefe dentro de las familias pero depositando mayor interés en su individualidad, la belleza y el cuidado del cuerpo. Los hombres jóvenes fueron incrementando su independencia de las limitaciones del hogar patriarcal. El mercado intervino demasiado, ya que la imagen del varón se centraba en la compra de productos caros para su cuidado y su vestimenta. Estos cambios influyeron

predominantemente en los varones que pertenecían a la clase social media o alta, ya que implicaba el consumismo, que en gran medida estuvo influido por el sistema capitalista en donde la adquisición de bienes y generación de riquezas es primordial. Surgió la palabra afeminado para describir a la mayoría de los hombres de esa época sugiriendo vanidad, decadencia, pereza, parloteo y lujo.

La expresión de las emociones vino a ocupar un lugar fundamental dentro de las relaciones que se mantenían, ya que al tener la capacidad de expresar lo que sentían se consideraba como un sinónimo de sinceridad y honestidad. “Las preocupaciones sobre la intimidad, amistad, el significado de la vida, la muerte, el amor, la familia, la pertenencia o identidad, la sexualidad, el placer, el cuerpo y las emociones están desarrollándose dentro de las transformaciones de las sociedades occidentales” (Rutherford, op. cit., p.5).

La delimitación de dichas masculinidades como modelos, son solamente una descripción general de las características que durante los periodos de tiempo mencionados, han sido predominantes. Ubicarlas en una época específica no significa que los varones cumplan con ellas, o que al cambiar de un período a otro, las anteriores se eliminen, como si fueran desechables. Más bien, tiene la probabilidad de que algunas de ellas se conserven, mientras aparecen otras, o inclusive que los varones decidan conservar aquellas que hayan regido sus prácticas con anterioridad.

En una investigación realizada por Rivera y Ceciliano (2004), enfocada en el estudio de la masculinidad y los factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Costa Rica, se acentúa la problemática de conocer las raíces socioculturales de la paternidad al ser este un problema de gran alcance en ese país. Se habla de que las prácticas masculinas, en su mayoría están aferradas al viejo modelo de patriarcalismo, pero a su vez han sido bombardeadas por las tendencias de cambio, que nosotros hemos ubicado en los dos modelos subsecuentes al de patriarcado. Y por otro lado, influye la acción de las políticas públicas. Los autores anteriores mencionan que “la manera como se cruzan o se topan estas dos dinámicas es determinante en la definición de las actitudes y

comportamientos respecto de la paternidad y, en sentido extenso, en la construcción de masculinidades” (p. 23).

A continuación describiremos un buen ejemplo de la diversidad de formas de ser varón, situadas en un tiempo y lugar definido, que es presentada por González (2010), quien llevó a cabo estudios de masculinidades en Cuba, dejándonos ver las formas puntuales en que las características del género masculino se muestran, y que brindan explicación de sus actuaciones en la actualidad.

Parece ser que en este país, con una organización sociopolítica particular, se han llevado a cabo investigaciones, talleres y la conformación de redes que han comenzado a impulsar la equidad entre el género masculino y femenino. Argumentando que a través de los cambios que la identidad masculina ha tenido a lo largo del tiempo es posible realizar estas modificaciones, al haber mayor flexibilidad en las formas de participación de los varones, que ya no están permeadas en su totalidad por un modelo hegemónico que se construyó durante la época patriarcal, y constituía a los varones con base en rasgos particulares. Se dice que a partir del feminismo se fueron modificando estas características y que con la puesta en marcha de estas investigaciones exclusivamente académicas, se ha provocado la participación de la población cubana, quienes realizan aportaciones y actualmente han comenzado a llevar a cabo acciones basadas en la igualdad.

González (2010) resalta la violencia como una cualidad asignada a los varones en la época patriarcal, y que en la actualidad continúa presente a pesar de estos intentos por relaciones igualitarias. La violencia practicada por los varones lleva consigo un sentido de superioridad y funciona como una manera de eliminar puntos débiles que pudieran poner en duda su identidad masculina. Principalmente esta violencia se presenta, de forma psicológica y física, teniendo lugar en las relaciones de pareja y el hogar, la escuela, las prácticas deportivas, e incluso se torna evidente en las relaciones mantenidas entre dos o más varones o consigo mismo. Esta última manifestada a partir de la supresión de las emociones, las exigencias de otros varones por alcanzar metas, en ocasiones, irrealizables, y en aquellas situaciones en las que se pone en peligro su identidad física.

La continua presentación de la violencia se explica a partir de la actual crisis de la masculinidad, provocada por los avances del movimiento feminista y los cambios económicos y culturales, “la salida que escogen muchos varones para demostrar su angustia ante este hecho, es aumentar el episodio a ejercicios violentos” (p. 49).

Se dice también que la orientación heterosexual ha venido siendo una característica fundamental del ser varón, y que a pesar de que desde los años 70's se ha abierto la discusión en cuanto a la homosexualidad, este ha sido un tema muy controversial en los países latinoamericanos, criticando principalmente las atenciones que se tienen sobre el cuerpo y el arreglo personal, que degradan al género masculino y los acercan a las prácticas ejercidas por las mujeres.

A pesar de que en la actualidad se acepta el término de masculinidades, obviando las variadas formas de participación que puede tener un varón, y la puesta en práctica de publicidad y discusiones acerca de ello, no han surtido efecto para su aceptación, ya que al formar parte de los homosexuales, se desvirtúa el valor y el poderío que solo los varones pueden tener para obtener éxito.

Finalmente, se menciona que desde niños, los varones aprenden a partir de sus relaciones a responder de forma enérgica ante las situaciones que se les presentan, sin evitar el riesgo que puedan traer consigo los escenarios en los que participan, sino que es necesario enfrentarlos y superarlos. Hay una nula opción de autocuidado, que en la etapa adulta cobra sentido en cuanto a las decisiones que toman en situaciones como la enfermedad, ante la cual se resisten a reconocer su importancia y buscar auxilio. Se asume que los varones no cuentan con la habilidad del cuidado de sí mismos.

Con base en la descripción de las diversas masculinidades que se han ido presentando, creemos que las características que constituyen estas formas de ser varón pueden ser manifestadas en los discursos de entrevistas realizadas a varones que padecen de alguna enfermedad crónica, y que éstas no serán exclusivas de un solo modelo de masculinidad, sino que habrá una diversidad de ellas en los discursos.

Los varones en construcción social

Caracterizar las participaciones de un varón, implica tomar en cuenta las relaciones que establece con otras personas a lo largo de los espacios en los que está ubicado, sin considerar a estos como espacios físicos bien delimitados, sino como aquellos en los que tiene participación como son el trabajo, la familia, las amistades e inclusive grupos de ayuda o relacionados, entre otros. En los que comparte experiencias, información y maneras de llevar su actuación día con día, ayudando así a reconsiderar sus decisiones y acciones, bajo la condición de una enfermedad.

Dos hipótesis etnográficas para abordar la construcción social del varón que vive con una enfermedad, son las planteadas por Dreier (1991) y Lave & Wenger (2003).

Dreier (1991) plantea que las participaciones de los individuos son identificadas y localizadas dentro de distintos contextos, que llevan consigo prácticas y formas específicas de participación. El aprendizaje, se configura a partir de las participaciones que tienen en una diversidad de contextos, en los que se genera una organización peculiar de participación, brindando a las personas una ubicación particular. Por ende, cada varón enfermo participaría en contextos muy particulares, los espacios en los que se involucran son distintos para cada uno de ellos. La masculinidad varía para cada persona dependiendo de los contextos en los que participa (Dreier, 1991; Rutherford, 2003).

La identidad de cada uno de nosotros se va transformando conforme vamos aprendiendo y a partir de la multitud de relaciones a través de las cuales nos vamos definiendo a nosotros mismos. Las maneras en las que nos movemos cotidianamente nos ubican, y provocan el reconocimiento de otros, así como de nosotros mismos. La identidad se construye a partir de esto y de las reflexiones que hacemos conforme vamos actuando, nos vamos sintiendo y pensando a lo largo de los días.

Lave y Wenger (2003) plantean que de manera cotidiana, se está en compañía de otras personas quienes a través de comentarios, algunas veces instrucciones

específicas sobre cómo hacer algo, con pláticas acerca de lo que se hace de manera rutinaria, o la observación y escucha de lo que hacen cotidianamente, van brindando información a las personas acerca de la manera en la que pueden o no comportarse, relacionarse, los lugares a los que pueden asistir y las actividades que les son propias. Generando de esta manera comprensiones de las prácticas que se llevan a cabo dentro de una comunidad.

Poco a poco, se pone en práctica lo que se cree conveniente en función de la información recibida en cada comunidad y con ello se aprende a participar en ella. Es necesario prestar atención a los detalles cotidianos y como dicen Lave y Wenger (2003, p. 10), a las variadas formas en las que se incluyen en los campos definidos por una comunidad. Es decir “las relaciones sociales de los aprendices dentro de una comunidad cambian a través de su involucración directa en actividades; en el proceso, se desarrollan el entendimiento y las destrezas conocibles de los aprendices” (Lave y Wenger, 2003, p.70).

Estas dos vertientes nos brindan el concepto de participación, como parte central del aprendizaje. Sin embargo, para poder estudiar las formas específicas en las que se lleva a cabo ese aprendizaje, sería necesario realizar observaciones sistemáticas y recuperar los detalles que se generan en las participaciones que tienen en cada uno de los contextos.

Dado que nosotros no realizamos un trabajo de observación, recuperaremos de estas hipótesis exclusivamente el concepto de participación. Que buscaremos analizar a lo largo de las narraciones de los varones enfermos, que nos brindan la posibilidad de recuperar las memorias o historias que constituyen sus vidas, como una forma de brindar significado al momento presente (Epston & White, 1993; Sacks, 2002).

Con base en estas hipótesis, consideramos que los varones se van incluyendo y participan en distintos espacios como el grupo de amigos, equipos deportivos o trabajo. Provocando de esta manera que se compare lo aprendido a partir de sus actuaciones específicas en cada contexto, encontrando coincidencias y también contradicciones, que serán debatidas y puestas en pugna, llevando con ello a la

reflexión y a la modificación de sus participaciones (Dreier, 1991; Lave y Wenger, 2003).

Las contradicciones se van creando a partir de características específicas de cada varón como es la clase social, que se determina por criterios de tipo económicos, pero que lleva consigo formas determinadas de participación con el resto de las personas que lo comparten y marca diferencias con aquellas que están ubicadas en una clase distinta. Esto determina prácticas singulares de actuación, pensamiento y emoción (Lave y Wenger, 2003; Ortega- Ramírez, comunicación personal 06/08/2015).

Ser varón implica que su comportamiento, las formas en las que se relaciona y sus emociones, día tras día correspondan con aquellas que se consideran apropiadas. Por lo que a cada momento, es necesario el monitoreo constante en todo lo que hace, ya que si algo no corresponde a nuestro imaginario, nosotros mismos lo corregimos, así como otros también lo hacen, a través de señalamientos, miradas, gestos. Sin embargo, la mayoría de las veces no pensamos en ello de una manera explícita, sino que día tras día lo vamos repitiendo, convirtiéndolos en hábitos, que parecen tan comunes que no prestamos atención a nuestro actuar, a menos que aparezca una situación inesperada, como es la enfermedad que exige cambios y poner acciones sobre ella, aunque se tiene la posibilidad de no cumplir con ellos y entonces continuar de la manera en la que se venía haciendo (Dreier, 1991; Foucault, 2009).

Posturas en la trayectoria de vida: atravesando la enfermedad

Hablar de las razones por las cuales una persona sigue o no las recomendaciones realizadas por un profesional médico es un tema muy amplio. Implica prestar atención a una diversidad de elementos que pueden determinarlo. En su mayoría, las explicaciones que se han generado incluyen posibles factores que podrían influir sobre una persona para que lleve a cabo modificaciones en su día a día, poniendo énfasis en las características que alguien posee de forma individualidad, el servicio que se brinda o las relaciones que de manera directa se

asume que están involucradas al tener una enfermedad, como es la relación con el médico.

Es necesario recordar lo que ya mencionaba Sacks (2002) acerca de los historiales médicos y de que la forma en la que se elaboran, provoca que se pierda de vista la historia y la riqueza de los relatos que se podrían obtener si prestáramos atención de manera individual a la experiencia de cada persona ante una enfermedad. Permitiendo vislumbrar la cantidad de relaciones, actividades, pensamientos y emociones que se van manifestando a la hora de hablar sobre la propia experiencia.

Ante circunstancias en las que como individuos podemos estar implicados y que son conflictivas o adversas, somos capaces de tomar decisiones -a partir de la reflexión sobre nuestra propia existencia- que consideramos adecuadas de acuerdo a las circunstancias. Teniendo en cuenta las relaciones en las que estamos envueltos y que día con día nos dan la posibilidad de elegir y decidir lo que más nos conviene conforme a nuestras participaciones.

En diferentes contextos sociales, las posturas personales se persiguen por diferentes modos de participación. Las posturas tampoco constituyen esquemas generalizados que se persiguen rígidamente de un modo idéntico, sino de forma ajustada a los contextos en los que la persona se encuentra actualmente ubicada, a sus relaciones con otros contextos relevantes y a los modos de participación de otros co-partícipes. De este modo las posturas guían a las personas en sus transiciones entre diferentes contextos de modo que puedan reorientarse a sí mismas y redirigir sus actividades de acuerdo a sus preocupaciones en el contexto presente, pero también de modo que sigan persiguiendo preocupaciones y posturas particulares a través de los contextos. Las posturas guían a los sujetos para actuar flexiblemente sin convertirse en camaleones (Dreier, 1991, p.37).

Las elecciones de las personas se hacen contrastando sus diversas participaciones, y no son el resultado inmediato de una condición, como la enfermedad. Es indispensable tomar en cuenta la vida de las personas si queremos

entender las decisiones que toman a lo largo de una enfermedad, ya que si bien, hay condiciones como el nivel socioeconómico, lo complicado de un tratamiento, o el género, a los que se les atribuyen algunas características; es fundamental considerar a la persona como capaz de tomar decisiones, aunque éstas no estén relacionadas con los ideales que se tienen. Incluyendo la adherencia a un tratamiento, pensando en que las indicaciones que una persona decide incluir en su vida o no, forman parte de las decisiones que se van tomando conforme a sus participaciones y construcción de significados (Bruner, 1990; Dreier, 1991).

Seguir un tratamiento y sus indicaciones correspondientes, o no hacerlo, forman parte de la toma de postura que podemos asumir, y seguir a lo largo de nuestras participaciones. Por ejemplo, tomar una postura a favor del cuidado de mi salud, implicaría la búsqueda de ello en otros espacios, como la modificación en la alimentación, dejar de realizar actividades fuera de casa que puedan afectarme o, en su caso, aceptar esas modificaciones tanto en las actividades como en las relaciones, como parte de las consecuencias que puede tener la decisión de cuidar mi salud.

Podemos pensar que la exploración realizada por el médico acerca de los valores de sus pacientes, provoca la modificación de discursos al presentar los valores que desde la medicina se creen pertinentes para el adecuado cuidado de la salud. Sin embargo, las personas llevan consigo posturas que podrían contemplar o no, estas opiniones que el médico desde su lugar de profesional le brinda. Y con ello guiar sus participaciones en pro de su salud, considerando las recomendaciones y otras alternativas que le permitan cuidar de sí, o ignorarlas y tomar decisiones que no lo lleven por el camino sugerido.

El médico comparte información acerca de una enfermedad considerando el bienestar del cuerpo de la persona. Parece ser que parte de la interacción con el paciente exige prestar atención a otros aspectos como los estilos conversacionales, las relaciones, intereses y actuaciones en las que las personas estamos envueltas cotidianamente.

Al dar un diagnóstico y las subsecuentes recomendaciones, se pierden de vista las particularidades que permean al género masculino, por decir, que se preste

mayor atención a la información que al establecimiento de relaciones sociales íntimas.

Considerar estas características podría ser importante a la hora de informar sobre un diagnóstico y los cuidados. Tal vez servirían como una alerta de la forma en la que los varones enfrentan cotidianamente las implicaciones de una enfermedad. Incluyendo las relaciones que establecen con familiares, amigos, compañeros, entre otros; y que estarán involucrados en los cuidados y decisiones que se toman.

Por ejemplo, una peculiaridad que se les ha atribuido a los varones es dejar en manos de otros –en su mayoría mujeres- la responsabilidad de sus cuidados personales, incluyendo aquellos relacionados con la salud. Si retomamos esta particularidad, y el estilo de conversación de los varones, somos capaces de contar una anécdota que no corresponde a un varón Norteamericano (como los que Tannen [1980] cita en sus escritos), en donde estas características hayan estado presentes, tomando en cuenta que el varón protagonista de nuestra historia era de nacionalidad mexicana.

Recuerdo bien una escena en donde, un varón (con el que viví muchos años) diagnosticado con diabetes y que ya sufría las consecuencias del cuidado inadecuado de la enfermedad, se sienta a la mesa esperando a que se le sirva la comida, llevado solamente por las ganas de comer (y no por un horario estricto, que resulta importante al padecer esta enfermedad). Su madre, quien había sido informada por él mismo sobre las restricciones que el médico había comentado con relación a los alimentos, desde hace algunos días había venido preparando platillos que cuidaran la cantidad de sal utilizada, que incluyeran verduras, que no estuvieran preparados con una gran cantidad de grasa, entre otras cosas. Al servirle la comida, este varón del que hablo comienza a comerla, manteniéndose callado todo el tiempo hasta que termina. Antes de pararse de su asiento, le comenta a su mamá – enojado - lo insípida que había estado la comida y lo poco que la disfrutó.

Mi narración cuenta sobre las implicaciones que se generan a partir de la información a la que se le da mayor importancia, provocando a su vez efectos en el cuerpo y en la vida de las personas. Para el varón de nuestra historia, el acto de comer es una actividad cotidiana, regida solamente por lo hambriento que se sentía y por la esperanza de encontrar en los alimentos un sabor agradable, que aparte de quitarle el hambre, pudiera disfrutar de ella. Este varón solamente prestó atención a la comida como algo que se hace rutinariamente, y no como parte de las atenciones necesarias para cuidar de su salud. Y mucho menos de la intensidad de otra persona (su mamá) de cuidar de él. Podríamos decir que la preparación de la comida y la acción de servirla, eran interpretadas por él como una responsabilidad de otro, y no de él mismo con relación a su padecimiento.

Los estilos de conversación delimitan los aspectos a los que se presta atención y las formas en las que dirigen sus actuaciones.

Con base en Tannen (1980) y en la narración citada, podríamos suponer que la visita al médico, el diagnóstico y las recomendaciones hechas por éste, para los varones en la mayoría de los casos se convierten automáticamente en información, dejando de lado las acciones de otros y su importancia.

Las narraciones desarrolladas a la hora de identificar síntomas, comunicar un diagnóstico y sugerir un tratamiento, son fundamentales para la construcción que las personas hacemos sobre nosotros mismos, los cuidados de nuestra salud y las relaciones que mantenemos con otros. Dejar de lado características propias del género masculino, implicaría omitir las construcciones y significados que los varones tienen alrededor de la enfermedad, construidas en conjunto a través de las narraciones (Epston y White, 1993; Bruner, 1990).

Pensamos a las personas como individuos que participan en distintos contextos, y que están en constante intercambio con otros, creando significados y dándole sentido a sus participaciones “la psicología debe conceptualizar la subjetividad individual a través de su participación en curso, dentro de estructuras de práctica social de las que son parte” (Dreier, 1994, en prensa en Dreier, 1991, p. 30).

La relación que se establece con el médico y con las personas que están alrededor de ellos -como enfermeras, secretarias, y otros pacientes o sus familiares que acuden a consulta médica- forman parte de uno de los múltiples contextos en los que nos relacionamos. Y por ende, vienen a influir en nuestras acciones, pensamientos y emociones adaptándonos a las reglas y estándares que guían la participación de cada una de las personas que forman parte de ese contexto: el médico. Percatándonos de ello en los encuentros que tenemos con otros, las conversaciones que entablamos, la forma en la que observamos que otros se comportan y los requisitos que se nos piden para estar incluidos en ese lugar, que en este caso, el más importante es ser alguien que padece alguna enfermedad. Todas estas características nos permitirán comprender aquello que es pertinente hacer o no, ajustándolo al mismo tiempo a los conocimientos que tenemos de ello con anterioridad (Lave y Wenger, 2003).

Las decisiones que se van tomando con relación a la salud, están enlazadas a partir de los intereses que las personas perseguimos a lo largo de nuestras participaciones con otros, como son la familia, los amigos, compañeros de trabajo, entre otros.

Los significados que le damos a las situaciones son cambiantes y pueden ser complementados o modificados a partir del intercambio. En la mayoría de las teorías que brindan explicaciones de la falta de adherencia al tratamiento médico, se consideran los valores individuales como parte central del problema. Desde nuestra postura pensar en ello nos lleva a decir que estos valores de los que se habla podrían no estar bien definidos y cercados en las personas, y que las decisiones que se toman no se guían plenamente por ello, de forma estática.

Esto no quiere decir que las personas no tengamos opiniones o puntos de vista acerca de la manera en la que nos comportamos a lo largo de todos los contextos de los que formamos parte. Somos críticos acerca de lo que vamos haciendo, llevando una dirección, pero sin perder de vista que en cada uno de los espacios en los que nos desenvolvemos es necesario adaptarse a las condiciones que los componen (Bruner, 1990; Dreier, 1991).

Las múltiples formas de participar, marcan nuestras actuaciones en un periodo muy específico de nuestras vidas, ubicado en el tiempo. Empero, nos permiten dar sentido a nuestras experiencias, constituyendo nuestra individualidad.

Los acontecimientos y nuestras decisiones individuales ante ellos –la postura-, permiten dar sentido a nuestra *trayectoria de vida*, influyen en nuestra configuración de ser persona. De esta manera al hablar de las relaciones que se han establecido en la infancia o adolescencia, se piensan como experiencias que han dado forma y sentido a las actividades que hacemos, lo que hablamos y lo que vemos. Aunque ello nos ayuda a configurar posteriormente nuestras participaciones no determina de forma tajante las peculiaridades de nuestro comportamiento, pensamientos y emociones en el futuro.

Estamos en constante intercambio de información, que permite realizar un trabajo personal con base en las decisiones que vamos tomando en las circunstancias que se nos presentan (Dreier, 1991).

Tomar en cuenta la trayectoria de vida de una persona, es fundamental para el estudio de los cuidados y las decisiones que se ejecutan para el seguimiento de un tratamiento y la atención de la salud.

Resaltar la trayectoria de un varón que en un momento dado padece una enfermedad, implica pensar en los hábitos que ha desarrollado a partir de las circunstancias que se le presentan y que probablemente estarán implicados en el cuidado de su salud, relaciones e intereses.

Si pensamos a los varones como parte de comunidades de práctica, en las cuales se generan significados, la apropiación de algunos comportamientos que cobran sentido en ellos, y que son exigidos por otros al tener una participación específica, entonces será fundamental pensar en estas características como parte de la configuración de sus relaciones, prácticas y preocupaciones sociales (Dreier, 1991; Lave y Wenger, 2003).

Al estar bajo la condición de enfermedad y un tratamiento que exige la modificación de muchas de sus actividades cotidianas, suponemos la manifestación

de características masculinas que estarán implicadas a la hora de seguir un tratamiento y que guiarán los cuidados y las decisiones que se vayan tomando a lo largo del proceso.

Las narraciones permitirán recuperar las experiencias de los varones que padecen una enfermedad crónica. Pensando en que sus vivencias podrán plasmarse a través de ello y que además permitirán obtener información de las distintas tomas de postura que cada uno de ellos sigue en un momento específico de sus vidas. Obtener información particular de las variadas formas en las que cada varón cuida de su salud, a través de detalles de la vida cotidiana se convierte en un punto central. Incluyendo en los relatos las personas que los acompañan a lo largo del proceso. Encontrar una variedad de masculinidades en los relatos, no debería de tomarnos por sorpresa.

MÉTODO

Participantes

De acuerdo con los criterios de la APA (sexta edición, 2012) se conserva el anonimato de las personas, aludiremos a los participantes únicamente con una letra, que nada tiene que ver con su nombre.

Participaron tres varones que padecían alguna enfermedad degenerativa, al momento de la entrevista-conversación y con residencia en la Ciudad de México y zona conurbada.

P, de 56 años de edad en el momento en el que se llevaron a cabo las entrevistas, padecía hipertensión y diabetes tipo II, y a causa de esta última, ceguera e insuficiencia renal. Recibía tratamiento de diálisis peritoneal.

A, de 54 años de edad, a la hora de realizar las entrevistas había sido diagnosticado con Parkinson, Hipotiroidismo, Displasia Prostática, Hipertensión y Diabetes. El tratamiento destinado a sus padecimientos consistía exclusivamente en medicamentos orales.

O de 67 años de edad, padecía cáncer de Colon, con metástasis en un pulmón e hígado cuando se realizaron las entrevistas. Recibía tratamiento de Quimioterapia, en conjunto con la aplicación de Avastin.

PROCEDIMIENTO

Se realizaron entrevistas - conversación con cada uno de los participantes.

A partir de Payne (2002) se sintetizan sus características. Al desarrollar las entrevistas-conversación se establece una relación horizontal entre entrevistador y entrevistado, esto significa que cualquiera de los dos puede preguntar o comentar sobre los temas que se están tratando. Los tópicos de conversación se construyen en conjunto, en el desarrollo de las conversaciones.

Las intervenciones del entrevistador se centran en invitar a la persona a describir ampliamente su vivencia particular, con la mayor cantidad de detalles posibles, evitando en todo momento realizar preguntas directas (Ortega-Ramírez y Domínguez-Sandoval, 2016).

Esta manera de llevar a cabo la entrevista deviene de los planteamientos de Epston y White (1993) sobre la terapia narrativa.

A partir de las entrevistas - conversación se obtuvieron narraciones, que permitieron construir categorías para el análisis de cada participante.

En promedio, la duración de las 18 entrevistas realizadas fue de 25 horas.

Desde la solicitud de participación a las personas, se grabaron todas las entrevistas; el consentimiento informado fue parte de la presentación del estudiante. Los fines de las entrevistas y el uso de la información se explicitaron como parte de un proceso formativo de profesionistas en psicología, quedando grabada la aceptación de los participantes.

Las entrevistas fueron realizadas por entrevistadores que habían sido entrenados previamente.

En el caso de P se realizaron 8 entrevistas, reuniendo aproximadamente 14 horas. Participaron tres entrevistadores de sexo femenino. En la entrevista 3 participaron su hija y su esposa. En la entrevista número 4 y 8, solo participó su esposa. Las conversaciones se desarrollaron en el domicilio del señor P.

Con el participante A, se llevaron a cabo 5 entrevistas, que fueron desarrolladas por dos entrevistadores de sexo masculino y una de sexo femenino. Se realizaron aproximadamente en 6 horas. Las conversaciones se desarrollaron en el aula de una universidad.

En el caso de O, se hicieron 5 entrevistas, desarrolladas en 5 horas. Participaron dos entrevistadores de sexo femenino. Las conversaciones se hicieron en un espacio público cercano al domicilio del señor O, durante su desarrollo se presentaron interrupciones constantes al encontrarse con conocidos o amigos, y en todas las ocasiones preguntaban acerca de su estado de salud.

RESULTADOS

Los resultados que serán presentados a continuación son el resultado de una serie de tres estudios de caso.

Las categorías que se construyeron con base en las narraciones fueron particulares en cada caso, sin embargo muchas de ellas coincidieron entre sí, mientras que otras –dadas las condiciones de vida particulares- difirieron del resto de los casos.

Para fines de esta tesis se elaboró el análisis de los casos a partir de tres técnicas:

(a) *Análisis de comparación constante*

Permite la selección y organización de la información, identificando las relaciones entre los datos obtenidos. El análisis de comparación en primer lugar, se lleva a cabo con la selección de fragmentos relevantes para el objeto de estudio, a los cuales se les asigna un nombre o etiqueta que lo represente de la mejor manera posible. Una vez que ha sido clasificada toda la información, se agrupan por similitud cada uno de los trozos en una sola categoría, identificando un tema y proporcionando una descripción (Onwengbuzie & Leech, 2007; Onwuegbuzie, Leech & Collins, 2012; Ortega-Ramírez, 2015). A partir de este análisis se crearon las categorías comunes y las específicas de los tres casos. En los resultados obtenidos se muestra la cantidad de veces que un fragmento correspondiente a una categoría específica, aparece en las narraciones.

(b) *Análisis Semántico y taxonómico*

Consiste en localizar y relacionar las palabras utilizadas dentro de una categoría, con la finalidad de interpretar el significado que el participante les otorga. Se muestra la relación entre los términos utilizados en una categoría específica, permitiendo de esta manera puntualizar el contenido de los temas que surgieron a partir del análisis de comparación. Se especifica el uso que el entrevistado le confiere a las palabras empleadas a lo largo de los tópicos (Onwengbuzie & Leech, 2007; Ortega-Ramírez, 2015; Serbia, 2007).

(c) *Conteo de Palabras:*

Consiste en numerar las palabras utilizadas en una sola categoría, con la intención de determinar en qué tópicos la persona se extendió más en su discurso. Resaltando la importancia que se le brinda a los temas de conversación que se desarrollan en conjunto con el entrevistador (Onwengbuzie & Leech, 2007; Ortega-Ramírez, 2015).

Caso 1. Resultados y Análisis

El primer caso corresponde a P, quien tenía insuficiencia renal, como consecuencia de la diabetes. La insuficiencia renal se desencadena al tener grandes cantidades de glucosa que dañan los vasos sanguíneos de los riñones, tensión arterial alta y niveles de colesterol elevados (International Diabetes Federation, 2015a; University Of Maryland. Medical Center, 2016).

Era atendido en su domicilio por medio del tratamiento de diálisis, a cargo de su hija y su esposa, quienes recibieron entrenamiento previo para su aplicación. Se le aplicaba el tratamiento tres veces al día. El cuidado de su alimentación y la medida del agua que consumía, eran primordiales para su cuidado (National Kydney Foundation, 2007).

Vivía con su esposa, su hija (era menor de edad) y con (S), una señora que los apoyaba en la elaboración de los alimentos, y que P consideraba como parte de su familia. P, compartía su casa con su hermana menor, quien al igual que él padecía insuficiencia renal crónica y se dializaba; ella era apoyada por otro de sus hermanos, y a partir de las narraciones parece ser que vivía de manera independiente a P y su familia.

En su niñez, tuvo carencias económicas, mala alimentación y la imposibilidad de estudios académicos. Durante 17 años trabajó en una fábrica de automóviles, sin embargo al quedar ciego tuvo que dejar su trabajo. Cantaba en un grupo musical, ocasionalmente obtenía ingresos a partir de ello. Su religión era católica.

Análisis por Comparación Constante

A continuación presentamos las categorías obtenidas a partir de las narraciones de P y los entrevistadores. Especificando la definición de cada una de ellas.

Efectos en las actividades cotidianas: Tópicos de conversación en donde se hizo referencia a las molestias, limitaciones y consecuencias de la enfermedad en la vida cotidiana.

Efectos en las relaciones familiares: Tópicos en los que aparecieron los cambios en las actividades que la esposa e hija de P realizaban para el cuidado de la enfermedad.

Redes de apoyo: Tópicos en los que se habló de las actividades que P realizaba con otras personas, y que contribuían a su cuidado y bienestar.

Inicio: Tópicos de conversación en los que se habló del diagnóstico, y cómo y porqué apareció la enfermedad.

Dios: Tópicos en los que se aludió a dios y a las maneras en las que ayudó a P a lo largo de la enfermedad.

Daños orgánicos: Tópicos en los que se hizo referencia a los malestares o daños físicos producidos en consecuencia de la enfermedad.

Actividades fuera de casa: Tópicos en los que se habló de las salidas y actividades que realizaba con el grupo de música.

Relación con otros enfermos: Tópicos en los que se hizo referencia a las relaciones que mantenía con personas que padecían alguna enfermedad o con sus familiares.

Tabla 4
Número de tópicos desarrollados en cada categoría

		NÚMERO DE ENTREVISTA								
CATEGORÍA		1	2	3	4	5	6	7	8	Total
	Efectos en las actividades cotidianas	1	6	0	2	10	12	4	10	45
	Efectos en las relaciones familiares	3	2	4	3	6	3	4	7	32
	Redes de apoyo	2	3	2	0	0	5	1	10	23
	Inicio	3	11	0	0	2	0	1	0	17
	Dios	2	3	0	1	1	1	2	4	14
	Daños orgánicos	2	4	0	0	3	3	0	0	12
	Actividades fuera de casa	1	1	0	1	0	3	0	0	6
	Relación con otros enfermos	1	1	0	0	0	0	4	0	6

Nota: En las columnas se indica el número de entrevista que se realizó, mientras que en las filas aparecen las categorías obtenidas y el número de veces que aparecieron en cada entrevista. Las filas resaltadas con color azul, rosa y amarillo indican las tres categorías que se presentaron con más frecuencia.

En la Tabla 4 se presenta un primer análisis de los datos obtenidos, mostrando en orden jerárquico los tópicos que aparecieron con mayor frecuencia a lo largo de las entrevistas en donde “efectos en las actividades cotidianas”, “efectos en las relaciones familiares” y “redes de apoyo” son las categorías que más sobresalen. Tanto los entrevistadores como el participante, contribuyeron para darle mayor importancia a los mismos.

Las actividades cotidianas es el tópico más relevante en los relatos. Es decir, el relato de P estaba saturado por los problemas que le provocaba la modificación de sus actividades cotidianas. Esta categoría apareció con mayor frecuencia en la entrevista 5, 6 y 8. Vinculándose directamente con “efectos en las relaciones familiares”. Esta última es la única categoría que se mantuvo constante en todas las entrevistas, indicando la importancia que tenía la familia para P, al relacionarse con el resto de las categorías.

“Redes de Apoyo” tuvo mayor frecuencia en la entrevista 6 y 8, mezclándose con “efectos en las actividades cotidianas”. Se observó que la categoría redes de apoyo y relaciones familiares, se articularon alrededor de la categoría actividades cotidianas.

En la entrevista 2, la categoría de “inicio” es la que apareció con más frecuencia, haciendo referencia a los acontecimientos sucedidos antes de la enfermedad o que dieron pie a su desarrollo, vinculándose con los efectos en las actividades cotidianas y daños orgánicos, principalmente. Resaltando que ésta última, tuvo su mayor frecuencia en esta entrevista, aun por encima de redes de apoyo y efectos en las relaciones familiares.

La categoría “dios” tuvo su frecuencia más alta (4) en la entrevista 8, uniéndose exclusivamente con las tres categorías que tuvieron mayor frecuencia a lo largo de las entrevistas. A excepción de la entrevista 3, esta categoría se mantuvo constante a lo largo de las narraciones, a pesar de que en algunas de ellas tuvo una frecuencia de 1.

Las categorías “actividades fuera de casa” y “relación con otros enfermos” tuvieron la menor frecuencia (6) registrada en la Tabla 4, mostrando con ello que P realizaba muy pocas actividades en lugares fuera de su casa, y por ende la relación que tenía con otras personas era muy limitada. Sus relaciones se redujeron a las que mantenía con sus familiares, y en menor frecuencia con personas que tenían alguna relación con la enfermedad que padecía.

Se observó que en la entrevista 1 y 2, hubo mayor variedad de tópicos de conversación. Presentándose todas las categorías durante las conversaciones, aunque éstas se desarrollaron en mayor o menor frecuencia.

En la entrevista número 3, se abordaron exclusivamente tópicos de las categorías “efectos en las relaciones familiares” y “redes de apoyo”, siendo ésta la entrevista con menor número de intervenciones desarrolladas. En el caso de la entrevista 4 y 1, la categoría de efectos en las relaciones familiares tuvo una frecuencia de 3; y a excepción de la entrevista 3 en donde no se desarrollaron

tópicos de “efectos en las actividades cotidianas”, fueron las únicas entrevistas en las que se vio un número mayor de intervenciones por encima de esta categoría.

“Efectos en las actividades cotidianas” y “efectos en las relaciones familiares” abarcaron en su mayoría el contenido de la entrevista 5. Haciendo referencia a los “daños orgánicos”, el “inicio” y “dios” con menor frecuencia. Mientras que en la 6, con una frecuencia de 12, “efectos en las actividades cotidianas” también fue la categoría en la que se desarrollaron más tópicos de conversación, en conjunto con “redes de apoyo”.

En la entrevista 7, con una frecuencia de 3, “efectos en las relaciones familiares”, “efectos en las actividades cotidianas” y “relación con otros enfermos” fueron los temas principales con los cuales se desarrolló la conversación.

Finalmente, en cuanto a la distribución de las categorías en cada entrevista, en la número 8, se centró la conversación en las tres principales categorías, dándole prioridad a los temas más relevantes, tanto para los entrevistadores como para P a lo largo de todas las conversaciones.

Análisis por conteo de Palabras

Tabla 5

Número de palabras utilizadas por categoría en cada entrevista

CATEGORIA	NUMERO DE ENTREVISTA									
		1	2	3	4	5	6	7	8	Total
Efectos actividades cotidianas		203	938	0	367	1658	1663	604	1918	7,351
Efectos en las relaciones familiares		1123	668	1183	511	811	317	548	1569	6,730
Inicio		1648	2292	0	0	553	0	76	0	4,569
Redes de apoyo		116	363	662	0	0	822	51	953	2,967
Dios		339	341	0	17	157	91	112	869	1,926
Relación con otros enfermos		106	152	0	0	0	0	1443	0	1,701
Actividades fuera de casa		298	99	0	251	0	273	0	0	921
Daños		186	202	0	0	80	125	0	0	593

	Orgánicos									
--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nota: En las columnas se indica el número de entrevista que se realizó, mientras que en las filas aparecen las categorías obtenidas y el número de palabras que aparecieron por categoría en cada entrevista. Las filas resaltadas con colores indican las tres categorías que tuvieron mayor número de palabras.

Con base en el conteo de las palabras utilizadas en los tópicos de conversación de P y las entrevistadoras, en la Tabla 5 se muestra en orden jerárquico, las categorías que predominaron con una mayor extensión a lo largo de las narraciones. “Efectos en las actividades cotidianas” y “Efectos en las relaciones familiares” ocupan el primer y segundo lugar respectivamente; mientras que “Inicio” está localizada en la tercera posición.

Al igual que en la Tabla 4, se observó que los efectos producidos por la enfermedad en las actividades cotidianas de P, fueron el tema principal en su narración; mientras que las relaciones familiares estaban inmiscuidas en éste.

A pesar de que “redes de apoyo” tuvo una frecuencia más alta de aparición en las conversaciones, en comparación con la categoría de “inicio” (Tabla 4), la extensión de los tópicos fue menor, dejando ver la importancia que a lo largo de las narraciones se le otorgó a los fragmentos en los que se describió el desarrollo de la enfermedad, las razones y el diagnóstico que se le dio a P.

“Dios”, es la quinta categoría que se observó en la Tabla 5, y correspondió al mismo lugar que ocupó en la Tabla 4, en orden jerárquico.

En cuanto a la “relación con otros enfermos”, que se situó en el último lugar por su frecuencia (Tabla 4), la extensión de las palabras utilizadas fue mayor que el número para “actividades fuera de casa” e inclusive para la categoría “daños orgánicos”.

La entrevista 1 se construyó, por extensión, con la categoría “inicio” y “efectos en las relaciones familiares”, principalmente. Tanto en esta entrevista, como en la 2, el relato dominante fue el de “inicio”. Mientras que en la entrevista 3, se habló principalmente sobre el “efecto en las relaciones familiares”, haciendo referencia en segundo término a las “redes de apoyo”.

La entrevista número 4 tuvo el menor número de palabras en cada una de las categorías que se abordaron. Extendiéndose con 511 palabras en la categoría “efectos en las relaciones familiares”, que fue en la que se utilizaron más palabras.

A lo largo de la entrevista número 5 y 6, el tema que abarcó mayor parte de las conversaciones fue “efectos en las actividades cotidianas”. En la conversación 8, hubo una mezcla de esta misma categoría y de los “Efectos en las relaciones familiares”. También se habló de “Dios” y “Redes de apoyo”, aunque con menor extensión.

En la entrevista 7, “Relación con otros enfermos” fue el tema central de la conversación, “efectos en las actividades cotidianas”, “efectos en las relaciones familiares” y “dios” se abordaron en menor medida.

Gracias a la información proporcionada en la Tabla 5, se puede asegurar que para P. la mayor dificultad que se le presentó a partir de la enfermedad, fue la modificación de sus actividades habituales, y los efectos que tuvo en las relaciones familiares que mantenía. Algo que resulta necesario resaltar es la importancia que proporcionaba al inicio de la enfermedad, aludiendo a ello al comienzo de sus conversaciones, y vinculándolo con su familia, y los efectos que con ello tuvo en otras actividades y relaciones. Inclusive, hablar del proceso como se desarrolló la enfermedad y las acciones que fue tomando con ello, cobró mayor importancia que hablar de las redes de apoyo.

La relación con otras personas que padecieron alguna enfermedad e inclusive con los familiares de estos, resultó importante por lo menos en una entrevista, en donde se extendieron al hablar del tema, relacionando esto con sus actividades cotidianas y familiares.

Análisis Semántico

Los análisis previos indican que la categoría o tópico más desarrollado fue el de los efectos de la enfermedad en la vida cotidiana, que incluye la presencia de la esposa e hija, y de las redes de apoyo.

Siguiendo esos resultados, presentaremos el análisis semántico de la categoría efectos en las actividades cotidianas (Figura 1). Aparecieron las actividades que realizaba para su cuidado personal, las que hacía en el tiempo en el que tenía compañía y cuando se quedaba solo, los cuidados médicos que incluyó en su rutina diaria y la ausencia de actividades fuera de su casa. Vemos que en cada subcategoría aparecen su esposa e hija como acompañantes o responsables de realizarlas. Algo característico en esta figura fue que en sus narraciones ponía énfasis en las emociones que experimentaba. Observamos que se sentía muy sentimental, como un estorbo o con ganas de llorar de forma continua.

En la Figura 2, aparecen específicamente las actividades que su hija y su esposa realizaban para su cuidado, mostrando la importancia que su apoyo tenía para la ejecución de actividades cotidianas como alimentación, limpieza personal y la aplicación del tratamiento tres veces al día. Y para las actividades públicas, como hacer trámites médicos o conseguir medicamentos.

Las actividades de P, en el caso de su hija se centraban en enseñarle cosas nuevas (al alcance de sus posibilidades físicas) y prestar atención a las ocupaciones que ella tenía, hubo un acercamiento entre ellos. La relación establecida con su esposa se centró en entorno de los cuidados de la enfermedad.

Recuperar lo que pensaba sobre su condición de vida, nos mostró la importancia que le otorgaba a su hija y esposa en los cuidados que le daban. Y al mismo tiempo la culpabilidad que tenía con ellas al no poder hacer actividades para su beneficio, como obtener ingresos económicos o llevarlas a lugares de diversión. Sus relaciones se centraron en el cuidado de la diabetes.

Finalmente para este caso, en la Figura 3 aparecen las redes de apoyo de P, que incluyeron a su hermana, a la Señora S, su sobrino y a los psicólogos que realizaron las entrevistas. La mayoría, brindándole la oportunidad de platicar sobre sus experiencias y obtener bienestar a partir de ello. El intercambio de experiencias era muy importante para él, al no tener actividades para su entretenimiento.

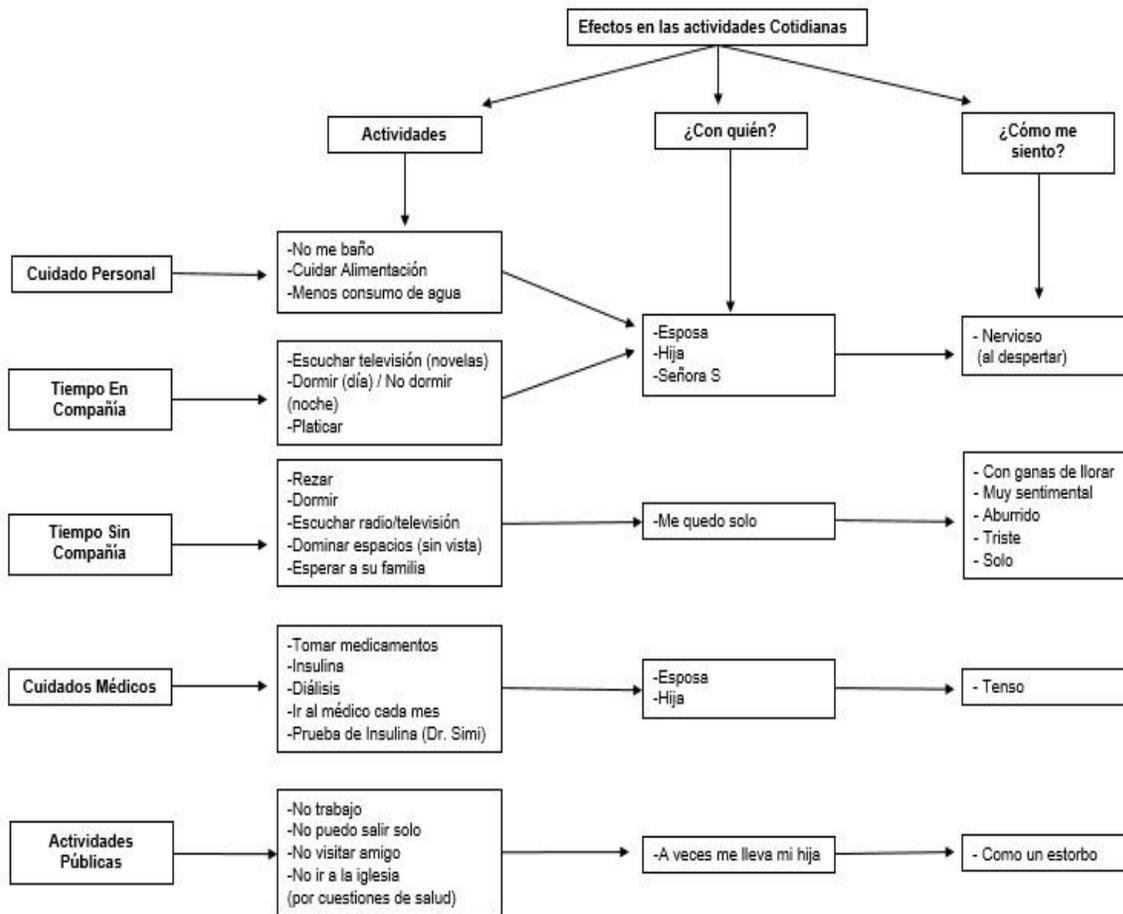


Figura 1. Categoría efectos en las actividades cotidianas para el caso P. Se presentan las palabras o frases utilizadas en la categoría efectos en las actividades cotidianas. En las filas se señala el tipo de actividad o el momento específico en que se ejecutaba, utilizando las flechas para relacionarlas con las columnas que indican actividades específicas, las personas con quienes las realizaba y como se sentía ante ello.

Con excepción de los psicólogos, con el resto de las personas podía obtener recursos económicos, a partir de préstamos, regalos o al trabajar eventualmente en el grupo de música.

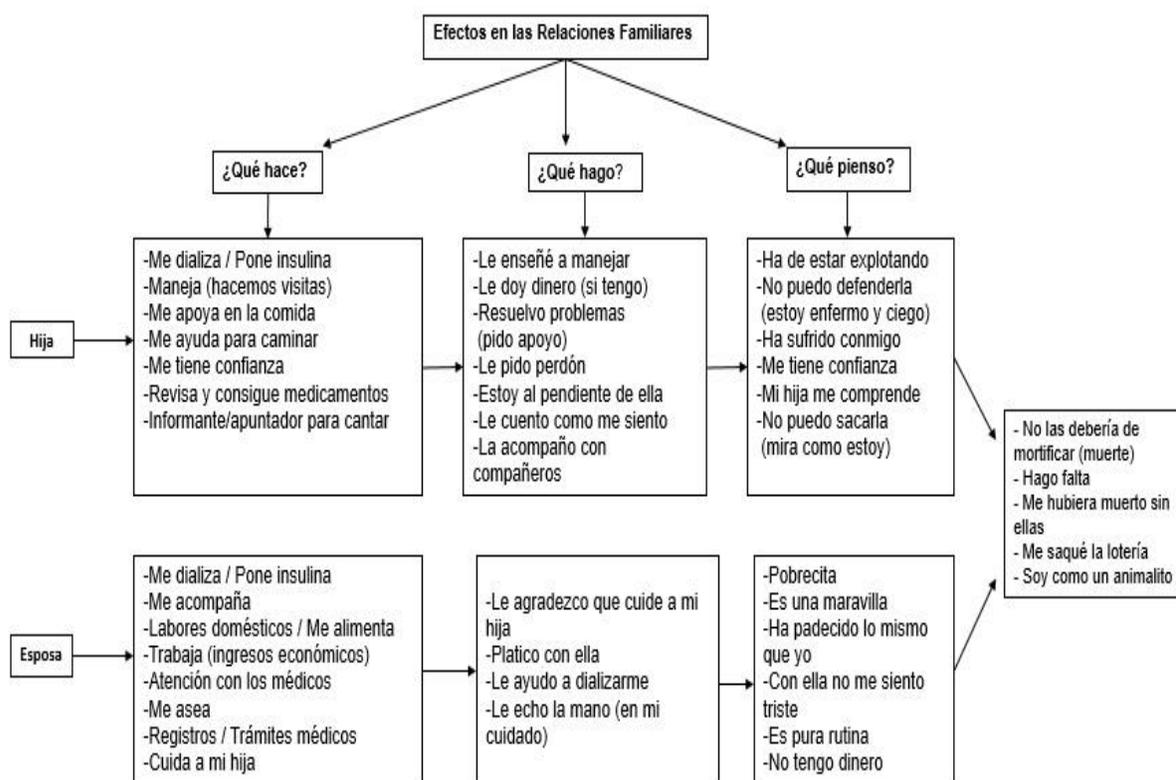


Figura 2. Categoría efectos en las relaciones familiares para el caso P. Aparecen las frases utilizadas en la categoría efectos en las relaciones familiares. En las filas se especifican las actividades que hacen la esposa e hija de P, indicando con las flechas lo que él hace con cada una de ellas y lo que piensa al respecto. En el último cuadro aparecen los pensamientos que tiene con relación a ambas.

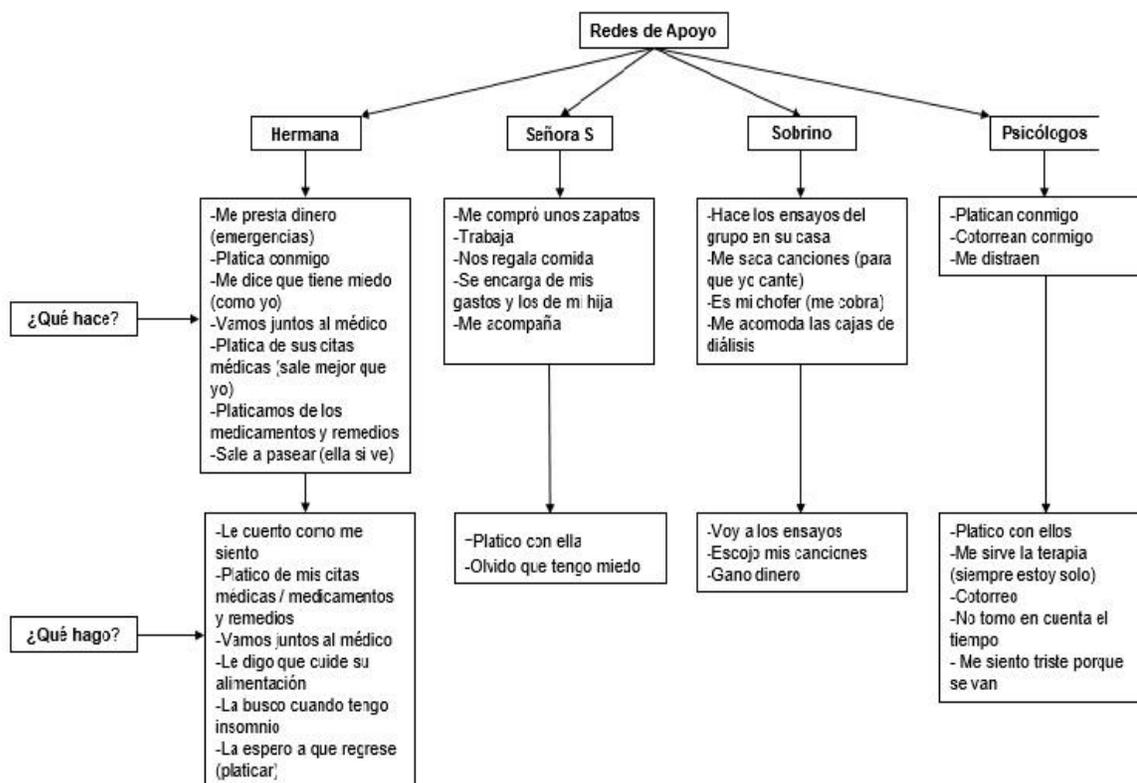


Figura 3. Contenido de la categoría redes de apoyo para el caso P. Se presentan las frases que describen el contenido de la categoría redes de apoyo. En las columnas de la figura se señalan las personas que aparecieron en esta categoría, utilizando las flechas descendentes para especificar qué actividades hacían con P, y que hacía él o como se sentía cuando estaba con ellos.

Análisis del caso P

Dejar a cargo de otras todas sus atenciones fue una característica muy peculiar en su vida. Cuando estaba acompañado, dejaba sus cuidados a cargo de su esposa e hija, principalmente (Figura 1).

Las modificaciones en las actividades cotidianas fueron lo más importante en la vida de P. Sus ocupaciones se vieron reducidas a aquellas que podía realizar dentro de su casa. Ocupando su tiempo en actividades que no exigían esfuerzos físicos (Figura 1).

Dado el desarrollo de la diabetes en su cuerpo, y las limitaciones físicas que le provocó, principalmente la ceguera. Y estar sometido a un tratamiento de diálisis diariamente, tuvo limitaciones para salir a otros lugares como lo hacía con

anterioridad. Las actividades que realizaba fuera estaban supeditadas a los tiempos de su esposa e hija (Figura 1 y 2).

En la vida de este varón, prestar atención a actividades rutinarias que se realizan dentro del hogar, cobraron relevancia, al dejar de realizar algunas de ellas; como bañarse diariamente –a causa de sus malestares y complicaciones-, y llevar a cabo modificaciones en la comida que consumía y la cantidad de agua. En estas últimas, la preparación y medida estaba a cargo de su esposa y la señora S (Figura 1 y 3).

Incluir en su rutina los cuidados médicos de la enfermedad, fue otro aspecto muy relevante. A lo largo de sus narraciones hizo referencia a los procedimientos que hacían diariamente para su cuidado, como la diálisis, aplicación de insulina, tomar medicamentos o ir a consultas médicas (Figura 1).

La mediación que tuvieron las mujeres de su familia, en cuanto a los cuidados de la enfermedad fue muy relevante para el seguimiento de las recomendaciones médicas. Se marca una diferenciación de las funciones de género, ya que por tradición, P era el proveedor económico de su familia, pero sus condiciones de salud lo imposibilitaron para continuar haciéndolo; ante lo cual no se involucraba en sus propios cuidados, asignando la responsabilidad a las mujeres.

Acatar las recomendaciones médicas, fue una decisión que guió el cuidado de su salud. Sin embargo, encontramos que estar de acuerdo con el seguimiento del tratamiento no lo hacía responsable de él. Las mujeres con las que vivía fueron las encargadas en llevarlos a cabo diariamente (Figura 1 y 2).

Ocupaba su tiempo en actividades que no exigían esfuerzos físicos (y que por lo tanto no contribuían al cuidado de su salud), y que en los momentos en los que se quedaba solo, únicamente servían como distractores (Figura 1).

Una característica de sus narraciones fue la descripción constante de sus emociones, dando cuenta de que la mayor parte del tiempo se sentía indefenso, al tener miedo, estar tenso o sentirse como un estorbo. El sentimentalismo que tenía, para él, se presentaba en consecuencia de los efectos que tenía la enfermedad (fig.

1). Hacer referencia a ello era un indicador de la información a la que prestaba atención al estar exclusivamente en su casa, y al depender de otras personas. Tener muy poca participación en el cuidado de su salud y al perder la libertad de salir a otros lugares por cuenta propia, provocaba vulnerabilidad y pérdida del control de sí mismo. Siendo esto fundamental en las participaciones de un varón del modelo tradicional, provocando que percibiera poco reconocimiento de su persona.

Seguir un tratamiento, bajo las condiciones de salud que tenía y debido a que la enfermedad no tenía cura, servía únicamente como una forma de mantener su cuerpo en funcionamiento.

La condición física que tenía, fue la principal razón que le impidió continuar laborando, y con ello realizando actividades fuera de su casa cotidianamente, sin embargo, no dejó de salir. Manteniéndose como parte del grupo de su sobrino y consiguiendo medicamentos (Tabla 4 y 5, categoría inicio, relación con otros enfermos; Figura 3).

La obtención de recursos económicos, que con anterioridad era su principal función en la familia, se limitó a la obtención de dinero en días específicos en los que iba a cantar con su sobrino (Figura 3). Por tanto, la responsabilidad económica recayó en su esposa (Figura 2). Los ingresos que obtenía en ocasiones no eran suficientes, e inclusive otras personas les ayudaban, como la señora S (Figura 3).

La atención médica que recibía, entonces, era exclusivamente del sector público o de médicos como “el simi” (Figura 1). No se establecían relaciones de cercanía con ninguno de ellos. La economía fue importante para el tipo de atención que podía recibir.

Las relaciones familiares para P, fueron fundamentales en el momento en el que se realizaron las entrevistas. No solamente porque fueron las mujeres de su familia quienes atendieron los cuidados de la enfermedad, también permitió que estableciera relaciones más cercanas con ellas, sobre todo con su hija, con quién la relación fue construida a partir de pláticas continuas sobre lo que hacía, sus compromisos, y la compañía que se hacían mutuamente (Figura 2).

Centrar sus narraciones en el tema, nos dio una idea de la importancia que las relaciones familiares tenían para él. Estar la mayor parte del tiempo en su casa, permitió que P se interesara en las actividades que otros hacían fuera, y atender detalles importantes que obtenía a partir de las conversaciones (Figura 2 y 3). El contacto con el mundo exterior obedecía a estos intercambios.

Las conversaciones que tenían con sus familiares, servían como una forma de intercambio de información, principalmente con su hermana (Figura 3) al hablar sobre sus visitas médicas, y las posibles formas de cuidado que tenían para tratar la misma enfermedad. Es interesante, como es que P promovía el cuidado de la salud a partir de las prácticas que su hija, S y su esposa hacían por él, pero en las cuales tenía limitada participación. Construir conversaciones con su hermana, no le servía para generar mayores cuidados hacía su persona, sino para compartir experiencias, comparar el desarrollo de su enfermedad y mostrar preocupación por ella.

P prestó mayor atención a los detalles de lo que otras personas hacían por él en el cuidado de su salud y reconociendo la importancia de su compañía. Sus discursos estaban investidos de emociones, y pensamientos hacia otras personas. Al sentirse imposibilitado para realizar actividades de forma independiente y fuera de su hogar, dirigió su atención a las relaciones con su familia y dejó a cargo de ellas todo lo relacionado con sus cuidados (Figura 2).

Su atención estaba centrada en las acciones que llevaba a cabo con otros, no para el cuidado de sí mismo.

Las características que anteriormente permearon el actuar de P, descritas en la categoría “inicio” (Tabla 4 y 5) -como ser el principal proveedor de su hogar, trabajador y con múltiples amistades laborales con los que compartía su tiempo- a las que recurrió constantemente en las entrevistas, sufrieron modificaciones al abandonar sus obligaciones anteriores por el deterioro del cuerpo.

Regresar a estos recuerdos en P y a situaciones que se presentaban en ese momento de su vida, le permitieron reflexionar sobre la manera en la que se sentía ubicado en el presente, pensando en que era como “un animalito” ya que necesitaba

el apoyo de su familia para poder salir de casa y visitar lugares que le gustaban, como la iglesia (Figura 1).

P estaba sufriendo las consecuencias del cuidado inadecuado de una enfermedad que exigía atención y cambios en el estilo de vida. Ser un varón con características del modelo tradicional masculino en sus participaciones pasadas, no ayudó al cuidado de la enfermedad. Con las complicaciones que se le presentaron en consecuencia de ello, sus actividades e intereses sufrieron un giro, al estar imposibilitado físicamente para realizarlas.

Finalmente, las conversaciones que mantuvo con las entrevistadoras, fueron bien recibidas al sentirse acompañado en el tiempo en el que no estaban sus familiares, hacer bromas, obtener información sobre ellas, y abriéndole un espacio para platicar sobre cuestiones cotidianas como su alimentación y aseo personal. Dándole la posibilidad de ordenar e incluso reestructurar sus vivencias a partir de las narraciones (Figura 3).

Caso 2. Resultados y Análisis

A padecía una serie de enfermedades, sin embargo a partir de las narraciones fue posible decir que le brindaba prioridad al Parkinson, debido a los cuidados que necesitaba y las limitaciones físicas que esta enfermedad le provocaba.

El Parkinson estaba en una etapa avanzada. Los síntomas que tenía eran rigidez, temblores constantes, y bradicinecia que provocaba lentitud en sus movimientos. En algunas ocasiones tenía dificultad para dormir y lentitud en el pensamiento (De la Casa, s. f.).

Tenía periodos en off, provocándole que en algunas ocasiones la rigidez o los temblores de su cuerpo aumentaran. Acudía con regularidad al neurólogo, quién le brindaba alternativas para la toma de medicamentos, considerando los síntomas que presentaba.

Tomaba algunos medicamentos utilizados comúnmente para esta enfermedad como era Levodopa y Amantadina. Y algunos otros para el resto de las

enfermedades que padecía. Los horarios en los que los consumía eran estrictos y se los aprendía de memoria (De la Casa, s. f.).

Asistía de lunes a viernes a un grupo dedicado a la vejez en una Universidad, en donde convivía con mujeres de la tercera edad, estudiantes de la carrera de psicología (hombres y mujeres) y con los profesores encargados del grupo. Recibía atención psicológica. En compañía de ellos y de forma individual, realizaba distintas actividades como ir a clases de Tai- Chi, hacer pinturas al óleo o manualidades (De la Casa, s. f.).

Tenía una hija, casada y con un hijo. La veía exclusivamente cuando lo visitaba para pedirle dinero.

Vivió con su sobrino, en su propio departamento; y posteriormente con una de sus hermanas. En el momento de las entrevistas tenía muy poco o ningún contacto con ellos.

Trabajó en una estación de ferrocarriles, sin embargo en consecuencia de la enfermedad, tuvo que abandonarlo. Cuando se realizaron las entrevistas recibía sus ingresos económicos por medio de una pensión, y era propietario de un departamento.

Análisis por Comparación Constante

Presentamos la definición de cada una de las categorías obtenidas a partir de las narraciones.

Actividades fuera de casa: Tópicos en los que se habló de las salidas y actividades que realizaba con el grupo de vejez.

Efectos en las actividades cotidianas: Tópicos de conversación en donde se hizo referencia a las molestias, limitaciones y consecuencias de la enfermedad en la vida cotidiana.

Relaciones familiares conflictivas: Tópicos en los que aparecieron las dificultades que tuvo en las relaciones con sus familiares.

Medicamentos: Tópicos en los que se habló de los fármacos utilizados para tratar la enfermedad. Incluyendo los efectos que produjeron en el cuerpo y en sus actividades.

Inicio: Tópicos en los que se habló de la asistencia al médico, seguimiento y progreso de la enfermedad.

Discriminación: Tópicos en los que A percibía que otras personas lo dejan solo o lo discriminaban.

Daños Orgánicos: Tópicos en donde se abordaron las enfermedades que padecía y como afectaban a su cuerpo.

Me quedé solo: Tópicos en los que se hizo referencia a la ausencia de ayuda de otras personas para el cuidado de su salud.

Sexualidad: Tópicos en los que se habló de las pláticas que A tenía acerca de su sexualidad y las técnicas que utilizaba.

Propiedad: Tópicos en los que se habló de los bienes económicos que A poseía.

Relación con otros enfermos: Tópicos en los que se hizo referencia a las relaciones que mantenía con personas que padecían alguna enfermedad o discapacidad.

Tabla 6

Número de intervenciones y tópicos desarrollados por categoría en cada entrevista

NUMERO DE ENTREVISTA							
CATEGORIA		1	2	3	4	5	Total
	Actividades fuera de casa	5	23	6	14	6	54
	Efectos en las actividades cotidianas	2	4	13	1	15	35
	Relaciones familiares conflictivas	1	24	8	0	1	34
	Medicamentos	1	1	12	5	2	21
	Inicio	5	0	12	2	2	21
	Discriminación	9	1	3	2	1	16
	Daños orgánicos	6	1	5	3	1	16
	Me quedé solo	9	1	0	0	5	15
	Sexualidad	2	0	7	0	0	9

	Propiedad	3	5	1	0	0	9
	Relación con otros enfermos	2	0	0	3	1	6

Nota: En las columnas se indica el número de entrevista que se realizó, mientras que en las filas aparecen las categorías obtenidas y el número de veces que aparecieron en cada entrevista. Las filas resaltadas con color azul, rosa y amarillo indican las tres categorías que se presentaron con más frecuencia.

Las categorías que se desarrollaron con mayor frecuencia, en el caso de A, se observan en la Tabla 6. En donde la categoría “Actividades fuera de casa”, “Efectos en las actividades cotidianas” y “Relaciones familiares conflictivas” fueron las que se repitieron una mayor cantidad de veces a lo largo de las cinco entrevistas.

Dado que A vivía solo, contaba con recursos económicos suficientes y padecía de una enfermedad que no limitaba su movimiento totalmente, las actividades fuera de casa, fueron los tópicos que se desarrollaron con mayor frecuencia. Esta categoría se mantuvo constante en todas las entrevistas, pero específicamente en la 2 y 4, se observó que tanto los entrevistadores como el participante, hablaron más acerca de ello. En la entrevista 2, se enlazó con la categoría “Relaciones familiares conflictivas”, y fue en esta misma en donde se abordó con mayor frecuencia el tema.

“Efectos en las actividades cotidianas”, fue la segunda categoría que se presentaba en orden jerárquico, y tanto en la entrevista 3, como en la 5 se desarrolló con más frecuencia. Al igual que “actividades fuera de casa”, se mantuvo constante en las cinco conversaciones.

La categoría de “medicamentos” que hacía referencia a los efectos que tenían sobre él, los horarios y la descripción de los mismos, tuvo una frecuencia de 21, al igual que la categoría “inicio” en donde se abordó el comienzo de la enfermedad y las visitas a los médicos. Ambas tuvieron su mayor número de intervenciones y tópicos desarrollados en la entrevista 3.

La entrevista 1 fue la que tuvo tópicos de conversación de todas las categorías, sin embargo la mayor frecuencia observada (9) correspondió a la categoría de “discriminación” y “me quedé solo”, aun por encima de “actividades fuera de casa” e “inicio” que tuvieron una frecuencia de 5.

En la entrevista número 3, hubo una mezcla, principalmente de “efectos en las actividades cotidianas”, “medicamentos” e “inicio”. A excepción de “me quedé solo” y “relación con otros enfermos”, para el resto de las categorías se desarrollaron tópicos de conversación.

En cuanto a la categoría “discriminación”, se construyeron tópicos de conversación en cada una de las entrevistas, sin embargo, con una frecuencia de 9, en la número 1 se habló más que en el resto de ellas.

En todas las entrevistas se platicó acerca de los daños físicos producidos por las enfermedades que A padecía, pero en la entrevista 1 y 3, esta categoría de “daños orgánicos” tuvo más frecuencia. Mientras que “Me quedé solo” se desarrolló en la entrevista 1,2 y 5.

Exclusivamente se habló de “Sexualidad” en la entrevista 1 y 3, con una frecuencia total de 9. En la entrevista 3, se desarrolló en su mayoría esta categoría, y es probable que la ausencia de la entrevistadora durante esta sesión, haya permitido que se diera de esta manera.

En cuanto a la categoría “Propiedad”, está se abordó en las primeras tres entrevistas, con una frecuencia máxima de 5, en la entrevista 2. Coincidiendo justamente con la frecuencia más alta de “Relaciones familiares conflictivas”.

La entrevista 4, se centró principalmente en “actividades fuera de casa”, y con una frecuencia mucho menor (5) en la categoría “medicamentos”. En la última conversación tanto los entrevistadores, como A desarrollaron principalmente la categoría “efectos en las actividades cotidianas”, y “actividades fuera de casa”, “me quedé solo” en menor frecuencia.

Finalmente, “relación con otros enfermos” fue la categoría que se presentó con menor frecuencia a lo largo de las entrevistas, mostrando que a pesar de que acudía con regularidad a atención médica y formaba parte de un grupo de adultos mayores, no convivía con regularidad con personas que padecieran enfermedades.

Análisis por Conteo de Palabras

Tabla 7

Número de palabras utilizadas por categoría en cada una de las entrevistas

		NUMERO DE ENTREVISTAS					
CATEGORIA		1	2	3	4	5	Total
	Actividades fuera de casa	889	2867	679	2004	1295	7,734
	Efectos en las actividades cotidianas	64	254	702	466	2517	4,003
	Me quedé solo	2069	128	0	0	1112	3,309
	Relaciones familiares conflictivas	45	2704	351	0	59	3,159
	Discriminación	1450	318	419	124	210	2,521
	Inicio	629	0	1328	34	447	2,438
	Medicamentos	286	17	1018	519	70	1,910
	Sexualidad	283	0	686	0	0	969
	Propiedad	474	360	22	0	0	856
	Daños orgánicos	77	18	139	254	56	544
Relación con otros enfermos	222	0	0	244	44	510	

Nota: En las columnas se indica el número de entrevista que se realizó, y en las filas aparecen las categorías obtenidas y el número de palabras que aparecieron por categoría en cada entrevista. Las filas resaltadas con colores indican las tres categorías que tuvieron mayor número de palabras.

Al realizar el conteo de palabras utilizadas por cada categoría, en la tabla 4 se muestra que “actividades fuera de casa”, no solamente tuvo la frecuencia más alta durante las entrevistas (Tabla 6), sino que también fue la categoría en la que hubo una mayor extensión en los tópicos de conversación. Resaltando de esta manera la importancia que estas actividades tienen en la vida cotidiana de A.

En segundo lugar, los “Efectos en las actividades cotidianas” fue la categoría que tuvo mayor extensión en las narraciones, seguido por los fragmentos de “me quedé solo”. Empero, esta última estuvo ausente en la entrevista 3 y 4.

A pesar de que “relaciones familiares conflictivas” se situó, por su frecuencia en el tercer lugar (Tabla 6), dado su extensión en las palabras utilizadas, fue la cuarta categoría desarrollada, en orden jerárquico a lo largo de las entrevistas.

La categoría “discriminación” tuvo preponderancia por encima de “inicio” y “medicamentos”, siendo esta una categoría que se mantuvo constante en las cinco entrevistas realizadas, y teniendo un mayor número de palabras en la entrevista número 1.

La primera entrevista se construyó principalmente, alrededor de las categorías “me quedé solo” y “discriminación”, tal como se observó en la tabla número 6. Mientras que en la entrevista número 2, “actividades fuera de casa” y “relaciones familiares conflictivas” fueron el centro de la conversación, al extenderse mucho más en los tópicos de conversación desarrollados.

En la entrevista número tres, a pesar de que “efectos en las actividades cotidianas” tuvo la frecuencia más alta (Tabla 6), en cuanto extensión, esta categoría estuvo muy por debajo de “inicio” y “medicamentos”.

La entrevista 4 tuvo la particularidad de centrarse en las “actividades realizadas fuera de casa”, cruzándose con la categoría “medicamentos” y “efectos en las actividades cotidianas”, con un menor uso de palabras.

En la última conversación, las primeras tres categorías con el mayor número de palabras utilizadas, estuvieron enlazadas y constituyeron el desarrollo de la entrevista. Incluyendo en menor medida, el resto de las categorías que estuvieron presentes.

El desarrollo de la categoría “daños orgánicos” fue reducido en cuanto a extensión, utilizando 544 palabras, tanto por A, como por los entrevistadores. Fue mayor que el desarrollo de la categoría “relación con otros enfermos” que tuvo su mayor extensión en la entrevista 1 y 4.

Finalmente, al hablar de “sexualidad” se utilizaron 969 palabras, siendo esta una cantidad mayor a la utilizada en la categoría de “propiedad”, aun cuando su frecuencia fue la misma a lo largo de las conversaciones (Tabla 6).

Análisis Semántico

Dada la importancia que la categoría actividades fuera de casa, efectos en las relaciones familiares y redes de apoyo tuvieron a lo largo de las entrevistas se construyó un análisis semántico en donde se observaron los significados que A le daba a las descripciones que realizó con relación a estas tres categorías.

En la Figura 4 aparecieron principalmente las actividades que realizaba en el grupo de vejez, las cuales se extendieron a las ocupaciones que tenía en su casa. Acudir a Piña Palmera, también se derivó en consecuencia de su participación en el grupo. En esta categoría se muestra la importancia que tenía ocupar su tiempo en estas actividades, dándole la posibilidad de convivir con otras personas, aprender, tomar decisiones importantes en otros ámbitos de su vida y en el cuidado de su salud. Convivía regularmente con psicólogos y mujeres en edad avanzada.

Las emociones que sentía se presentaron continuamente en esta categoría, siendo éstas en su mayoría de satisfacción y alegría al estar con otras personas. La discriminación se hizo presente en la convivencia con sus compañeras.

Dentro de las actividades que realizaba fuera, hacía ejercicio y acudía a celebraciones con sus amigas. El cuidado de su salud fue central en sus participaciones dentro del grupo.

En los efectos que tuvo la enfermedad en su vida cotidiana (Figura 5), se observó que su cuidado personal y los cuidados médicos estaban completamente a su cargo, en los relatos no hace referencia a otras personas que contribuyeran a ello. Las actividades que realizaba, para él tenían metas determinadas que contribuían al conocimiento de sus habilidades y obtener beneficios en cuanto a su motricidad. Incluir actividades de entretenimiento, y algunas relacionadas con el grupo de vejez, le permitían obtener beneficios similares e integrarse al grupo. Hacer referencia a sus pensamientos en todo momento fue característico de A, permitiéndonos ver que percibía los malestares y deficiencias provocadas por la enfermedad, pero ponía en práctica actividades que le permitieran hacerles frente.

Finalmente, las relaciones familiares que tenía (Figura 6) se caracterizaban por ser problemáticas, principalmente en consecuencia de la solvencia económica que tenía. Su hija, hermana y sobrino estuvieron incluidos en esta figura. Sin embargo, la única relación que aún mantenía era con su hija. Se presentan las decisiones que fue tomando con relación a ella y los pensamientos y emociones que ello le generaba.

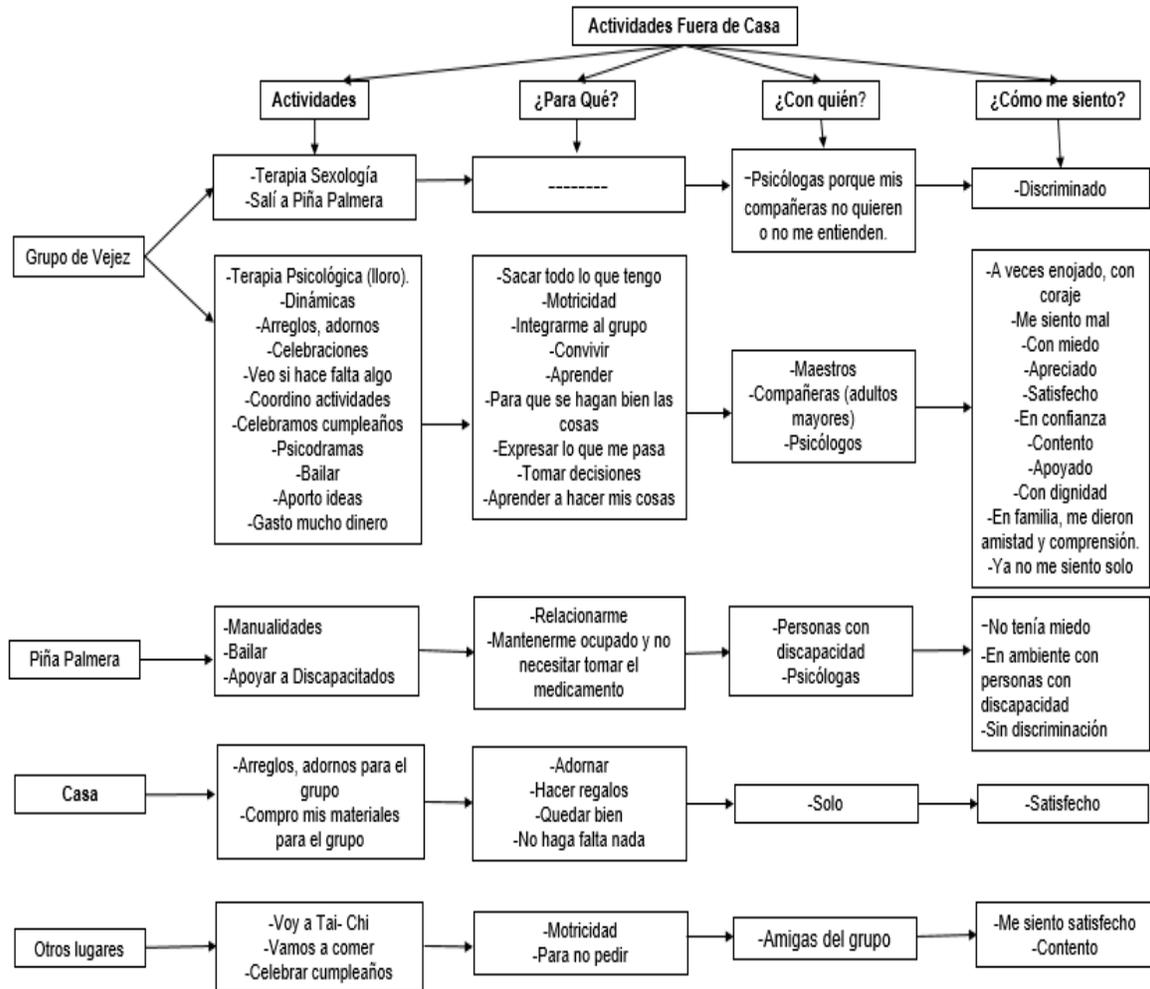


Figura 4. Contenido específico de la categoría Actividades Fuera de Casa para el caso A. Se presentan las frases o palabras que aparecen en la categoría actividades fuera de casa. Se especifica en la columna de lado izquierdo en dónde las realizaba; y se utilizan las flechas para especificar la información señalada en la fila superior de la figura. Se agregó actividades en la “casa” debido a que éstas se derivaron de su participación en otros espacios.

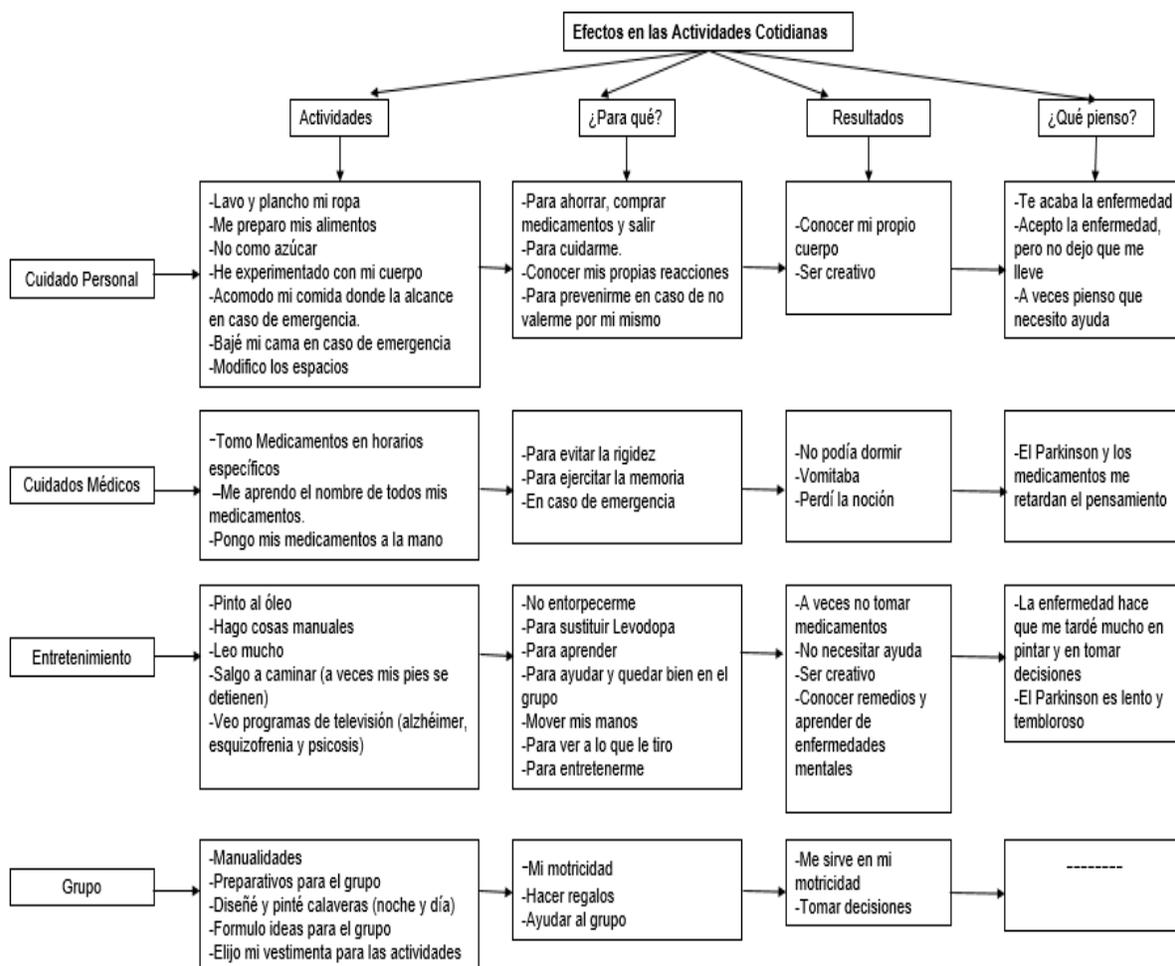


Figura 5. Contenido de la categoría de efectos en las actividades cotidianas en el caso de A. Aparecen las frases que representan la categoría efectos en las actividades cotidianas. En la columna del lado izquierdo se especifica la clasificación de las actividades que A realizaba, y se utilizan las flechas para especificar la información señalada en la fila superior de la figura.

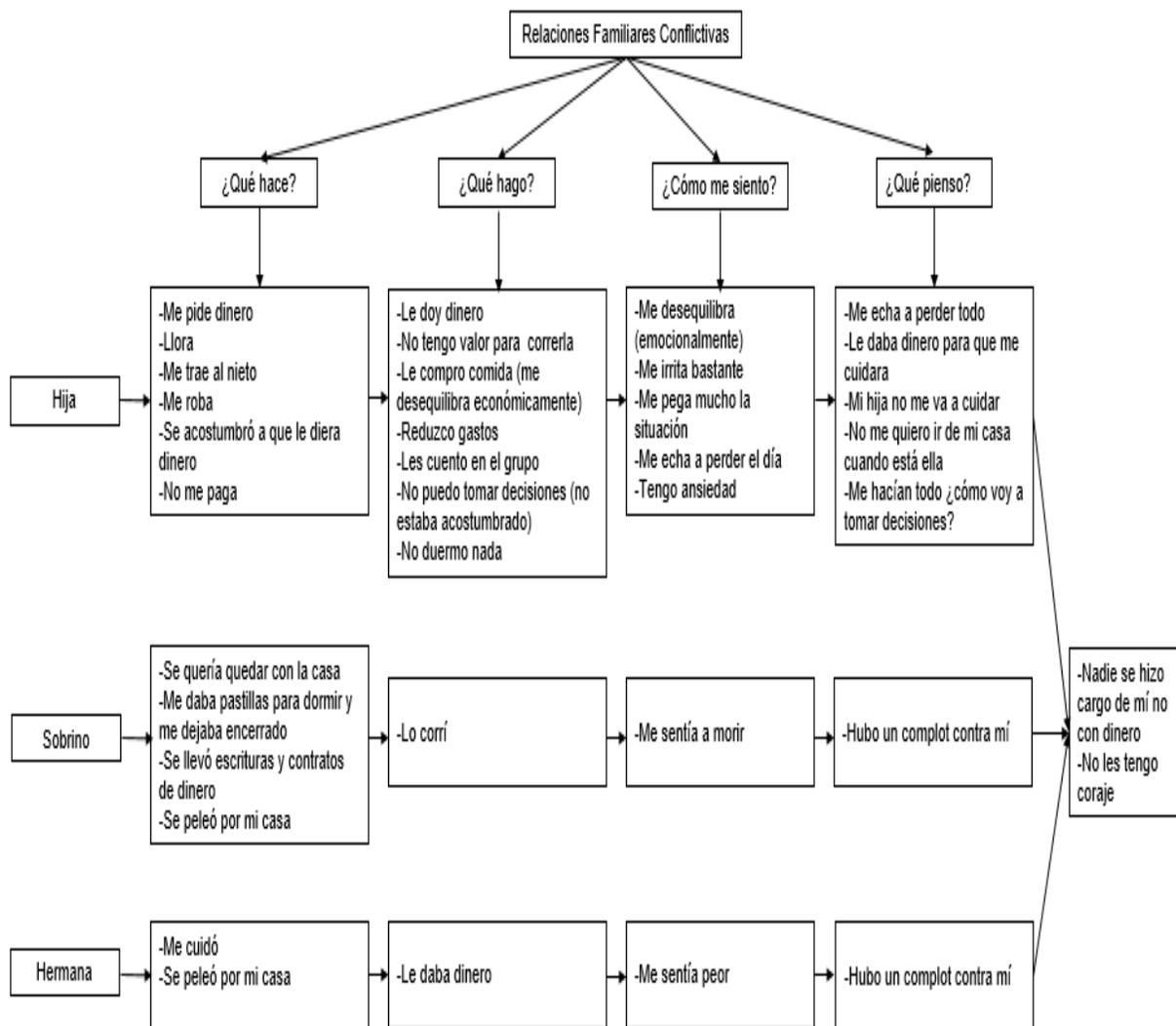


Figura 6. Contenido de la categoría relaciones familiares conflictivas de A. Aparecen las frases que representan la categoría relaciones familiares conflictivas. En la columna del lado izquierdo se especifican las personas que aparecieron en esta categoría, y se utilizan las flechas para especificar la información señalada en la fila superior de la figura.

Análisis del caso A

A tenía una enfermedad que limitaba su movimiento pero le permitía continuar saliendo a lugares públicos y realizando actividades rutinarias dentro de su domicilio (Figura 4 y 5) a partir de cuidados muy específicos de su salud.

Las actividades que hacía fuera de casa, estaban centradas en las ocupaciones en las que se desempeñaba en el grupo de vejez o de autoayuda.

Convirtiéndose en la parte más importante de su vida al tener la oportunidad de llevar terapia psicológica y dinámicas vivenciales en donde podía expresar las dificultades que se le iban presentando, ocupar su tiempo en la organización de festivales en donde el uso de la motricidad era fundamental para poder contribuir a ellos, y a partir de los cuales descubrió la importancia que podían tener para el cuidado de su salud (Figura 4).

Vivir solo, marcó una característica muy importante en A. La convivencia con personas de su familia no figuraba en el establecimiento de relaciones cercanas (Figura 6), provocándole problemas y preocupaciones en su vida.

Formar parte del grupo le permitió establecer relaciones cercanas, con mujeres (quienes eran las integrantes del grupo de vejez) y con quienes organizaba todo lo que se hacía para los festejos, y salían a otros lugares como Piña Palmera, a comer, hacer ejercicio o celebrar cumpleaños (Figura 4). En este camino, encontró dificultades para poder relacionarse con ellas, plasmándose en las entrevistas como una de las formas de discriminación que percibía (Tabla 6 y 7, categoría discriminación; Figura 4). Provocado por las diferencias de estilos de conversación que tenían.

Se encontró con mujeres que no compartían sus puntos de vista o que le parecían “menos inteligentes” que él. Esta concepción de discriminación estaba fundada en la atención que él le prestaba a las situaciones, y a la dirección que le daba a sus conversaciones, haciendo énfasis en temas que para él tenían mayor importancia como pláticas relacionadas con temas de investigación científica. Las mujeres con las que convivía, prestaban mayor atención a la narración de sus experiencias y a lo que A llamaba como “chismes” (Tabla 6 y 7, categoría discriminación). Esta diferencia de estilos conversacionales, lo llevó a percibir que lo hacían a un lado en las actividades que realizaban, ya que para él no eran importantes o no tenía sentido llevarlas a cabo al no percibir importancia en ellas.

A pesar de esta percepción que tenía, fue capaz de formar grupos de amistades muy específicos con ellas y realizar actividades independientes a las establecidas en el grupo de autoayuda, que en buena parte contribuían a su cuidado

(Figura 4). La importancia que le dio al establecimiento de relaciones personales fue algo característico en él. A participó en las actividades que realizaban y fue incorporando en sus actuaciones, características que se han considerado como femeninas, como prestar atención a su vestimenta como su carta de presentación ante otros, preparar sus propios alimentos, y cuidar que no hiciera falta ningún material para el evento que iban a organizar (Figura 4 y 5).

Sus relatos tuvieron como característica, descripciones reiteradas de sus emociones. Principalmente al hablar del grupo, compartiendo las emociones que le producía estar y convivir con ellos diariamente, compartir sus problemáticas y al hablar de las actividades en las que podía contribuir, p. e. organizando festivales. Encontramos esta misma característica cuando hacía referencia a las problemáticas que tenía en las relaciones familiares, principalmente con su hija (Figura 6).

A era el único varón que formaba parte del grupo (independiente a los profesionales) y una de sus características fue que prefería realizar las cosas por él mismo a la hora de trabajar en la organización de los eventos y buscaba su independencia a pesar de estar ubicado dentro de un grupo (Figura 4). Se percibía como importante al ser guía de la planeación de los festivales que se organizaban, incluyendo estas planeaciones en el tiempo libre, que tenía en su casa. Hacer esto le brindaba un panorama de la importancia que su participación tenía para las actividades que se llevaban a cabo. Cuidar de su salud por ende, era primordial para continuar haciéndolo.

Formar parte del grupo, le ayudó a tomar decisiones muy importantes. Las dinámicas en las que participaba y las terapias psicológicas contribuyeron a ello, fomentando que “se hiciera cargo de sí mismo”. También en las actividades que hacía, poco a poco fue encontrando la utilidad y los efectos que tenían en su salud, formando parte de las acciones que podía hacer para cuidarse a sí mismo y que incluso se trasladaron a las ocupaciones que tenía rutinariamente en su casa (Figura 4 y 5).

Hacer manualidades, bailar, crear adornos, entre otras cosas tuvo efectos múltiples. Servían como una forma de entretenimiento en su domicilio en donde no

tenía compañía, le ayudaban a ejercitar su motricidad, y facilitaban el establecimiento de relaciones con otros, al usarlos para dar regalos o acudir a eventos en donde podía utilizarlos (Figura 4 y 5).

La percepción que A tenía de sí mismo, implicaba sentirse inhábil para realizar cosas, principalmente cuando convivía con sus compañeras del grupo y percibía que se burlaban de algunas condiciones físicas que tenía (Figura 4). Sin embargo, vemos que actividades básicas que se realizan en el hogar, para A se convirtieron en una responsabilidad directa, al vivir solo. Por la forma en la que habló al contar sobre las actividades que hacía, fue un indicador de que se hacía cargo por completo de sus cuidados personales como el acomodo de los espacios en su casa, la preparación de sus alimentos o el lavado de su ropa (Figura 5). Contribuyendo con ello al cuidado de la enfermedad que padecía y a la organización de su presupuesto. Prestar atención a actividades habituales, era esencial en la vida de A al decidir que sería él quien tenía que hacerse cargo de ellas. Su alimentación y con ello el cuidado de su salud, eran completamente su responsabilidad.

Ser el responsable de ello le permitió pensar en alternativas, que le servirían en momentos de crisis, es decir, los cuidados que tenía no se limitaban al presente, sino que planificaba como una forma de prevención y cuidado (Figura 5).

La toma de medicamentos como forma de control de los efectos del Parkinson, fue parte esencial en sus hábitos. Las visitas constantes al neurólogo fueron importantes para que A, conociera los efectos que los medicamentos tenían en el control de la enfermedad.

En la categoría inicio, encontramos que la relación que A estableció con el neurólogo particular al que asistía, fue una fuente muy importante de información para la enfermedad de Parkinson (Tabla 6 y 7). A pesar de que le daba prioridad a las visitas privadas, A asistía al seguro social para tratar el resto de sus enfermedades y conseguir medicamentos. En ambos casos, aprovechaba para aclarar todas sus dudas.

El tipo de relación que A estableció con su médico se desarrolló de tal manera que le brindó la posibilidad de estar al tanto de los avances y malestares de su salud, de manera muy cercana. El neurólogo llegó a decirle que era “uno de sus mejores pacientes”, debido a que llevaba un buen control en la toma de sus medicamentos. Durante las consultas A tenía la oportunidad de elegir lo que más le convenía a partir de las explicaciones que el médico le daba, en donde se consideraban las actividades que realizaba y sus preferencias:

Entonces que prefieres ¿andar rígido o andar tembloroso? Tú eliges. Y si eliges estar rígido, pues deja de tomar Levodopa, y si eliges estar tembloroso, te tomas otra de Levodopa pero te andas así (silencio) eso se llama discinecias. Porque hay una pastilla que te quita eso de la discinecia, entonces ahí tú eliges lo que quieres hacer (...).Entonces me dice el doctor, tú elige que quieres. ¿Quieres caminar rápido? Te damos el Levodopa, pero vas a estar así. O quieres dejar de tomar el Levodopa pero vas a estar un poco más rígido, pero no vas a temblar. Y si estás así con ese temblor, estás ansioso, como un niño así hiperactivo. Que quiere andar corriendo, y que no lo calmes (...). Entonces nada más voy así al pasito. (Categoría inicio, Tabla 6 y 7).

Las características de la relación que se estableció entre ellos permitió la cercanía médico - paciente y a su vez contribuyó al seguimiento del tratamiento. El médico consideró los detalles de la vida de A, a partir de las constantes conversaciones que tenían en cada consulta. Su relación se estableció con base en el modelo interpretativo.

Las decisiones de A para tomar medicamentos específicos y tratar la enfermedad a partir de actividades manuales, pintar o salir a caminar (Figura 4 y 5) fueron construidas con base en la información que obtuvo de la relación con su médico y el gusto e interés por ver programas de televisión de enfermedades, y leer temas relacionados a enfermedades psiquiátricas.

Las recomendaciones hechas por el médico y su asistencia al grupo de vejez, le dieron la posibilidad de reflexionar sobre los cuidados que tenía con relación a su salud, complementando el medicamento con las actividades propias del grupo.

Dado que las actividades fuera de su casa era lo más importante en sus relatos, encontramos que acudir al médico y cuidar su salud, le permitía continuar con sus intereses en el grupo y viceversa.

El sustento económico que tenía gracias a su pensión fue fundamental para cubrir los gastos de su enfermedad y los materiales, y gastos generados por el grupo.

Las relaciones familiares de A no contribuían al cuidado de sí mismo. La única relación que mantenía, era con su hija, y se basaba exclusivamente en una relación económica (Figura 6), trayendo consigo malestar, inestabilidad emocional y ajustes en el presupuesto para sus cuidados.

Las relaciones que mantuvo anteriormente de igual manera se entablaron con base en el interés económico. Tener recursos suficientes, provocó lejanía de sus familiares.

Sin embargo, este alejamiento y recordar algunas situaciones pasadas de la situación de enfermedad de su hermano a quién ningún miembro de su familia quiso ayudar, más que él (Tabla 6 y 7, categoría me quedé solo) lo llevaron a pensar en su futuro. Esta situación y en conjunto con sus participaciones en el grupo ayudaron a que decidiera apropiarse del discurso y ponerlo en práctica; haciéndose cargo de sus propios cuidados y previendo situaciones a futuro, por ejemplo haciendo modificaciones en los espacios de su casa (Figura 5).

Caso 3. Resultados y Análisis

O tenía cáncer colorrectal metastásico, y lo trataba exclusivamente por medio del procedimiento de quimioterapia y la aplicación de un medicamento llamado Avastin. Acudía a sus citas cada 15 días aproximadamente. El tratamiento le provocaba efectos secundarios como vómitos, mareos, diarrea y debilidad a lo largo de 3 o 4 días posteriores al tratamiento.

Únicamente le recetaban medicamentos paliativos para tratar la diarrea, sin embargo, estos no tenían efecto (Cáncer. Net., 2015b).

O estaba casado, y vivía con sus dos hijas, de su matrimonio actual. Una de ellas estudiaba en una Universidad Privada. Respecto de su primer matrimonio, continuaba teniendo una relación cercana con su ex esposa, y le brindaba sustento económico a pesar de no tener obligación de manera legal, según lo informaba. De este matrimonio tuvo una hija y un hijo, ambos en edad adulta. Tenía muchas amistades, por lo cual solía asistir u organizar reuniones con ellos.

La atención médica que recibía era por parte del Seguro Social, y de manera continua le realizaban análisis clínicos y tomografías.

Análisis de Comparación Constante

A continuación especificamos las definiciones de las categorías del análisis de comparación constante.

Medicamentos: Tópicos en los que se habló de los procedimientos y fármacos utilizados para tratar la enfermedad. Incluyendo los efectos que produjeron en el cuerpo, las relaciones y las actividades.

Inicio: Tópicos en los que se habló de cómo apareció la enfermedad, el diagnóstico, la asistencia al médico, seguimiento y progreso de la enfermedad.

Relaciones Familiares: Tópicos en los que aparecieron los cambios y/o prioridades percibidos en sus relaciones familiares a partir del diagnóstico del padecimiento.

Efectos en las actividades cotidianas: Tópicos de conversación en donde se hizo referencia a las molestias, limitaciones y consecuencias de la enfermedad en la vida cotidiana.

Daños orgánicos: Tópicos en los que se hizo referencia a los malestares o daños producidos en consecuencia de la enfermedad.

Redes de Apoyo: Tópicos en los que se habló de las actividades y relaciones que O mantenía con sus amistades.

Hacerse cargo: Tópicos en los que se habló de mantener la calma ante la enfermedad, atender sus responsabilidades y cuidar por sí mismo su salud.

Efectos en actividades fuera de casa: Tópicos en los que aparecieron las modificaciones que produjo padecer una enfermedad en las actividades realizadas fuera del hogar.

Muerte: Tópicos en los que se hizo referencia a la cercanía con la muerte.

Relación con otros enfermos: Tópicos en los que aparecieron las relaciones que mantenía con personas que padecían la misma enfermedad.

Tabla 8

Número de tópicos e intervenciones desarrollados por categoría

		NUMERO DE ENTREVISTA					
CATEGORIA		1	2	3	4	5	Total
	Medicamentos	4	4	10	13	2	33
	Inicio	6	5	10	6	3	30
	Relaciones Familiares	6	2	4	8	3	23
	Efectos en las actividades cotidianas	6	3	3	8	2	22
	Daños orgánicos	4	0	5	11	1	21
	Redes de apoyo	3	5	4	1	6	19
	Hacerse cargo	6	2	0	6	4	18
	Efectos en actividades fuera de casa	3	1	1	5	1	11
	Muerte	4	0	0	2	2	8
	Relación con otros enfermos	1	0	0	2	1	4

Nota: En las columnas se indica el número de entrevista que se realizó, mientras que en las filas aparecen las categorías obtenidas y el número de veces que aparecieron en cada entrevista. Las filas resaltadas con color azul, rosa y amarillo indican las tres categorías que se presentaron con más frecuencia.

Para el caso del señor O, en la tabla número 8 se pudieron observar las primeras tres categorías que se presentaron con mayor frecuencia a lo largo de las entrevistas. La primera de ellas fue “Medicamentos”, seguida por “Inicio” y “Relaciones familiares”.

Tal como él lo mencionaba, “para mí el principal, mi prioridad es mi salud”. La categoría “medicamentos” fue la más relevante durante las conversaciones. En esta aparecieron los fragmentos que hacían referencia a las visitas al médico, los tratamientos que se le aplicaban y las consecuencias que tenía sobre su cuerpo, relaciones y actividades. Durante la entrevista 3 y 4, la categoría se desarrolló con más frecuencia.

La categoría “inicio” se mantuvo presente a lo largo de todas las entrevistas con frecuencias altas en su mayoría, comparado con el resto de las categorías. Las “relaciones familiares” abarcaron un mayor número de tópicos de conversación en las entrevistas 1 y 4.

“Efectos en las actividades cotidianas” fue la categoría que siguió en orden descendente con una frecuencia de 22. Mostrando en la entrevista 1 y 4, las modificaciones producidas por la enfermedad día con día. Posteriormente, con una intervención menos desarrollada (21), la categoría de “daños orgánicos”, apareció frecuentemente en la entrevista 4.

“Redes de Apoyo” se observó en el lugar 6 de la tabla, siendo superior a “hacerse cargo” y “efectos en actividades fuera de casa”. Esta última categoría tuvo su frecuencia más alta (5), en la entrevista 4.

“Muerte” se presentó en la entrevista 1, 4 y 5 exclusivamente, con una frecuencia total de 8. Finalmente, “relación con otros enfermos” se desarrolló con frecuencias muy bajas, posicionándose en último lugar en la tabla.

La entrevista 4, se caracterizó por tener las dos frecuencias más altas de todas las categorías, que fueron “medicamentos” (13) y “daños orgánicos” (11), enlazándose principalmente con “relaciones familiares” y “efectos en las actividades cotidianas”.

Fue posible observar que en la entrevista 2, se desarrollaron un menor número de tópicos de conversación. En estos, se mezclaron con una frecuencia más alta, los fragmentos relacionados con el “inicio”, “redes de apoyo” y “medicamentos”.

En cuanto a la entrevista 3, estuvo conformada por los tópicos de la categoría “inicio”, “medicamentos” y en menor medida se habló sobre los “daños orgánicos”

Por último, tanto la entrevista 1, como la número 5, tuvieron una mayor variedad de tópicos de conversación. Sin embargo, en la 1, se observó que las frecuencias en la mayoría de las categorías fueron más altas.

Análisis por Conteo de Palabras

Tabla 9

Número de palabras utilizadas por categoría en cada entrevista

CATEGORIA	NUMERO DE ENTREVISTA						Total
	1	2	3	4	5		
Inicio	623	879	991	607	154	3,254	
Medicamentos	568	557	1125	484	68	2,802	
Relaciones familiares	877	102	314	804	303	2,400	
Hacerse cargo	614	248	0	450	632	1,944	
Efectos en las actividades cotidianas	638	300	43	583	83	1,647	
Redes de Apoyo	199	683	300	20	230	1,432	
Daños orgánicos	364	0	145	558	26	1,093	
Efectos en actividades fuera de casa	252	197	57	247	100	853	
Muerte	340	0	0	311	154	805	
Relación con otros enfermos	69	0	0	144	28	241	

Nota: En las columnas se indica el número de entrevista que se realizó, y en las filas aparecen las categorías obtenidas y el número de palabras que aparecieron por categoría en cada entrevista. Las filas resaltadas con colores indican las tres categorías que tuvieron mayor número de palabras.

En la Tabla 9 se mostró el conteo de palabras en cada una de las categorías, resaltando que “Inicio” es la que tuvo la mayor extensión a lo largo de todas las entrevistas. En segundo lugar, “Medicamentos” fue la categoría en la que los participantes de la entrevista se extendieron a la hora de realizar las preguntas y hablar acerca del tema. Se observó que a pesar de que “medicamentos” fue la categoría que tuvo más frecuencia (Tabla 8), fue inferior a “inicio” por el número de palabras utilizadas.

En la entrevista 3, las dos primeras categorías se enlazaron y ocuparon, por extensión, el desarrollo de la entrevista.

“Relaciones familiares” fue la categoría que siguió de forma descendente, extendiéndose más en la entrevista número 1 y 4.

“Hacerse cargo” en la Tabla 8, se posicionó en el lugar 7, en orden descendente. Sin embargo, al hablar acerca de cómo se sentía respecto de la enfermedad, y las acciones que había tomado con relación a la misma, sus tópicos de conversación fueron muy extensos y la observamos en el lugar 4.

“Efectos en las actividades cotidianas” tuvo su mayor extensión en la entrevista 1 y 4. “Redes de Apoyo” por encima de la categoría “daños orgánicos”, se extendió a lo largo de todas las entrevistas, con su más alta extensión en la entrevista 2.

En la categoría “Efectos en las actividades fuera de casa” y “Muerte”, se utilizó un número de palabras similar entre sí, aunque en la entrevista 2 y 3 “muerte” no formó parte de los tópicos desarrollados.

En la entrevista 2 hubo una mezcla principalmente, entre los fragmentos de la categoría “inicio”, “medicamentos” y “redes de apoyo”. Mientras que en la entrevista 4, el número de palabras utilizadas fue alto en la mayoría de las categorías, excepto en “redes de apoyo”, “relación con otros enfermos” y “efectos en las actividades fuera de casa”.

Finalmente, la entrevista 5 se caracterizó por el desarrollo de todas las categorías, empero, el número de palabras utilizadas fueron en su mayoría, cantidades menores, a las utilizadas en el resto de las entrevistas.

Análisis Semántico

En este apartado se realizaron tres figuras que muestran el contenido de la categoría medicamentos, inicio y relaciones familiares.

En la Figura 7, se muestran los tratamientos que utilizaba para tratar el cáncer, al momento de las entrevistas. Y la radioterapia que se le aplicó en una sola ocasión. Se especificaron los tiempos de su aplicación. Aparecen los efectos que han tenido los tratamientos en su cuerpo y como esto afectó sus actividades cotidianas. La

prioridad que tenía la atención médica para su salud aparece plasmada en esta categoría.

Hablar del proceso de evolución y diagnóstico de la enfermedad fue central en las narraciones de O (Figura 8). La atención médica apareció como uno de los tópicos más relevantes en esta categoría, describiendo su relación con los médicos y como esto ayudó al establecimiento del tratamiento que se consideró más apropiado para él. Habló de los tratamientos que le recomendaron y la manera en la que obtuvo información de ellos para llevarlos a cabo y cuidarse de los efectos secundarios. El diagnóstico apareció como parte del establecimiento de sus tratamientos y cuidados actuales.

Finalmente, en la categoría relaciones familiares aparecieron narraciones de la reacción de su familia al enterarse de la enfermedad que padecía y los comentarios y acciones que cada uno de ellos realizaba al momento de las entrevistas (Figura 9). Dejar la economía en orden y hacer comentarios que le aseguraran a su familia la estabilidad económica aún después de su muerte, aparece como lo más importante para O.

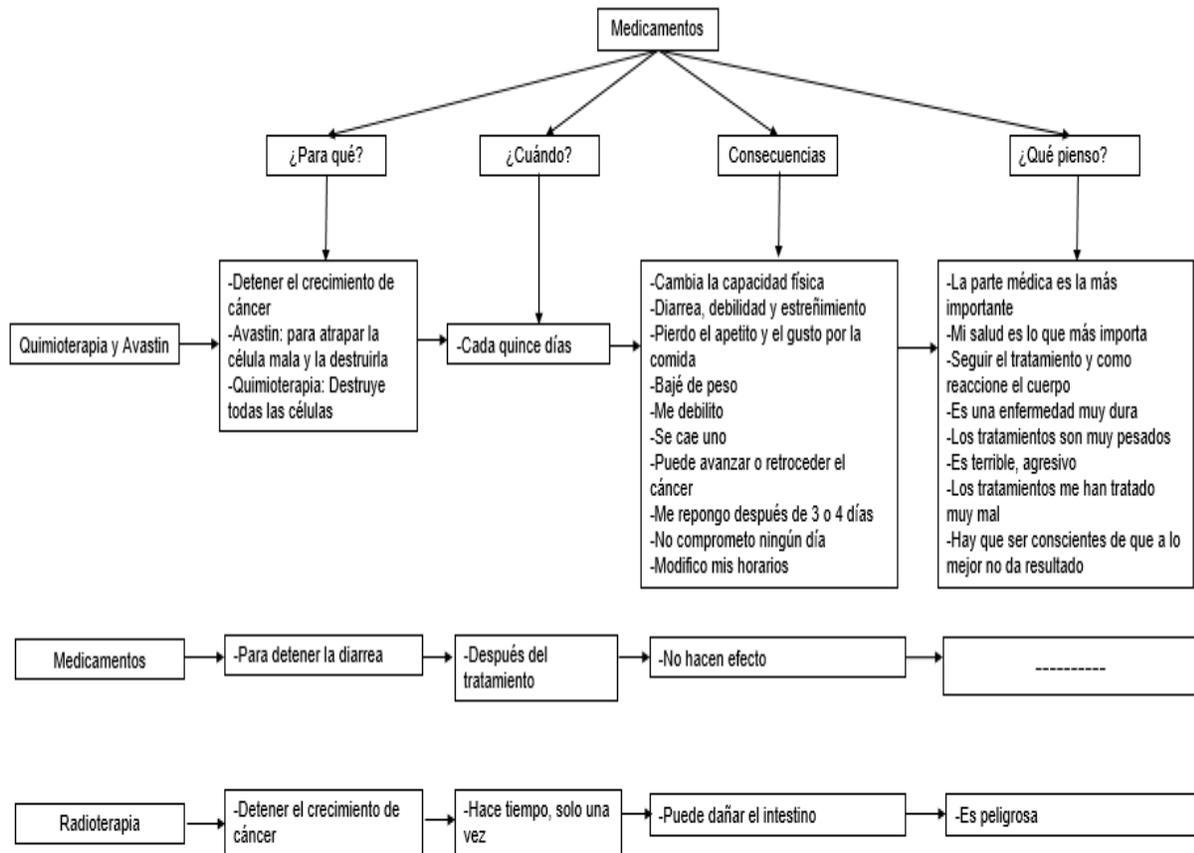


Figura 7. Contenido de la categoría medicamentos para el caso de O. Aparecen las frases que representan la categoría medicamentos. En la columna del lado izquierdo se muestra el tipo de tratamiento utilizado por O, señalando con las flechas la información específica que se señala en la fila superior de la figura.

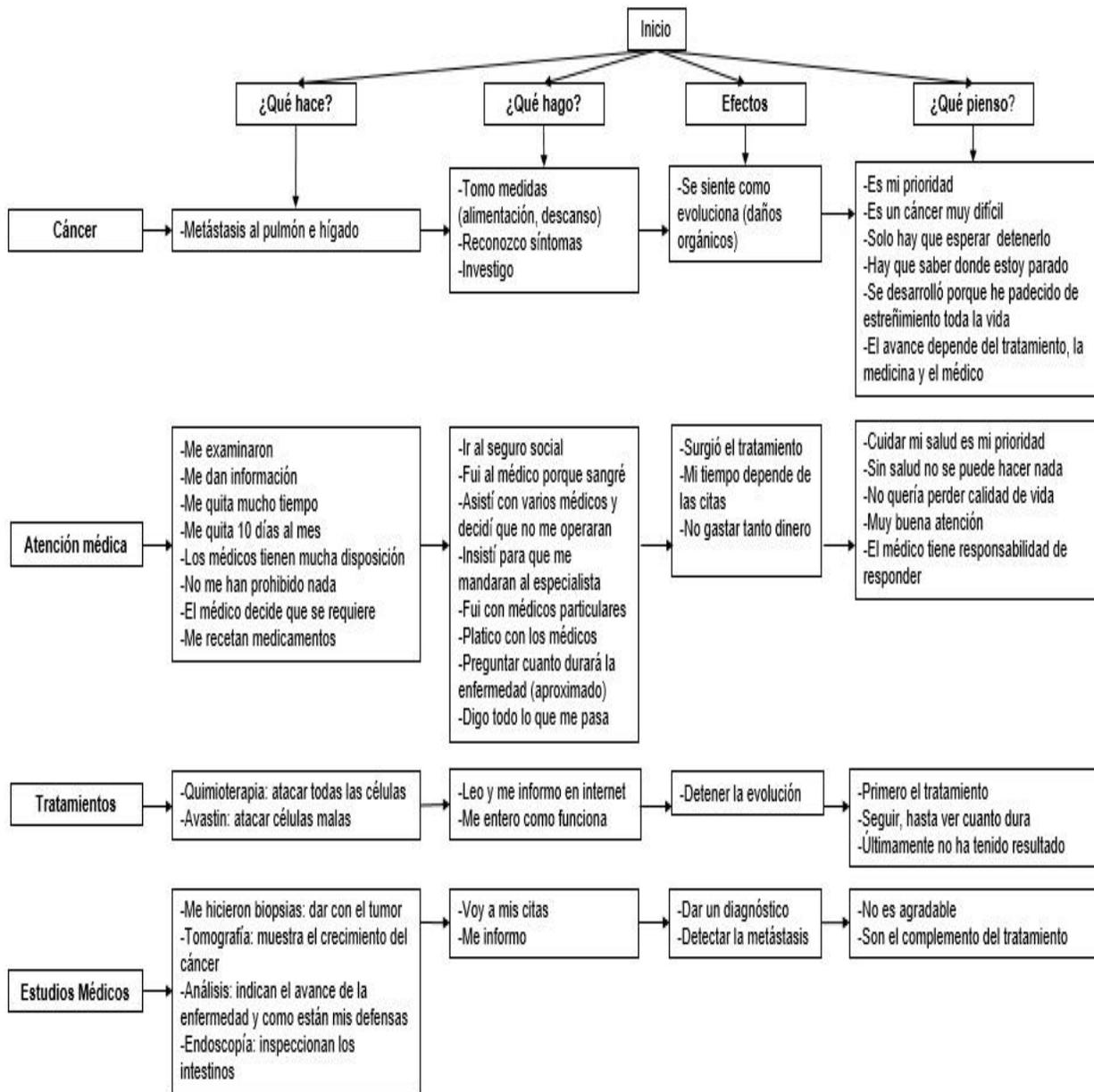


Figura 8. Contenido de la categoría inicio para el caso de O. Aparecen las frases que representan la categoría inicio. En la columna del lado izquierdo se especifica la enfermedad que O padecía y las formas en las que se había tratado a ésta. Las flechas indican la información específica de las categorías señaladas en la fila superior de la figura.

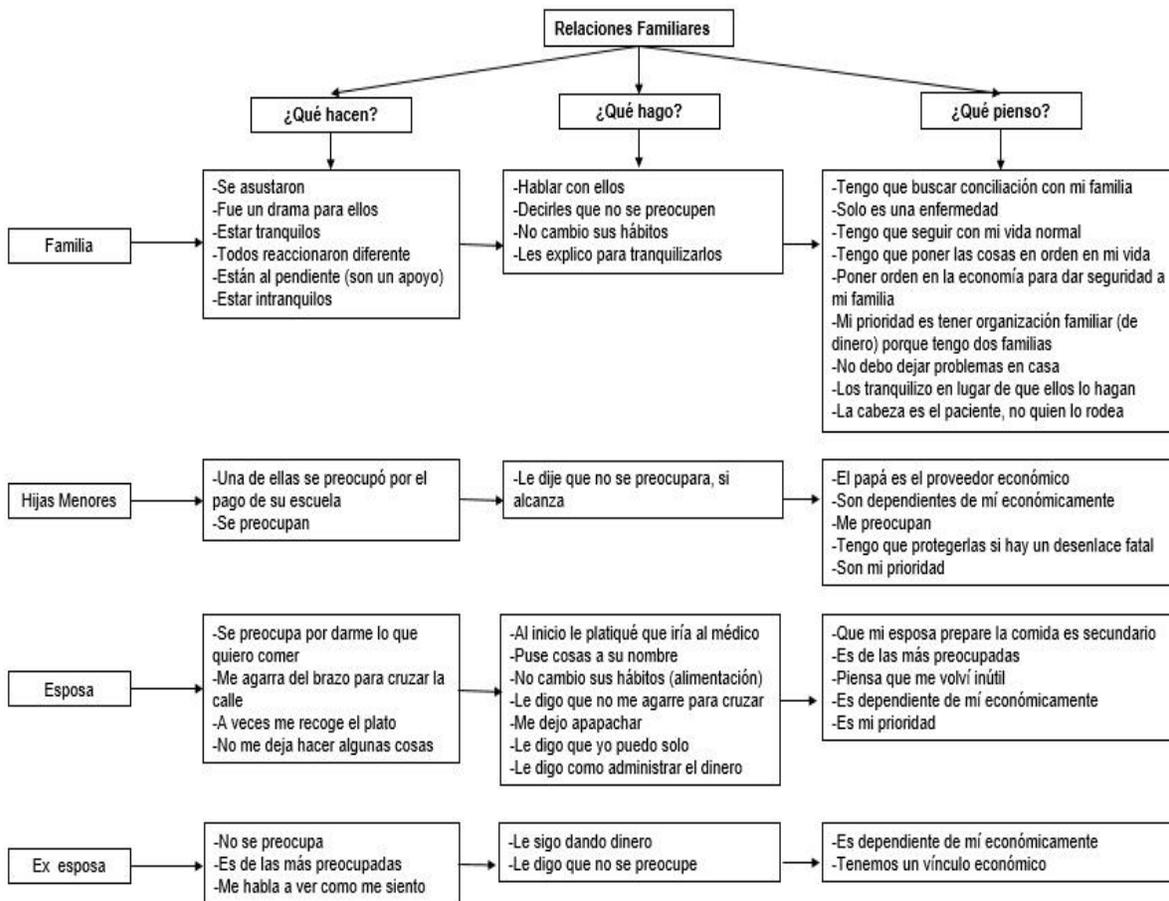


Figura 9. Muestra el contenido de la categoría relaciones familiares para el caso de O. Aparecen las frases que representan la categoría relaciones familiares. En la primera columna izquierda se señalan las personas que aparecieron en esta categoría. Para cada uno de ellos se especifica la información señalada en la fila superior de la figura.

Análisis del caso O

Los procedimientos médicos se convirtieron en el aspecto más importante en la vida de O, al tener un cáncer que se había extendido a otras partes del cuerpo, y que, a partir de sus narraciones parece ser que continuaba avanzando (Figura 8). Ser constante en su asistencia a los tratamientos, a pesar de que le provocaban efectos secundarios que le impedían cumplir con sus ocupaciones, se convirtió en su prioridad (Figura 7).

Las decisiones que fue tomando a lo largo de la enfermedad, fueron consecuencia de la cantidad de información que tenía sobre el tema. La relación con el médico que lo atendía, y con los que consultó en cuanto recibió el diagnóstico, se

centraron específicamente en ello. Es decir, para O la obtención de información concreta acerca de la enfermedad y de los tratamientos que estaban disponibles para él, era lo más importante para obtener el mejor cuidado posible. La información en este caso fue la parte central de sus relaciones con los profesionales médicos, para tomar decisiones en cuanto al tratamiento más efectivo (Figura 7 y 8). Podemos decir que establecieron una relación basada en el modelo informativo.

Un aspecto muy relevante fue la búsqueda de información que hizo por medio de internet para conocer los efectos que los procedimientos tenían y cuál era la importancia de los estudios que le realizaban (Figura 8).

Obtener información del médico y realizar las búsquedas por su cuenta, le dio la oportunidad de aceptar sugerencias de los profesionales, con base en las reflexiones que hacía sobre lo que más le convenía para cuidar su salud. También pedía que se agregaran algunos procedimientos a partir de sus investigaciones.

O tuvo mucha participación en los cuidados que exigía la enfermedad, asistiendo puntualmente a sus citas, investigando y asumiendo los efectos secundarios que tenían en su cuerpo. A pesar de que consideraba que los tratamientos eran muy “pesados” y “agresivos”, decidió continuar con ellos con tal de detener el desarrollo de la enfermedad (Figura 7 y 8). Aun sabiendo que podía no tener resultado.

Para O padecer los efectos del tratamiento en su cuerpo rutinariamente, lo llevó a prestar atención en ello, y de esa manera identificaba los cambios que se daban en su cuerpo, como señales del avance o retroceso que la enfermedad podía tener, siendo ésta una fuente de cuidado de sí mismo. El cuerpo se convirtió en la prioridad de O (Figura 7 y 8).

Las modificaciones que surgieron en sus actividades cotidianas (Tabla 8 y 9, categoría modificación en las actividades cotidianas) se centraron por completo en la modificación de sus hábitos alimenticios dentro y fuera de su casa, y en las actividades que podía hacer, relacionadas con su trabajo. Pasar días enteros únicamente en su casa, era la condición para cuidar de su salud y a la vez, para

poder continuar participando en otros espacios, por ejemplo, con sus amistades y en sus ocupaciones laborales.

Sin embargo, decir que modificó sus hábitos alimenticios -lo cual es fundamental para tratar la enfermedad- deja de lado a las personas que contribuían para que pudiera hacerlo. Una característica de las narraciones fue la ausencia de tópicos en los que hablara sobre las personas que ayudaban o se hacían cargo de actividades como la preparación de comida. En la Figura 9, como parte de un solo fragmento encontramos que este tipo de actividades que hacía su esposa, para él eran secundarias. Centrando su atención en todo momento en las acciones que hacía por su cuenta, desacreditando la contribución de otros, en este caso de su esposa, por mantener su salud.

La importancia de acudir a los tratamientos, en su mayoría, se basaba en la percepción que tenía de cumplir con su función en la familia: ser el principal proveedor económico. Apareció como la parte más importante de las relaciones que mantenía con sus hijos, esposa y ex esposa (Figura 9).

Acudir al médico y pasar algunos días en reposo –con malestares- para poder continuar con el negocio más tarde, trabajar desde su casa y poner en orden su economía, tenían como fin dar seguridad económica a su familia y dejarlos protegidos cuando llegara el momento de su muerte. Mirarse como responsable de dos familias, en donde contribuían comentarios como el de su hija, al estar preocupada por los gastos de la escuela, y ser el único proveedor en su casa, lo colocaron en una posición de responsabilidad con ellos (Figura 7, 8 y 9).

Seguir al pie de la letra los procedimientos médicos, funcionaban como una forma de cumplir con sus obligaciones varoniles, obteniendo ingresos económicos y protegiendo a su familia. Ser el responsable de una familia, estrictamente en la economía, provocó preocupación constante a pesar de que no lo mencionó, pero fue a partir de ello que puso en práctica acciones para protegerlos.

Hacer referencia a la muerte (Tabla 8 y 9, categoría muerte) en las conversaciones de O fue un tema recurrente, refiriéndose a ella como la obligación

de dejar las cosas en orden a partir de las acciones que estaba realizando, y con la intención de no dejarle ningún problema a su familia (Figura 9).

Por otro lado, las modificaciones realizadas en cuanto a su alimentación, influyeron en otros ámbitos, como las reuniones a las que asistía con sus amigos (Tabla 8 y 9; redes de apoyo), en donde no podía consumir bebidas alcohólicas, por ejemplo. Sin embargo no fue un impedimento para que O asistiera a ellas, e inclusive organizara algunos eventos.

Mantener las relaciones de amistad o trabajo, fuera de su casa fue primordial para “mantener su calidad de vida”. Sus relaciones facilitaron en momentos específicos cuidar de su salud a partir de la obtención de algunos medicamentos. O no encontraba ninguna razón para mantener oculta su enfermedad. Las amistades también servían para cuidar del cáncer. Las participaciones en ámbitos públicos le permitieron obtener beneficios para su salud.

Algo que caracterizó a O eran las actividades que realizaba fuera de su casa (Tabla 8 y 9, categoría efectos en las actividades fuera de casa), y que a partir de la presentación de los efectos físicos desarrollados por el cáncer, fue necesario que dejara de realizar o disminuyera la frecuencia con que las hacía. Principalmente, la práctica de fútbol, considerando que a partir de ello había perdido “calidad de vida”. Era una actividad que había realizado repetitivamente a lo largo de 56 años. Realizar ejercicios ya sea en el gimnasio o por medio de algún deporte, se vio interrumpido por el padecimiento de la enfermedad.

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA SERIE DE CASOS

La hipótesis que guió esta tesis suponía que a partir de los discursos de varones era posible encontrar características del género implicadas en los cuidados cotidianos de una enfermedad crónica y en el establecimiento de relaciones. También consideramos que al hablar de la enfermedad, aparecerían narraciones de las personas con quienes habían construido los cuidados de sí mismos y que participaban en las formas en las que cuidaban del padecimiento.

Los casos y su análisis nos mostraron características que correspondían a distintas masculinidades. 1) Una masculinidad tradicional-conservadora, donde los cuidados eran responsabilidad de las mujeres; 2) una masculinidad de autosuficiencia, donde las relaciones interpersonales fueron apoyo para su autonomía; 3) otra de diferenciación en los cuidados en el terreno médico, el varón era autosuficiente-tradicional. Continuaba siendo el proveedor, y la mujer cubría las labores domésticas y de alimentación para el enfermo, pero el varón asumía la responsabilidad de su enfermedad –citas con el médico, compra de medicamentos, búsqueda de información sobre la enfermedad-.

1.- Un varón que dejó a cargo de sus familiares (mujeres) la totalidad de los cuidados de su salud y limitó su participación al ámbito del hogar, lo cual le permitió modificar las relaciones familiares que mantenía, es decir, estableció relaciones más cercanas que le facilitaron obtener información del exterior, y que contribuyeron al cuidado de su salud. La modificación en sus actividades cotidianas fue lo más importante en sus narraciones, provocado por el desarrollo de la enfermedad que tenía, la cual propició que se mantuviera en una condición de discapacidad. Tomar decisiones de cuidado por cuenta propia, para su futuro, no tenían lugar en la vida de este varón, al dejar en manos de otros la responsabilidad de sí mismo y al enfrentarse a una enfermedad que no tenía cura y que trataba a partir de un tratamiento que era la única alternativa de cuidado en la fase final de la enfermedad.

No tener participación en sus propios cuidados llevó a que se centrara la atención en las relaciones, sus propias emociones y malestares físicos. Recordar sus

formas de participación en el pasado y la ausencia de planificación hacía el futuro estuvo relacionado con el tipo de enfermedad que tenía y las complicaciones que se desarrollaron.

2.- Otro varón para el que las actividades que realizaba en un grupo de vejez fueron lo más importante en sus relatos. Vivir solo lo llevó a depositar su interés en las actividades que realizaba fuera de casa, las cuales contribuían al cuidado de su salud, al establecimiento de relaciones cercanas y a recibir reconocimiento de la importancia que tenía su participación. Acatar el tratamiento médico de una enfermedad que podía ser tratada y atenuar los efectos que tenían en su cuerpo y con ello en sus actividades, se convirtió en parte fundamental de sus actividades cotidianas. Hacerse cargo de su alimentación, aseo, toma de medicamentos y arreglos en su hogar como forma de prevenir a futuro posibles complicaciones, fue la toma de postura que tuvo ante las condiciones en las que vivía en ese momento, la más importante: vivir solo. Ser el responsable del cuidado de su salud, permitió que mantuviera una relación cercana con su médico, basada en las características del modelo deliberativo y que realizara búsquedas de información por cuenta propia. No contar con el apoyo de su familia fue determinante para que decidiera encargarse del cuidado de la enfermedad. Para este varón, contar con recursos económicos fue imprescindible para la compra de medicamentos, atención médica particular y su asistencia a actividades públicas que exigían gastos, pero también fue la fuente de conflictos familiares y soledad.

3.- Finalmente, un varón al que la atención de su salud por medio de tratamientos médicos fue lo más importante. Asistía a la aplicación de un tratamiento cada dos semanas, y le provocaba efectos secundarios en el cuerpo, exclusivamente después de su aplicación. Sus tiempos para trabajar, salir con amistades o realizar ejercicio estaban en función de ello. Hacerse cargo de su salud se centró en el uso de medicamentos y en realizar cambios en la alimentación. Sin embargo, en estos últimos contribuía su esposa, quien se encargaba de la preparación, y a quien no le atribuía importancia en ese sentido. Atacar la enfermedad que padecía, tenía como fin, continuar con sus funciones de proveedor económico de dos familias. Al estar latente la posibilidad de fallo del tratamiento y con ello la cercanía con la muerte, lo

más importante fue dedicar su tiempo a poner en orden sus finanzas y enseñar a su familia a administrarlo. La búsqueda de información por internet y por medio de la relación con el médico fue fundamental para decidir las maneras de tratar la enfermedad. Establecieron una relación médico-paciente basada en el modelo informativo.

A partir de la caracterización de cada uno de los varones, encontramos que las condiciones de salud fueron muy importantes para los cuidados de la enfermedad. De esta manera, para un varón que padecía una enfermedad muy avanzada y que le provocó daños orgánicos que no tenían cura, la realización de actividades que le permitieran cuidar de su salud era muy limitada, dejándolos a cargo de las mujeres. Para otro varón que padecía una enfermedad que avanzaba gradualmente y que aunque le provocaba malestares cotidianos tenía la oportunidad de tratar por medio de medicamentos y otras actividades ocupacionales; desarrollando a su vez cuidados preventivos para el desarrollo posterior de la enfermedad. Y por último, un varón que sufría una enfermedad crónica que continuaba avanzando y que era tratada por medio de tratamientos muy específicos a los que asistía por cuenta propia con regularidad. Teniendo malestares que limitaban sus actividades justo después de la aplicación del tratamiento.

Las personas con las que vivían, fue otra característica que contribuyó a las formas en las que un varón cuidaba de la enfermedad. Vivir con mujeres desencadenó que muchos de los cuidados como la preparación de los alimentos, aplicación de tratamiento y horarios para la toma de medicamentos se dejaran a cargo de ellas, lo cual contribuía al seguimiento de las indicaciones médicas. El cuidado no se realizaba individualmente. Dejar a cargo de otras personas sus cuidados ha sido considerado como una característica masculina del modelo tradicional.

Cuando un varón vive solo no existe esta posibilidad. Vivir bajo esta condición y participar en un grupo de vejez, llevó a que se tomara la decisión de hacerse cargo de todos los cuidados necesarios para la salud, adhiriéndose a las recomendaciones médicas que se hacían. Encargarse de su salud fue una decisión desencadenada a partir de las condiciones de vida.

La adherencia al tratamiento se vio mediada por las condiciones de vida de cada uno de los varones. Descubrimos que vivir con compañía o no, y tener intereses en otros ámbitos de su vida fueron relevantes a la hora de tomar decisiones con relación al seguimiento de un tratamiento, y que influyeron en las formas en las que los varones lo llevaron a cabo.

- 1) Estar casado con una mujer y tener una hija, que se encargaban de llevar a cabo las recomendaciones médicas necesarias para el mantenimiento de la salud. Seguir el tratamiento dependía por completo de una tercera persona.
- 2) Encontrar en el tratamiento la posibilidad de mejorar su habilidad de movimiento y con ello participar en otros espacios que le permitían relacionarse, contribuyó al seguimiento y cuidado en las recomendaciones médicas. La relación establecida con el profesional –particular- permitió que se tomaran en cuenta los intereses del varón y con base en ello se hicieron sugerencias de tratamientos en las que tuvo la oportunidad de elegir el que más le convenía.
- 3) Tener interés en detener el avance de la enfermedad al ser el único responsable de la economía familiar, contribuyó a dedicar la mayor parte de su tiempo al seguimiento del tratamiento. La atención médica era prioritaria para ganar algunos días en los que no tenía malestares y poder continuar con su trabajo, salir con amigos o hacer ejercicio.

Los estilos conversacionales de los varones al menos en dos casos en los que tenían participación directa en sus cuidados, tuvieron como característica la búsqueda de información concreta que podían utilizar para la atención de su salud, incorporándola a sus condiciones de vida. Mantener conversaciones con los profesionales, aunque en diferentes modelos médicos, tuvo como objetivo generar información a partir de la cual podían tomar decisiones.

Esta misma característica se presentó al utilizar otros medios como libros, internet, programas educativos y en las conversaciones con amigos, permitiéndoles

obtener más información del padecimiento, incorporar nuevas alternativas de cuidado o solicitar/conseguir con los médicos cambios en su tratamiento.

La información que obtenían permitía comparar las sugerencias hechas por el médico, su estado físico y las actividades que desarrollaban en otros espacios, para tomar decisiones en cuanto a los tratamientos y alternativas que tuvieran mayor beneficio para la enfermedad que padecían.

Ambos varones buscaron a través del tratamiento médico ser autosuficientes y buscar posibilidades de participar en ámbitos públicos.

Mantener relaciones familiares conflictivas provocó que no hubiera apoyo por parte de éstos para los cuidados, y contribuyó a que el varón tomara decisiones centradas en su salud. Mientras que, percibir responsabilidades de tipo económico y no prestar atención al establecimiento de relaciones cercanas, permitió que aunque no en su totalidad, el varón se hiciera cargo de los tratamientos médicos.

Ser autosuficiente y responsable de sí mismo para poder cumplir con otras obligaciones u actividades, benefició el cuidado de una enfermedad en los varones.

La economía resultó importante para la atención que se podía brindar a la enfermedad. Tener solvencia económica facilitó una mejor atención médica, y tal vez marcó diferencias en cuanto a la relación que se estableció con el médico. Participar en otros ámbitos distintos al del hogar, tuvo lugar gracias a la estabilidad económica que se tenía.

El tipo de enfermedad que se tenía y el desarrollo de ésta, marcó diferencias para su cuidado y para el establecimiento de relaciones familiares. Los varones que, dada la enfermedad crónica que padecían conocían la posibilidad de muerte a corto plazo, y que además tenían algunas particularidades del modelo tradicional nos mostraron algunas características:

- Los cuidados de su salud eran rutinarios y solo mantenían su cuerpo en funcionamiento, dejándolos en manos de otros o acudiendo a los tratamientos médicos continuamente a pesar de que no funcionaban para detener la enfermedad.

-Sus discursos no se caracterizaban por el seguimiento de metas que tuvieran algún beneficio personal.

-Hubo interés por lo que ocurriría con sus familiares al momento de su muerte.

a) Se manifestó a partir del acercamiento con ellas, por medio de pláticas y apoyando –dentro de sus posibilidades físicas- a la realización de sus actividades. Pensar que contribuía a partir de ello en la vida de sus familiares, fue relevante en los relatos.

b) Se presentó a partir de la preocupación por la estabilidad económica de sus familiares. Dejarlos protegidos de esa manera fue una forma de mostrar interés y preocupación por su futuro.

DISCUSIÓN

Al comienzo de esta tesis el objetivo fue analizar a través de las narraciones de varones que padecían de alguna enfermedad crónica, las prácticas de cuidado y la modificación en sus relaciones.

Con base en las narraciones descubrimos que los relatos preponderantes para cada uno de los varones se centraron en algunos temas que coincidieron entre sí, como en los cambios ocurridos en sus relaciones familiares o los conflictos que tenían con ellos, en las actividades que realizaban dentro y fuera de casa. Y otros muy particulares para cada persona, como la importancia de las redes de apoyo en la vida cotidiana, y los relatos sobre los tratamientos específicos a partir de los cuales atendían su salud, y las narraciones del proceso de diagnóstico y de atención de la enfermedad.

Las masculinidades que pudimos identificar en los tres casos influyeron en los cuidados de la enfermedad. Ubicados en las diferentes participaciones que tenían con las personas, como los familiares o amigos. La primera de ellas, una masculinidad tradicional-conservadora que dejaba a cargo de mujeres los cuidados de la enfermedad; otra masculinidad de autosuficiencia en donde las relaciones interpersonales sirvieron de apoyo para su autonomía, y la última caracterizada por una diferenciación en los cuidados, siendo autosuficiente-tradicional. Al hacerse cargo de los cuidados de los tratamientos, pero dejando en manos de su esposa las labores domésticas, incluyendo la preparación de los alimentos.

Las condiciones de vida de cada uno de los varones en el momento de las entrevistas, y las personas con las que convivían permitieron la construcción de las características masculinas que encontramos a partir de las narraciones (Dreier, 1991; Rutherford, 2003).

Cada uno de los varones, tuvo una postura distinta para tratar la enfermedad. La primera fue la elección de atender su salud a partir de los tratamientos recomendados, pero dejando a cargo de mujeres todos sus cuidados; mientras que en otro caso, cuidar la salud abarcó contextos como el grupo de apoyo, amigos,

relación con el médico e investigaciones acerca de la enfermedad, para tomar decisiones en cuanto al tratamiento y actividades que más convenían. Para el último varón el seguimiento de tratamientos exclusivamente médicos, fue prioritario para detener el avance del padecimiento y continuar con actividades que realizaba anteriormente como proveer económicamente a sus familiares, trayendo beneficios para ellos, a futuro (Dreier, 1991). Obtener información de las distintas participaciones que tuvieron en contextos diversos, nos brindó la posibilidad de recuperar su riqueza, y comprender las decisiones que fueron tomando con base en ellos.

Dentro de los hábitos que la WHO (2014) marca como determinantes para el desarrollo y mantenimiento de las enfermedades crónicas, encontramos que los varones modificaron sus hábitos alimenticios, y la realización de actividad física. Estos estuvieron mediados por varios elementos.

Para los varones que vivían con mujeres, la preparación de los alimentos se dejó a cargo de éstas. Tener características de una masculinidad tradicional implicó que las mujeres tuvieran responsabilidad en las recomendaciones hechas para el seguimiento de una alimentación adecuada. Mientras que vivir solo, favoreció hacerse cargo de todos sus cuidados, incluidos la preparación de alimentos.

Factores relacionados con la enfermedad planteados por la OMS (en Pisano y González, 2014; Ramos, 2015), estuvieron involucrados en el desarrollo de las narraciones. Al padecer una enfermedad y complicaciones de ésta, que provocó ceguera y con ello una condición de discapacidad, además de un tratamiento que se aplicaba varias veces al día, provocó que se tomara la decisión de dejar a cargo de las mujeres los cuidados médicos.

Mientras que padecer una enfermedad que, aunque iba avanzando provocaba menor cantidad de signos o era posible controlarlos a partir de tratamientos, permitió que los varones se involucraran en sus cuidados.

A pesar de que las condiciones físicas podrían impedir que se llevaran a cabo algunas recomendaciones médicas como la aplicación de un tratamiento por cuenta

propia o el consumo de alimentos saludables; estar casado y tener hija (s) favoreció que se llevaran a cabo. Al ser las mujeres quienes se hacían cargo de ello (Amigó y cols., 1998; Friedman y Di Matteo, 1989, en Martín y Grau, 2004).

Los factores socioeconómicos también estuvieron involucrados (OMS en Pisano y González, 2014; Ramos, 2015). Recibir atención médica por parte de un servicio de salud gratuito, permitió tener citas constantes y la obtención de medicamentos, en los casos analizados. Tener sustento económico estable, específicamente a través de una pensión o al mantenerse laborando, permitió cubrir gastos básicos de alimentación o las necesidades generadas en una vivienda, dando la posibilidad, además, de participar en otras actividades como reuniones con amistades, cubrir costos de materiales para participar en un grupo de autoayuda, pasajes e inclusive la atención con médicos particulares. La economía favoreció el cuidado de la salud a partir de otros medios como la realización de actividades consideradas como terapia ocupacional.

La realización de ejercicio físico, en un caso estuvo mediado por la compañía de otras personas, específicamente mujeres adultas mayores, con las que se compartía la experiencia. Las relaciones de amistad incluidas en la realización de actividades deportivas fueron muy relevantes para alguien que vivía solo.

Con otro varón, realizar ejercicio estuvo mediado por las condiciones de salud que tenía después de la aplicación del tratamiento, es decir, el bienestar físico y la asignación de horarios para la realización de actividades, como el trabajo, eran importantes para que se decidiera realizar actividades centradas a la actividad física. Finalmente, como mencionábamos, una condición de discapacidad y un tratamiento que requería de cuidados específicos, fue impedimento para que se llevaran a cabo ejercicios físicos.

Las relaciones establecidas con los médicos, se caracterizaron por la obtención de información concreta a partir de las conversaciones, contribuyendo en la toma de decisiones en beneficio de su salud. Dándonos indicios de la importancia que podrían tener los estilos conversacionales en el establecimiento de relaciones médico-paciente. Si bien, la cercanía percibida con el médico, al menos en un caso

fue importante, la obtención de información concreta sobre el padecimiento y los tratamientos disponibles, fue la parte central de esa relación (Tannen, 1980; Martín y Grau, 2004; Pisano y González, 2014).

Aunado a la búsqueda de información por medios independientes a los profesionales, como internet, amistades, libros o programas educativos. La comparación de la información que obtenían a través de estos medios, la relación con el médico y las actividades que realizaban con otras personas fuera de la institución médica, permitieron tomar decisiones centradas en su salud (Dreier, 1991).

En los dos casos presentados, en donde se involucraron en el cuidado de su salud, los profesionales médicos que los atendían eran varones. Lo cual nos brinda la posibilidad de considerar la relación generada entre médico y paciente, al tener estilos conversacionales centrados en la información. Compartir información entre dos varones fue lo más importante para ambos, desarrollando argumentos lógicos sobre el padecimiento y ayudando a generar explicaciones acerca de los *signos* que estaban experimentando (Tannen, 1980; Martín y Grau, 2004; Pisano y González, 2014).

La información obtenida de la relación con el médico, y en otros medios, permitió que los varones brindaran sentido a los *síntomas* que reconocían, considerándolos en conjunto y como producto de la enfermedad que padecían. La lectura que podían realizar de su propio cuerpo a partir de los conocimientos que obtuvieron para el reconocimiento de *signos*, fue central para el cuidado de sí mismos, al tener la posibilidad de tomar decisiones a partir de la condición física que iban experimentando y con base en la información que tenían (Rozman en Domarus, Ferreras, Rozman y Cardelach, 2009).

Las narraciones nos permitieron identificar el modelo a partir del cual se desarrollaron las relaciones médico - paciente. Encontramos dos modelos distintos: modelo informativo y modelo interpretativo. Las decisiones de los varones estuvieron presentes en la construcción de ambos modelos, considerando la información que se les brindaba. Compartir los estilos conversacionales, dieron pie a que las relaciones

entre el profesional y los varones, fueran estrechas y que al menos en un caso se mencionara en reiteradas ocasiones la confianza que se tenía para acercarse y aclarar las dudas que generaba por medio de sus investigaciones o del reconocimiento de la enfermedad en el cuerpo (Tannen, 1980; Dreier, 1991; Emmanuel y Emmanuel, 1999, Quintana, 2013; Rivas, 2013).

Tener información del padecimiento, permitió que los varones pudieran narrar y explicar a otros –como sus familiares- con lujo de detalle que es lo que estaba sucediendo con su cuerpo y hablar sobre el desarrollo de la enfermedad (Rozman en Domarus, Ferreras, Rozman y Cardelach, 2009; Bruner, 1990; Gergen, 2005). En una masculinidad tradicional, al relatar esta información a otros, principalmente a mujeres funcionó como una forma de depositar en ellas las atenciones de su salud, informando de que maneras era necesario que se atendiera el padecimiento. Las narraciones contribuyeron a depositar las responsabilidades de su salud en otro.

Al vivir solo, no había alguien en casa a quién describir lo que ocurría con su salud y el desarrollo del padecimiento, no hubo posibilidad de colocar las atenciones de la enfermedad en alguien más, y como vimos en uno de los casos, se asumió la responsabilidad de los propios cuidados.

Las decisiones no dependían de las conversaciones que pudieran tener con los médicos acerca de sus valores o de las creencias que beneficiaran su cuidado. Sino más bien de la información que pudieran brindarles para incorporarlas en actividades cotidianas o en la toma de decisiones médicas que beneficiaran las mismas.

Las posturas de los dos varones que se relacionaban directamente con los médicos y que seguían los cuidados recomendados por cuenta propia (parcial o totalmente), estaban vinculadas con los intereses o responsabilidades que tenían en otros espacios. Las cuales se relacionaban con características masculinas, como ser el proveedor de un hogar, buscar ser autosuficiente, o mantener relaciones con amigos a partir del cuidado de su salud (Dreier, 1991; Gasteiz, 2008; Lave & Wenger, 2003; Rutherford, 2003).

Adherirse a un tratamiento, no estuvo determinado por cuestiones individualizadas en las personas. Sus relaciones y los intereses generados a partir de ellas fueron una guía para seguir recomendaciones médicas. Mantener su salud estable, les permitía participar en sus obligaciones o preferencias en otros lugares y con otras personas (Dreier, 1991; Pisano y González, 2014; Ortiz y Ortiz, 2007; Ramos, 2015).

Las narraciones nos permitieron obtener los significados que cada varón le daba al cuidado de la enfermedad crónica que padecía, y como es que los cuidados abarcaban distintos espacios en los que participaban cotidianamente. No solo la especificidad de los casos se encontró gracias a los relatos, también dieron pauta para encontrar coincidencias a partir del tipo y fase de la enfermedad en la que estaban y de la participación activa en sus propios cuidados (Bruner, 1990; Gergen, 2005). Abordar las maneras en las que los varones vivieron una enfermedad nos permitió conocer las formas en las que las indicaciones médicas para tratar un padecimiento, y los síntomas y complicaciones propios de cada enfermedad, fueron vividas a través de condiciones de vida muy particulares (Sacks, 2002).

Aludir a los porcentajes de muertes presentados por el INEGI en el 2014 y a nuestros resultados, nos llevó a pensar que muchos de los varones que desarrollan o padecen una enfermedad crónica, no se hacen responsables de los cuidados necesarios para la prevención o cuidado de la enfermedad antes de que llegue a una etapa avanzada. Dejando estas responsabilidades a las mujeres. Esta característica presente en el modelo tradicional (Gasteiz, 2008; Rutherford, 2003) podría estar involucrada en las altas tasas de defunción de los varones.

Prestar atención en los detalles de la vida de las personas que padecen una enfermedad crónica, nos dio la posibilidad de entender las decisiones que fueron tomando a lo largo del proceso de enfermedad. Y que algunas de ellas contribuyeron a la adherencia médica (Sacks, 2002).

CONCLUSIONES

Encontrar tres masculinidades distintas: tradicional-conservador, de autosuficiencia, y de diferenciación en los cuidados, autosuficiente-tradicional, nos permite decir que la masculinidad estuvo ligada a las condiciones de vida de cada uno de ellos. Las características que encontramos en cada varón y que formaron parte de sus decisiones para el cuidado del padecimiento, se construyeron a partir de las relaciones que establecieron con familiares, amigos y profesionales médicos. Aunado al tipo de enfermedad que padecían y las complicaciones de salud que les provocó.

Dentro de las características que ubicamos en las masculinidades tradicionales, encontramos que los varones dejaban a cargo de otros algunos o la totalidad de los cuidados de su salud, como la preparación de los alimentos, aplicación de los tratamientos o el cuidado de su higiene personal. En las masculinidades de autosuficiencia, aparece la responsabilidad que los varones tuvieron para el cuidado de su salud. Acudiendo a las citas de atención médica, obteniendo información que les permitía brindar explicaciones acerca de la enfermedad, tomando medicamentos, buscando información que pudiera ayudarles en su cuidado. En uno de los casos, la preparación de alimentos, cuidado personal y arreglo de los espacios de su casa que beneficiaran las condiciones físicas que tenía, formó parte de esta masculinidad.

Desde el inicio, consideramos que las relaciones con otras personas serían importantes para el cuidado de una enfermedad desarrollada en los varones. A partir de las narraciones encontramos que vivir acompañado, principalmente de mujeres, o vivir solo, influyó en que se llevaran a cabo acciones por cuenta propia o que sus cuidados dependieran de otros. Obtener información de las relaciones familiares fue fundamental para prestar atención a las maneras en que los integrantes construyeron junto con los varones, formas de cuidado muy específicas.

Cuidar la salud o seguir un tratamiento, tuvo connotaciones definidas para cada varón, al perseguir objetivos distintos que contribuían a su participación en otros espacios. Algunas obligaciones o intereses estuvieron relacionadas al género, tal como se había planteado desde el inicio.

Tener prioridades por obtener ingresos económicos o buscar la independencia y responsabilidad de sí mismo, por ejemplo, llevó consigo el interés de cuidar de su salud.

Las particularidades que rodearon la vida de un varón en un momento específico, contribuyeron a la adherencia médica. Cuando los varones se involucraron directamente en los cuidados de su salud, buscaron obtener información concreta, interviniendo en la relación que se estableció con el médico. Contribuyendo de esta manera al cuidado de la enfermedad.

Inicialmente los estilos de conversación de los varones y los modelos de relación médico paciente, no habían sido contemplados como una parte relevante para el seguimiento de un tratamiento, y con ello el cuidado de una enfermedad. Vemos que en el establecimiento de la relación médico-paciente, considerar características como el género del profesional y de la persona que acude a consulta, es relevante en el desarrollo de los estilos conversacionales generados en la relación. Inclusive las características particulares de las instituciones, tales como el tiempo destinado a una consulta, los recursos disponibles para ofrecer tratamientos o estudios diagnósticos son importantes para la relación que se establece. Los modelos de relación médico – paciente se construyen en conjunto, al estar involucradas características específicas en cada encuentro que se genera dentro de un consultorio.

La lectura del cuerpo a partir de los signos y síntomas es importante en la prevención y cuidado de una enfermedad, en la masculinidad de autosuficiencia esta lectura se realizó gracias a la obtención de información, proveniente de sus relaciones y de otros medios externos.

La relación médico- paciente contribuyó a la obtención de esta información, y a partir del modelo que guiaba la relación, en algunos casos era posible sugerir los mejores caminos para cuidarse a sí mismo.

A pesar de que la tecnología y los medios de comunicación en esta época son fundamentales en nuestras vidas, fue sorprendente encontrar que en varones en edad adulta -o inclusive uno de ellos clasificado con base en la edad como adulto mayor-, se convirtió en parte central para la obtención de información extra que pudiera brindarle posibilidades de atención al padecimiento. Los amigos también fueron importantes a la hora de compartir experiencias e intercambiar consejos, se utilizaron los contactos como una forma de cuidado y de reconocimiento de sí mismo. Participar en una comunidad de práctica de amistades permitió que se generaran recursos para el cuidado de sí.

Encontramos que las narraciones que se hacen a otras personas a partir de los conocimientos que se tienen del desarrollo de la enfermedad y de los cuidados, sirven como una forma de depositar en otros las responsabilidades del cuidado de su propia salud. Sin embargo, esto no ocurre cuando se vive solo, al no tener otra persona con quien compartirlo.

Al estar cerca de la muerte, las preocupaciones que guiaron la vida de algunos varones con características del modelo tradicional, se modificaron. Principalmente en las relaciones familiares. El interés por la obtención de beneficios centrados en su persona no fue primordial para ellos, en cambio, les permitió considerar que sucedería con las personas que se quedaban. Impulsando a poner en práctica acciones que pudieran beneficiarlos y protegerlos, de acuerdo a las posibilidades de cada varón. El padecimiento de una enfermedad que los acercaba a la muerte en un periodo más corto de tiempo, nos brindó la posibilidad de caracterizar como es que se vive a lo largo del proceso, recuperando particularidades de las decisiones que se toman antes de llegar a la muerte, que con seguridad será el término de la vida de cada uno de nosotros.

La importancia de vivir día con día con intereses que los lleven a pensar en los beneficios que tiene seguir un tratamiento, fue central para la toma de decisiones.

Las condiciones de vida y físicas, en el momento en el que se padece una enfermedad son importantes para decidir llevar un tratamiento, o más bien, para determinar de qué maneras se llevará a cabo cotidianamente.

Tal parece que hacerse cargo de la salud por sí mismo, cobra relevancia cuando los varones viven solos y no se tiene la posibilidad de recurrir a personas miembros de la familia, principalmente a las mujeres. Vivir solo favoreció la autonomía personal y con ello la atención de cuidar el padecimiento de una enfermedad crónica.

Integrarse a un grupo de autoayuda brindó beneficios como relacionarse con mujeres que compartían intereses y con los cuales se tuvo la posibilidad de entablar relaciones cercanas, al mismo tiempo que brindó un espacio de entretenimiento y desarrollo de habilidades a partir de las condiciones de salud que se tenían en ese momento.

La convivencia con mujeres en el grupo de vejez también nos permitió identificar la importancia que tuvieron estas relaciones para un varón, como una posibilidad de intercambio y aprendizaje para su propio cuidado, y en la puesta en práctica de acciones como la presentación de sí mismo ante otros, por medio de sus habilidades o apariencia física. Las relaciones establecidas no solo funcionaron para obtener beneficios como la realización de los cuidados médicos, si no para ponerlos en práctica por sí mismo. Establecer relaciones con estas mujeres, implicó el interés por relacionarse con ellas y aprender de ellas, en un proceso de cuidado de sí.

Los médicos están dedicados a atender la parte fisiológica en las personas, lo cual es de gran importancia para preservar la salud. Sin embargo, prestar atención a las formas de vida de las personas y a experiencias muy específicas en las cuales se hace presente la enfermedad, también es fundamental. Y nos corresponde a los psicólogos encargarnos de ello, explorar los significados e intereses que las personas tienen en otros ámbitos de sus vidas, y que la enfermedad ha transformado. Esto permitirá brindar perspectivas alternas sobre el cuidado y abrir posibilidades para que el tratamiento no solo cure el cuerpo, sino que contribuya a vivir, siguiendo prioridades personales.

La práctica de los psicólogos en el ámbito clínico tiene posibilidades de intervención que podrían beneficiar la salud de las personas que sufren enfermedades crónicas, las cuales exigen seguir tratamientos de largo plazo.

Finalmente, tomar en cuenta las condiciones económicas que tienen los varones que sufren una enfermedad, son fundamentales para su cuidado. Ya que al tener mayor libertad económica, las posibilidades de participar en otros espacios como grupos de autoayuda o buscar servicios de atención médica se facilitan y por ende contribuyen al cuidado de la salud o al mantenimiento de relaciones que permiten generar aprendizajes y/o conseguir medios para su atención.

BIBLIOGRAFÍA

- Bruner, J. (1990). *Actos de Significado*. España: Alianza.
- Bruner, J. (2003). *La fábrica de historias: Derechos, literatura, vida*. México: FCE.
- Cancer. Net. (2015a). *Cáncer colorrectal – signos y síntomas*. Recuperado de <http://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-colorrectal/signos-y-sintomas> el 2 de Octubre del 2016.
- Cancer. Net. (2015b). *Cáncer colorrectal – opciones de tratamiento*. Recuperado de <http://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-colorrectal/opciones-de-tratamiento> el 2 de Octubre del 2016.
- De la casa, B. (s. f.). *Guía Informativa de la enfermedad del Parkinson*. Recuperado de http://parkinsoncantabria.com/documentos/guia_parkinson.pdf el 11 de Septiembre del 2016.
- Díaz, J., Gallego, B. y León, A. (2006). El diagnóstico médico: bases y procedimientos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 22(1). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi07106.pdf el 25 de Octubre del 2016.
- Domarus, A., Ferreras, P., Rozman, C. y Cardellach, F. (2009). *Medicina Interna*. España: Elsevier.
- Dreier, O. (1991). Trayectorias personales de participación a través de contextos de práctica social local. *Psicología y Ciencia Social*. FES Iztacala. 3(1), 23-50.
- Emmanuel, E. y Emanuel, L. (1999). *Cuatro Modelos de la Relación Médico Paciente*. Recuperado de http://rillo.educsalud.cl/Curso%20Transv%20Bioetica%202012%20Emanuel%20E.%20Cuatro_modelos_relacion_M-P.pdf el 10 de Marzo del 2016.
- Epston, D. & White, M. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.

- Expansión en Alianza con CNN (2015). *La esperanza de vida de los mexicanos es la más baja de la OCDE*. México. Recuperado de <http://expansion.mx/nacional/2015/11/04/la-esperanza-de-vida-de-los-mexicanos-es-la-mas-baja-de-la-ocde> el 02 de Octubre del 2016.
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la Prisión*. Argentina: Ediciones Siglo XXI.
- Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI Editores.
- Gasteiz, V. (2008). *Los hombres, la igualdad y las nuevas masculinidades*. Instituto Vasco de la Mujer. Recuperado de: http://www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/consejos Escolares/archivos/P_013_loshombres_lainigualdad.pdf el 5 de Abril del 2016.
- Gergen, K. (2005). *Construir la realidad: El futuro de la psicoterapia*. España: Paidós.
- González, J. (2010). *Macho, Varón, Masculino: Estudios de masculinidades en Cuba*. Cuba: Edit. De la Mujer.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). *Principales causas de muerte*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp> el 10 de Agosto del 2016.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). *Mortalidad. Esperanza de vida al nacimiento por entidad federativa y sexo, 2010 a 2015*. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mdemo253&s=est&c=33989> el 10 de Agosto del 2016.
- International Diabetes Federation (2015a). *Signs and Symptoms of diabetes*. Recuperado de <http://www.idf.org/signs-and-symptoms-diabetes> el 11 de Septiembre del 2016.
- International Diabetes Federation (2015b). *IDF Diabetes Atlas*. Recuperado de [http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes%20\(resultados\)](http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes%20(resultados)) el 11 de Septiembre del 2016.

- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. *Minister of Supply and Services Canada*. Recuperado de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> el 28 de Abril del 2016.
- Lave J. y Wenger E. (2003). *Aprendizaje situado: Participación periférica legítima*. México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Ledford, H. (2016). *More People Obese than Underweight*. Recuperado de <http://www.nature.com/news/more-people-obese-than-underweight-1.19682>
- Leech, N. & Onwengbuzie, A. (2007). An array of qualitative data analysis tools: a call for data analysis triangulation. *School Psychology Quarterly*. 22 (4), 557-584.
- Martín, L. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*. 14 (1), 89-99.
- Moreno – Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud- padecimiento-enfermedad- atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*. 49 (1), 63-70.
- National Kidney Foundation (2007). *La diabetes y la insuficiencia renal crónica (falla crónica del riñón)*. Recuperado de https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/diabckd-stg5_span.pdf el 11 de Septiembre del 2016.
- Onwengbuzie, A., Leech, N. & Collins, K. (2012). Qualitative analysis techniques for the review of the literature. *The Qualitative Report*. 17 (56), 1-28.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/> el 10 de Marzo del 2016.
- Ortega-Ramírez y Domínguez-Sandoval (2016). *Construyendo narraciones: aprendiendo a preguntar durante el proceso de un estudio de caso*. Programa de la asignatura Psicología Experimental Teórica III y IV. UNAM-FES Iztacala.

- Recuperado de <https://sites.google.com/site/fesipsiexphumop5/> el 25 de Octubre del 20146.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*. 135, 647-652.
- Payne M. (2002). *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. España: Paidós.
- Pisano, M. y González, A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*. 24 (1), 59-66.
- Pizarro, H. (2006). *Porque soy hombre. Una visión a la masculinidad*. Recuperado de http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Porque_soy_hombre.pdf el 2 de Octubre del 2016.
- Quintana, C. (2013). *La relación Médico Enfermo*. Recuperado de <http://www.bioeticadesdeasturias.com/2013/04/la-relacion-medico-enfermo.html> el 10 de Marzo del 2016.
- Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascul*. 16 (2), 175-189.
- Rivas, R. (2013). *Modelos de la Relación Médico Paciente*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas1Introduccion/etimodelos.html> el 10 de Marzo del 2016.
- Rivera, R. y Ceciliano, Y. (2004). *Cultura, masculinidad y paternidad: Las representaciones de los hombres en costa rica*. Costa Rica: Asdi.
- Rutherford J. (2003). Preface. En B. Benwell (edit). *Masculinity and Men's Lifestyle Magazines*. *The Sociological Review*. 1-5.

- Sacks, O. (2002). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. México: Edit. Anagrama.
- Serbia, J. (2007). Diseño, Muestreo y Análisis en la Investigación Cualitativa. *Facultad de Ciencias Sociales*. 3 (7), 123-146.
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research. A practical handbook*. Estados Unidos: SAGE.
- Tannen, D. (1980). *¡Yo no quise decir eso! Como la manera de hablar facilita o dificulta nuestra relación con los demás*. Barcelona: Edit. Paidós.
- Tierney, L. y Henderson, I. (2007). *Historia Clínica del Paciente. Método basado en evidencias*. México: Mc Graw Hill.
- University of Maryland. Medical Center (2016). *Insuficiencia renal aguda*. Recuperado de <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/insuficiencia-renal-aguda> el 11 de Septiembre del 2016.
- Valdez, T. y Olavarría, J. (Eds.). (1997). *Masculinidad/es. Poder y Crisis*. Chile: Ediciones de las Mujeres N.24.
- World Health Organization. (2014). *Together we can prevent and control the world's most common diseases*. Recuperado de <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-infographic-2014.pdf> el 2 de Octubre del 2016.