

Fenomenología del resentimiento: expresiones en mujeres con cáncer terminal y de mama

Phenomenology of resentment: Expressions of women with
terminal and breast cancer

*Evelyn I. Rodríguez, Sara Lidia Pérez, Leticia Villarreal, David
Loaiza, Carmen Loaiza, Rocío Corona y Juan Iglesias*

Universidad de Colima

Resumen

Presentamos un estudio realizado con mujeres, quienes a partir de sus emociones no expresadas, favorecieron la formación del cáncer en sus organismos al resentirse con sentimientos negativos. Citamos seis casos de personas enfermas con las que trabajamos —en estado consciente e inconsciente— a partir del análisis de sus sueños y dibujos; así como a través de representaciones y simbolismos, en donde la confrontación y el acompañamiento dieron como resultado un cambio de actitud a través del reconocimiento de su patología o resentimiento, para ello, empleamos las categorías *miedo, rechazo, desesperanza, exclusión y desamor*. Reconocieron las recreaciones de fantasías negativas que propiciaron un primer nivel de develación de la verdad, pues no sabían que era posible cambiar de actitud con afirmaciones positivas. El artículo se fortalece con estudios de filosofía y terapia existencial.

Palabras clave

Resentimiento, cáncer, sueños, víctimas.

Abstract

We present a study of women and the role of unexpressed, negative emotions in the formation of cancer in their bodies. We cite six cases of sick women, with whom we worked in both conscious and unconscious states, based on dream analysis, drawings, representations and symbols. The confrontation and accompaniment given to the women resulted in an attitude change through the recognition of the pathology or resentment; for which we employed the categories fear, rejection, desperation, exclusion, and unloved. The women recognized the recreation of negative fantasies that helped them arrive at a basic revelation that it is possible to change their attitude with positive affirmations. The article builds on philosophical and existential theory studies.

Key words

Resentment, cancer, women, dreams.

Introducción

El interés por desarrollar esta investigación surge paralelamente con la dirección de dos proyectos de tesis titulados: «Sentido de vida en mujeres con cáncer de mama y SIDA en fase terminal y su influencia en la aceptación de la enfermedad y «Los símbolos de los sueños en pacientes con cáncer y su influencia en la expresión de la enfermedad». El primer tema tiene una connotación positiva, sin embargo, aquí lo interesante es la relación que en primera instancia tiene el cáncer como expresión corporal de avance frente a un largo periodo de resentimiento, tal y como menciona Max Scheler [1972-1992:20-21] «como autointoxicación psíquica con causas y consecuencias bien definidas».

Las mujeres que padecen cáncer de mama tienen una actitud psíquica permanente, surgida al reprimir sistemáticamente la descarga de emociones y afectos que son normales y pertenecen al fondo de la naturaleza humana. Las emociones y afectos que consideramos en primer término son: el sentimiento y el impulso de venganza, el odio, la maldad, la envidia, la ojeriza, la perfidia, en donde son esenciales dos caracteres para la existencia de la venganza: un refrenamiento y detención momentáneos al menos (o que duran un tiempo, del contra-impulso inmediato *(y de los movimientos de cólera y furor enlazados con él)* y un aplazamiento de la contra-reacción para otro momento y situación más apropiada: *«aguarda que otra vez será»*. [Lersch, 1971: 192]

La representación corporal de invasión de tejido corrompido se acelera con el resentimiento, debido a que la presencia de sentimientos negativos en las personas genera un proceso de envenenamiento y auto-destrucción inconsciente que se expresa en diferentes tiempos en el organismo de cada caso.

Los factores psicológicos pueden influir en la respuesta inmune mediante la inervación con procedencia directa del Sistema Nervioso Central o por mecanismos hormonales. Los cambios de conducta, asociados a características de personalidad o procesos de adaptación o de afrontamiento frente a situaciones estresantes, o estados emocionales negativos también pueden alterar la inmunidad y con ello, el curso de enfermedades crónicas como el cáncer; el cual, según el Registro Nacional de Neoplasias, dependiente del Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud (SSA), cada año se diagnostica a siete millones de personas y causa la muerte a cinco millones de ellas en todo el mundo. En nuestro país constituyó la segunda causa de muerte en 1999.¹

Otros estudios que analizan la interacción entre el funcionamiento de los sistemas biológicos (endocrino e inmunológico) con el de variables psicológicas más actuales; señalan que entre las causas más estudiadas como posibles precursoras del cáncer pueden destacarse: el estrés y el afrontamiento, dificultades emocionales, la depresión y sentimientos de indefensión y las variables de personalidad, éstas han sido asociadas con un sistema inmunológico menos eficiente y es posible que bajo estas condiciones, el cáncer pudiera tener una mayor probabilidad de tomar una posición [Cooper, 1996].

En este sentido, los objetivos del presente trabajo son: Explorar las manifestaciones en vigilia, oníricas y las expresadas en fantasías elaboradas por las protagonistas que sufren cáncer en fase terminal. Descubrir qué hay detrás de esta enfermedad, detectar las emociones recurrentes y cómo las recrea la persona afectada, así como proporcionar un alcance significativo en investigación cualitativa que hable de las mujeres desde la perspectiva de género, a través de su visión de mundo, la cual es aprendida y asumida dentro del sistema patriarcal, y en las enfermas que piden a gritos ser escuchadas desde su auto-destrucción.

Desarrollo

1. *Fenomenología de las emociones*: Limitándonos a la diferenciación de los procesos y estados afectivos e intentando hacer una delimitación de los primeros fenomenológicamente, en toda emoción podemos distinguir dos aspectos: El contenido del horizonte vivencial² y el contenido del centro vivencial;³ que a su vez contempla la totalidad endotímica⁴ y la emoción. La primera contiene a la cualidad o temple actual y a la profundidad, mientras que la emoción contiene la intensidad emocional y la configuración emocional: Un determinado contenido del horizonte vivencial y otro del centro de las vivencias del fondo endotímico. A través de sus valores captamos la cualidad de nuestra interioridad y la forma en que llega cuando nos sentimos afectados. La fisonomía valiosa positiva o negativa con que nos es dada la realidad que sale a nuestro encuentro [Lersch,1971:172]. De acuerdo a las facetas descritas en las emociones, una nos da el *colorido o tonalidad* endotímica que corresponde al estado de ánimo actual y otra, la emoción: son dos aspectos que se ensamblan complementariamente del mismo modo que los contenidos del horizonte vivencial, también lo hace con los del centro vivencial.

Los territorios de nuestra ánima, incluso nuestras representaciones y percepciones, así como nuestras finalidades, son penetradas y coloreadas por los valores percibidos. En este sentido, habla Krueger [1935] de la amplitud con que llenan la conciencia los sentimientos profundos, correspondiendo a este autor el

mérito de haber señalado la importancia que tiene la profundidad emocional en la *psicología de la totalidad*.

En este libro, Felix Krueger menciona que los sentimientos tienen una acción estructuradora, tanto mayor como más profundos son y tanto más influyen:

[...] en la sustancia anímica de nuestra estructura personal. Llevan en sí mismos el sello de algo que queda y permanece como proveniente de la forma unitaria de nuestro ser, de lo más profundo de su estructura nuclear que engendra y de determinados valores. Las vivencias correspondientes penetran en el núcleo de nuestro ser anímico conforme se producen e influyen en su crecimiento. Las vivencias emocionales profundas se refuerzan por la duración en el tiempo de sus causas y se infiltran cada vez más en la estructura del ser anímico. [192]

Por ello, sentimientos y pensamientos son grabaciones de acciones instintivas que se van a lo profundo, se imprimen en cuerpo, espíritu, biología, y permiten construirnos. Krueger propone que para reconstruirnos y reactivar nuestra vida con sentido, necesitamos tener una fuerte voluntad de sentido una conciencia con intención, hacia dónde llevaremos nuestras acciones de cambio para poder salir de estas profundidades a las que Lersch [1971:192] hace alusión a través de Krueger.

Nuestro tema de discusión en esta primera fase es complejo, ya que primero intenta ser una invitación para que otros conozcan este avance, en seguida habla de las relaciones interpersonales entre todos los que participan teórica y contextualmente en el proceso de expresar estos actos de violencia a niveles muy profundos y a dar a conocer ¿cómo se expresan dichos sentimientos a través de las personas que han sido testigos presenciales de enfermedades destructivas como el cáncer?

2. *Fenomenología del resentimiento: En el que se refleja la teoría y la experiencia fenomenológica real.* El resentimiento es una violencia interiorizada, quien la ejerce hacia sí misma, es incapaz de ejercerla como proyección hacia su medio ambiente, hacia sus relaciones con otros, así como en su entorno familiar y social. El objeto odiado aquí no aparece afuera, por ejemplo: un marido infiel e insoportable; un padre violento, aplastante, castrador de posibilidades de crecimiento para la hija en la que queda fijada la conducta de la indefensión. La hija acepta su destino auto-flagelándose con pensamientos recurrentes y, ante la presencia del factor molestia, se realiza en su interior una reacción química y dolorosa que cambia su estado anímico y mientras contiene su frustración de ánimo vindicativo, se lastima violentamente. Este proceso también se realiza cuando la persona cae en depresión y baja sus defensas, de manera que las plaquetas bajan y sus células se transforman en

células en forma de displasia. «*Las causas morales se reducen siempre a un radical común: el papel patógeno de las dificultades de la existencia.*» [Lersch, 1971: 274]

Metodología

La población seleccionada fue de seis casos: tres de cáncer de mama, uno de cáncer en la médula espinal, otro en vesícula y un sexto fue por metástasis en todo el cuerpo por falta de atención, debido a la decisión personal del enfermo, de no atenderse para morir así.

El método de trabajo empleado fue el fenomenológico, con un desarrollo profundo de testimonios a través de la hermenéutica-dialéctica y un acompañamiento cercano con estas personas, ya que este enfoque así lo permite, por lo que recurrimos a ellas, posteriormente para ampliar información sobre su estado de salud física en relación con su salud mental y su estado anímico. En estado de vigilia, interpretamos las versiones oníricas de las tres participantes y analizamos las representaciones visuales de los dibujos de sus sueños.

Trabajamos muy de cerca con estas personas y entrevistamos a tres más, de quienes mencionamos aspectos relevantes relacionados con las personas que conviven con ellas, dado que también están muy involucradas emocionalmente.

Las edades fluctúan entre 40 y 50 años preferentemente, aunque también trabajamos con: Una menor a 40 años y otra, mayor de 60 años.

Los escenarios fueron principalmente tres ciudades del estado de Colima: Colima, Villa de Álvarez y Cuauhtémoc.

La investigación es de tipo cualitativa, por lo que tocamos estructuras internas al manejar preguntas a profundidad en las que principalmente hicimos preguntas sobre la base de un guión, personalizadas de acuerdo con su contexto y proceso de apertura, el cual tuvo cambios que dependieron de la proximidad lograda por cada investigadora o investigador. Consideramos que en esta investigación tienen mucho valor los testimonios de las enfermas, pues muestran otras afecciones tales como resentimientos. *Los instrumentos de trabajo empleados fueron:* Bitácora para la narrativa de la experiencia personal; colores, para dibujar las expresiones visuales de sus sueños; libreta de campo para realizar observación participante de tipo etnográfico y complementar información del contexto en el que las personas desarrollaron y vivieron su momento actual; cámara fotográfica, utilizada cuando nos permitieron utilizarla para captar la presencia física de las personas que participaron en la investigación; así como fotografías de los lugares donde ellas habitan y se desenvuelven, y una grabadora para captar las narraciones tal como la paciente las expresa, a través del diálogo con el equipo investigador.

Consideraciones éticas: En este tipo de investigación las personas son importantes para el equipo investigador, pues ellas nos privilegian al darnos a conocer sus vidas, sus constructos preceptuales, el desarrollo de su enfermedad así como su expresión emocional y anímica en relación con ésta, lo anterior con la intención de conocer más sobre su comportamientos para aportar nuevos conocimientos y, a futuro, orientar a otras personas que están en condiciones similares.

Los criterios elegidos para realizar la investigación fueron: personas con cáncer en fase terminal que sufrieran de angustia, soledad, crisis existencial en todos los sentidos para que fueran ellas mismas las propias portavoces de su valor e importancia como seres humanos. De ese modo, quienes investigamos el tema, visualizamos alternativas para su inclusión en un espacio amoroso, pues es precisamente en esta fase de la enfermedad cuando más requieren de un espacio que cobije y alegre su presencia en el mundo, lo que permitirá que descubran la importancia de la vida aun cuando están al final de su camino. De lograrlo, ellas vivirán un acompañamiento amoroso y serán capaces de pedirles a sus seres amados que es lo que más quieren en ese momento.

Reiteramos que lo valioso de la investigación es la riqueza de la diversidad de aportes, así como la comparación de los diálogos establecidos, las emociones reconocidas por las pacientes y los análisis existenciales que dan cuenta — en un primer momento descriptivo— de cómo están las mujeres que viven en esta circunstancia, qué las llevó allí, qué quieren dejar y cómo están viviendo los últimos días de su existencia.

Resultados

El aporte realizado con la investigación en diferentes etapas es descrito a partir de narraciones de personas que expresaron sus experiencias en vigilia o en estado onírico mediante sus propias fantasías, recreando constantemente su acto de re-sentir una y otra vez diferentes situaciones dolorosas de su vida.

Durante la exploración, encontramos que las personas estudiadas están en un estado de enfermedad que las destruye, en el que demuestran incompreensión de los demás, por lo que niegan o consideran injusto el haber adquirido cáncer, pues tal padecimiento las hace sentir miserables, incompletas, indignas, y entran a un círculo vicioso en donde no sienten apoyo de nadie para salir de ahí.

Primero, las organizamos a través de análisis de categorías que expresaron las diferentes frases conceptuales tal y como aparecen durante el proceso narrativo. A partir del análisis de sentimientos expresados y re-significados, se traslucen los estados más resaltantes del análisis existencial en las categorías: conciencia, miedo a la muerte recurrente, miedo a los sueños y representaciones visuales, evocados como fantasía de terror a imágenes que llegan por sí solas según quien las describe:

culpa, libertad truncada, deseos de destrucción personal y del objeto de presión, arrepentimiento, anhelo de vida, duelo, inhibición, sorpresa, posibilidades de cambio, tristeza, rechazo y resentimiento.

Una de las conductas más recurrentes fue la incapacidad de proyectarse hacia fuera, el motivo y/o la expresión de estos sentimientos, reprimidos durante la infancia y fuertemente arraigados en las personas, que lo expresan física y frecuentemente ante la evocación reiteradas imágenes dolorosas, a veces vindicativas y una «no aceptación de conducta proyectada», prefiriendo siempre guardar ese odio interior reservándolo para sí y orgullosamente oculto. Por ello, mediante nuestra investigación observamos claramente cómo emerge *en los sueños y fantasías* y durante las *entrevistas*, a través del *análisis existencial*, donde participamos el equipo investigador y las personas enfermas.

Caso 1⁵

Cristina: Mujer casada de 43 años con cáncer de mama, originaria de Villa de Álvarez, a quien le extirparon los dos senos y su esposo se queja, agudizando en ella mucho más el problema. Tiene 24 años de casada y desde que inició su matrimonio, vive al lado de un hombre inseguro, al que le ha dado soporte económico por las propiedades que le heredó. La paciente tiene un nivel de frustración total, ya que desde que se casó, él ha decidido en gran parte la suerte de los hijos, imponiéndoles disciplina y comportamiento en el hogar. Mientras que Cristina, mujer introvertida y de difícil abordaje, no comenta su situación.

Propiciamos un acercamiento con ella a través de sus familiares y conocidos, hasta que poco a poco cedió y a pesar de ello, reporta una actitud sumisa, de inconsciencia y de una baja autoestima. Es importante comentar que sus familiares también han sufrido de cáncer, sin embargo, en su caso se manifestó en fases muy prematuras. La pena es que no tiene el soporte de su familia nuclear compuesta por su marido y tres hijos varones. Su apoyo es el IMSS, al que acude puntualmente. También asiste a consultas médicas particulares, mientras sus posibilidades económicas lo permiten.

Caso 2

Gabriela tiene 46 años, es divorciada, originaria de Cuauhtémoc, Colima. Hace dos años se le diagnosticó cáncer en el seno izquierdo, actualmente se encuentra bajo estricta vigilancia médica por una posible metástasis y asiste al Centro de cancerología de Colima. Tiene un nivel socio-económico medio-alto y cuenta con estudios de licenciatura y diplomados. Vive con su padre por los múltiples tratamientos que ha llevado. Gabriela tiene un hijo de 21 años, quien estudiará en la Marina en Manzanillo.

En una entrevista esclarece lo siguiente:

Siempre tuve el temor [de tener cáncer] porque yo sabía, dada mi formación, que tenía un alto riesgo, porque mi mamá lo había tenido. Constantemente me hacía estudios y revisiones y todo eso, hace 7 años me operé con miedo de tener cáncer en la matriz. Afortunadamente no hubo, pero yo me seguía haciendo la mamografía constantemente.

Entendí que había vivido llena de resentimientos y que entre los resentimientos y la violencia que viví, había traído a mí recelo y desconfianza de la vida misma y de las personas.

La historia de vida de Gabriela nos remite a una familia tradicional con valores sumamente rígidos, pues el bañarse desnuda significaba un acto pecaminoso, teniendo que realizar esa actividad con la ropa interior puesta. Su infancia y adolescencia estuvo marcada por una serie de operaciones que la mayor parte del tiempo la tuvieron en cama, debido a un fuerte choque en carretera. Su padre era demasiado rígido y sin emociones, su madre era fría y distante, por lo que Gabriela aprendió a la perfección el arte de quedarse callada. De ahí que no resulta extraño que Gabriela haya vivido gran parte de su vida con resentimiento, con la sensación ineludible de que siempre tenía que quedarse callada. «*Siempre tuve miedo de tener cáncer*— expresa, esta frase hermenéuticamente se puede traducir y resumir como: «*Siempre tuve miedo de que lo que me guardaba, se me pudriera*». [May, R. 1996: 198]

A menudo en la vida real, la persona que ha renunciado a una gran parte de su libertad— por lo general en la infancia, cuando no podía oponerse, cediendo en alguna parte de su derecho y su razón a existir como un ser humano—, puede parecer a simple vista que ha aceptado la situación y se «ha adaptado» a la renuncia.

Odiar o tener resentimiento es con frecuencia la única forma en que la persona puede sustraerse al suicidio psicológico o espiritual. Tiene la función de preservar, en cierta medida, la dignidad, el sentimiento de la propia identidad, como si la persona— o las personas— les dijera silenciosamente a sus conquistadores: «Me habéis sometido, pero me reservo el derecho de odiaros». [May, R. 1996: 198]

La persona puede y hace ejercicio de su libertad interna, se somete a los sentimientos negativos que no proyecta hacia el otro. Entonces, de acuerdo a la disposición genética a desarrollar cáncer tales actitudes afectan y transforman sus células, favoreciendo el surgimiento de la enfermedad, aunado a esto la auto-agresión que ejerce al re-sentir su frustración, su odio, su inconformidad con el otro o los otros vierte su odio contra sí afectando todo el equilibrio de su sistema.

En su discurso Gabriela continúa:

Cambió mucho mi vida en el sentido de que la empecé a vivir al día, yo ya había hecho una revaloración de lo que significaba para mí, vivir, trabajar, hacer lo que me gustaba, pero con la noticia del cáncer se acentuó más, me pregunté ¿cómo quiero vivir? Bueno, pues yo quiero vivir sin tensiones. La categoría de impacto para el análisis es «cambio».

Eliminé todas las relaciones que me causaban angustia conflicto ¡todas!. Prefiero que piensen de mí lo que quieran, no estoy para complacer a nadie, simple y sencillamente no quiero que me causen problemas, ¡se acabó!

La noticia de que padecía cáncer la llevó a hacer una revaloración total de su vida, en la que concluyó que por primera vez y por todas, llevaría el control total de su vida, ya había perdido a su madre, su hijo ya es mayor de edad y se vale por sí mismo, el padre no le merece mayor respeto que el que se le tiene a un anciano desconocido, así que decidió hacer cambios. Libertad y creatividad, fue la decisión de Gabriela, su última etapa de emancipación, la última etapa del hombre según Nietzsche: 1947:102; renovarse constantemente como la vida que nunca se detiene, sólo así se logra «el verdadero individuo», en palabras de [Kierkegaard, 1998:45]

Ella refiere: *«Para mí el cáncer significó pasar lista a todas las secciones de mi vida que quería checar. Si siempre viví condicionada, me quedó claro que quería vivir aquel día del diagnóstico y hasta el día de mi muerte en libertad».*

Para el caso de Gabriela, el cáncer le dio un nuevo sentido a su vida, pues revaloró todos los aspectos que no le permitían crecer como persona, le permitió re-valorar, no es casualidad que haya tenido que ser a través del cáncer que ella re-direccionará su vida, pues como se expresa en palabras [Ricoeur, 1996:68] «la voluntad es voluntad encarnada»: Lo explica más claramente Miguel Jarquín: «el cuerpo aparece como lenguaje de la intencionalidad».

Retomamos aquí las categorías que descubre Gabriela en su cambio por la vida, que son libertad y creatividad, en la sensación de que al pasar lista de sus acciones, sus fracasos, dudas, resentimientos, relaciones que le estorban para seguir creciendo porque ya cambió su manera de ser en el mundo. Saca de su libreta telefónica todos los nombres y teléfonos que son para ella obsoletos, dándose cuenta que había descuidado lo que es valioso: la expresión de su libertad, de ser en el mundo sin necesidad de complacer a otros para sentirse plena, creativa y con una gran determinación.

Relata que durante su infancia y adolescencia obedecía, generando resistencias internas de inconformismo por las injusticias de ser normada bajo el rigor de la moral y como dice Rollo May, aceptaba su situación adaptándose, odiaba y sentía rabia y como defensa se lo guardaba en su interior, como su libertad en el silencio, mas eso le fue carcomiendo porque dejó pasar demasiado tiempo antes de animarse a cambiar su actitud frente a la vida.

Caso 3

Mariana, abandonada de 40 años y originaria de Colima.

«Fíjate qué desgracia, él se quiso ir con otra persona y me he quedado con cuatro hijos, pero cómo es importante el papá!, ése fue el día en que comenzó el rezongo y que cada vez se hizo más interior y menos exterior, sólo saliendo desde el fondo de su ánima su gradual pérdida de poder físico, económico y, emergiendo su frustración por saber que no había logrado mantenerlo a su lado, pese a ser una buena persona. Ella cumplía con todo lo que los estereotipos sociales exigen de una mujer, sin dejar de mencionar que también sentía la presión de sus amigas, la familia extensa, las hermanas, los padres y de los propios hijos e hijas todavía pequeños.

Nosotros salíamos mucho en los momentos libres a los ranchos, al campo, a pasear en los parques, de diferentes ciudades y pueblos, a andar a caballo aunque a mí me daba miedo que mis hijos lo hicieran, me gustaba mucho ver las cosas bellas, las artesanías, las pinturas, los objetos de arte[...] Y aun cuando lo sigo haciendo nunca volvió a ser igual, me falta el complemento, a veces me caía muy bien, a veces me chocaba mucho su audacia y la imposición de sus mandatos para con mis hijos, me tenía con el Jesús y la Virgen en la boca. Con todo eso era tolerable.

Mariana expresa fracaso y desilusión en momentos de desesperanza, juicios en donde desvaloriza su situación, estableciendo juicios de valor moral hacia el que abandona y se inicia su propia calamidad interna frente a su gran frustración, por «su fracaso como mujer», por «no poder mantener el marido a su lado». Mientras que como parte de su impacto, como ser social en relación con el entorno, ella enfrenta una gran vergüenza, se auto-culpa, no perdona sus dudas y su terror ante su cambio de vida y esta recriminación personal de no expresar su odio hacia el otro, lo introyecta hacia sí misma, reprimiendo sobre todo, una gran fuente de vida y energía. Sepulta su sexualidad y nunca más vuelve a casarse, ni tiene relaciones sexuales, se inicia un marchitamiento interno que sólo salva con las buenas relaciones que mantiene con amistades y familiares que sí la aman.

Reporte de los pacientes con quienes trabajamos sus sueños y su relación con la enfermedad

La narrativa de estas personas expresa — con mayor énfasis— la fase onírica, pues por lo doloroso que resulta la aproximación con personas que padecen cáncer de mama, la elección de trabajar con ellas fue a través de sus sueños, en los cuales, aparecen figuras aterradoras como la que se relata a continuación la *paciente uno*.

Estaba afuera del cuarto, mi hija, mi sobrina y yo, cuando la bebé volteó — mi papá acaba de morir hacía dos meses— , volteó y me dijo, mira tía, ahí está mi abuelito. Mi papá venía caminando de su cuarto hacia mí, traía solamente un calzón blanco, caminaba hacia mí pero ya estaba muerto, volteé y vi su cara, traía en la nariz unos taponos de algodón. Estaba todo pálido y frío.

[Paciente uno. Edad: 34 años, casada y originaria de Colima]

Aquí las categorías a analizar e interpretar fueron la sorpresa y el impacto.

[...] me sentí muy triste, pues hace poco que murió mi papá y el volverlo a recordar me duele.

Mientras que en este espacio analizamos las categorías de la tristeza y el dolor.

La paciente realiza un dibujo en donde representa y plasma la evocación de su sueño, en el que es posible identificar los siguientes elementos:

- El tamaño de su dibujo induce a un estado depresivo o de inhibición que refleja — por la contracción de sus elementos gráficos— una figura pequeña que sólo ocupa una reducida porción del espacio utilizable. Tiende a usar el espacio superior.
- El tema que escogió evoca sentimientos desagradables; tal dibujo refleja una impresión de tristeza, con carácter alusivo a la muerte, al luto.
- Elige colorear los dibujos con tonos oscuros y sombríos
- Resalta la imagen del padre, quien representa luto; los personajes (su familia), son presentados con disposición circular al ataúd y ella (Virginia) de pie junto al ataúd, [destaca la cercanía entre ella y el cuerpo muerto de su padre]

Paciente dos

Le es una mujer de 36 años que también es originaria de Colima, casada y con dos hijos, con un esposo ejemplar. Tiene antecedentes familiares de cáncer, su

hermano mayor murió de cáncer craneoencefálico y ella lo tiene en la mama, aunque se lo extirparon con éxito. No ocurrió así con una de sus amigas de la misma edad que tenía la misma afección y no pudo tener hijos, dejando viudo a su marido joven.

Le, sin embargo, es muy positiva, su éxito consiste en expresar plenamente sus emociones y como es muy práctica realiza un seguimiento médico oportuno y ahora está muy recuperada. En un principio tuvo dificultades en enterar a todos los miembros de su familia porque en eso decidió ser reservada, como el tratamiento fue efectivo y recibe cuidados y asume su adherencia terapéutica, avanza gracias al apoyo incondicional de su esposo.

Paciente tres

Luis es un paciente varón de 42 años que llega a consulta por agudos problemas respiratorios y angustia existencial, pierde a su esposa, quien lo deja por ser un desordenado y neurótico, que no le hace caso a ella ni a sus hijas, porque le da mucha importancia a su trabajo. Aunque últimamente ha tenido serias dificultades en su trabajo por no rendir informes a tiempo, motivo por el cual le pidieron la renuncia, a pesar de que tenía una antigüedad de 20 años, habló con su autoridad superior y logró que lo cambiaran a otro espacio dentro de la misma empresa en donde tuvo una bienvenida muy grata.

Sin embargo, previo a este logro él se desgastó profundamente, ya que no se encontraba bien de salud y ni siquiera entendía la noción de que su cáncer ya le había afectado la médula espinal, ya que había estado durante años en contacto con materiales peligrosos aislando hongos y recibiendo radioactividad, alimentándose mal y con una vida muy exigente, en ese tiempo tuvo un colapso nervioso porque todos los problemas se le juntaron a la vez. Resolvió su problema respiratorio con terapia, y medicamentos alternativos, y fue removido de su actual equipo de trabajo.

Cuando por fin logró visitas consensuadas para estar con su hija menor, su salud se encontraba muy deteriorada y se agudizaron sus síntomas de dolor, que lo obligaron a dejar el anterior espacio laboral— que con mucho esfuerzo de entrevistas y tenacidad, había logrado— por sus grandes conocimientos y su agilidad mental.

Luego de realizarse estudios, se enteró de que estaba grave y trató de mejorar su calidad de vida. Primero lo atendieron sus familiares, después regresó con su esposa y su hija. Aunque todavía era muy joven, al final falleció dotado de una gran capacitación, mas a diferencia de las pacientes, en este caso sí estuvo rodeado de

amor. Sin embargo, el paciente no pudo equilibrar a tiempo su capacidad con estrategias para sobrevivir al no tratarse adecuadamente su cáncer de médula espinal.

Discusión

Las emociones son estados afectivos que tienen una reacción subjetiva al ambiente, y se ven influidos por la experiencia [Feldman, 1997]. De acuerdo con algunos de los resultados presentados, los símbolos reflejaron una forma de manifestar la emoción de una manera en la que resulta menos impactante al estado de vigilia en las participantes.

Algunas de las emociones guardadas celosamente durante años de represión se expresan ahora, de manera que se exploran a través del sueño como figura relacional entre el equipo investigador y las pacientes.

Incorporamos a la discusión elementos de análisis de los casos y otros elementos de personas con cáncer que al cambiar de actitud, se libraron no sólo de operaciones sino de esas células destructivas por su cambio de actitud a través de diferentes terapias.

A pesar de ello, consideramos que desde la perspectiva de género el sector femenino es el más afectado por este tipo de cáncer, situación que se agrava al fungir la mujer un papel pasivo hacia el exterior (manteniendo las apariencias de lo que se espera de ella o ella así lo cree de acuerdo a sus constructos perceptuales), dentro de sus propias capacidades en sus relaciones interpersonales. También en la limitación de su libertad reprimida por cuestiones culturales, de manera involuntaria, por miedos a la expresión auténtica y opresión de sus seres más cercanos, por temor al yugo patriarcal de padre, marido, hijos, Estado y otros representantes de la ley. Lo que impide que manifiesten a sus parejas sus sentimientos y deseos de sentirse queridas y amadas en estos difíciles momentos de su vida.

Conclusiones

La persona que desarrolla cáncer — según las indagaciones que realizamos en cada caso— reportan estar *recreando imágenes negativas de situaciones adversas*, ya sea en el plano de su interrelación con su pareja matrimonial, aunque también las pacientes sin pareja reportan verse afectadas por la enfermedad, debido a que generalmente los esposos o esposas son la pieza del binomio que tolera aparentemente — en *pasividad anímica*—, situaciones que vienen construidas por el otro. Además, la persona enferma de cáncer no manifiesta las imágenes negativas, no las asimila, ni se queja por temor a perder la manutención del *status quo*,⁶ el control y porque así ha sido formada socio-culturalmente.

El cáncer representa, por tanto, uno de los principales problemas de salud pública y constituye uno de los más altos conceptos de erogación de recursos económicos por parte del Sistema Nacional de Salud. Las mujeres entrevistadas dieron cuenta de la discriminación que sufren durante su padecimiento al no contar con la comprensión y calidez ni el «acompañamiento» de su familia nuclear: cónyuge e hijas e hijos, ni con apoyo emocional por parte del sector salud. Excepto por el caso de Luis, quien además fue el único varón. Por lo que esta situación demanda el apoyo e intervención profesional y legislativa para crear políticas públicas que ofrezcan mejores alternativas para las personas enfermas de cáncer en etapa terminal y en virtud de los altos costos que tal enfermedad representa y que no se limitan únicamente — y en algunos casos— al pago de medicamentos, sino también a la intervención y seguimiento psicológico en los tratamientos para su control [Loaiza, C. y Corona, R., 2004].

Observamos parámetros comunes de vida — que se refieren a los avances de dos años a la fecha en que iniciamos los primeros trabajos— representan novedosas formas de sistematizar la experiencia y propuestas para que las personas que apenas cuentan con el diagnóstico de la enfermedad, tengan apoyo para realizarse sus estudios. Para tener un referente teórico-conceptual con bases prácticas y sea de utilidad para que se apoyen, si así lo deciden, a ir cambiando de actitud respecto a re-significar su existencia

Finalmente, al estudiar los casos, distinguimos — mediante símbolos y representaciones individuales—, las emociones positivas y negativas siguientes:

- Las participantes manifestaron sus creencias más profundas y el ejercicio de los sueños fue muy eficaz para que se sintieran más protegidas durante este proceso que exige contacto, constancia y sobre todo, intimidad emocional entre el equipo investigador y las pacientes con cáncer.

- En los sueños aparece un gran contenido emotivo que se sale de la fase de control y represión de la o el soñante en cuestión y sus emociones se hacen más intensas (tristeza, angustia, miedo), así como la queja de dolor en el pecho se agudiza, y se libera al hablar continuamente de la experiencia.

- En esta primera fase de estudio nos dimos cuenta de que están siendo resaltadas las expresiones de las participantes en la investigación a través de sus representaciones y sentimientos. Tanto en las fases negativas como en un haz de luz en el caso de Gabriela.

- En el caso de las personas citadas como *paciente uno* y *paciente tres*, ellos expresan una forma muy rica de expresión de sus frustraciones, de su libertad reprimida y temida por ellas mismas y un nuevo camino para poder sentirse mejor

en relación con su enfermedad y su capacidad de actuar para frenarla con un cambio de actitud.

El *paciente dos* fue el caso más positivo de los seis presentados aquí, ya que tuvo una atención oportuna, su resentimiento es más social (deseo profundo de tener resuelta toda su estabilidad económica y enojo contenido por no lograr sus metas en el tiempo deseado). Mientras que con su familia tiene una relación y posición muy buena, es luchadora, siempre busca ser exitosa y le gusta ejercer el control tratando de mejorar en todos los aspectos, además fue muy colaboradora, su carácter festivo y de amor hacia los niños, la ayuda a recuperar su espacio familiar y social. ●

Recepción: Julio 27 de 2007

Aceptación: Abril 28 de 2008

Evelyn I. Rodríguez Morril

evelynrm@ucol.mx

Mexicana. Doctora en psicoterapias existenciales por el Instituto de Terapia Gestalt Región Occidente en Guadalajara, Jalisco. Maestra en terapia gestalt. Profesora investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Colima.

Leticia Villarreal Caballero

villarreal_caballero@ucol.mx

Mexicana. Maestra en sexología por la Universidad de Québec en Montreal, Canadá. Pasante de la maestría en criminología por la Universidad de Colima. Profesora investigadora de la Facultad de Psicología de la misma Universidad de Colima.

Sara L. Ruvalcaba

sallypr@yahoo.com

Mexicana. Maestra en ciencias por la Universidad Nacional Autónoma de México. Labora en el ITESO de Guadalajara, Jalisco.

David Loiza Muñoz

dav_loiza@ucol.mx

Mexicano. Maestro en psicología aplicada por la Universidad de Colima, en donde es profesor de la Facultad de Psicología.

Ma. del Carmen Loaiza García

Robert

Chamy33@hotmail.com

Mexicana. Licenciada en psicología por la Universidad de Colima. Actualmente es auxiliar en recursos humanos en el CENDI. Colima.

Rocío Corona

item20@hotmail.com

Mexicana. Licenciada en psicología por la Universidad de Colima. Coordinadora del Eje Humano en el Departamento de Capacitación de la Dirección de Recursos Humanos en el Gobierno del Estado de Colima.

Juan Iglesias

cicone2000@hotmail.com

Licenciado en psicología por la Universidad de Colima. Actualmente es profesor de la UNIVA Colima. Col.

Notas

¹ SSA (1999) Registro Nacional de Neoplasias, dependiente del Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud. Consultado en la Red Mundial en la dirección http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/produccion/normatividad/manuales/SCDo_20.Pdf:2

² Por horizonte vivencial entendemos que lo psíquico tiene que ver con lo viviente. Ahora bien, ¿cuándo lo viviente se convierte en psíquico? Lo hace cuando la vida del ser queda como iluminada desde dentro por la vivencia, siendo capaz, entonces, de apreciar sus modificaciones interiores. Distingue cuatro aspectos del vivenciar o funciones psíquicas: tender, percibir, sentir y conducta, los cuales están integrados en lo que Lersch llama «el círculo funcional del vivenciar». Ha llegado a este concepto siguiendo la teoría de la *gestaltkreis* (V. F. Von Weizsäcker; v.), quien plantea la vida anímica según un doble parámetro: horizontal y vertical. Mediante el círculo funcional de la vivencia, la vida anímica está integrada y abierta al mundo en el plano horizontal y en relación con el plano vertical. De ahí deduce que la vida anímica es pluritemática, es decir, no sólo tendencial, sino también sentimiento, conocimiento y conducta, y aún existe, en otro plano, una estructura supra-personal o espiritual.

³ El centro vivencial es la experiencia guardada en el mapa corporal, como se representa en la anatomía emocional.

⁴ La totalidad endotímica: se refiere a la integración de la personalidad

⁵ Por cuestiones éticas, mantenemos el anonimato de quienes participaron en esta investigación.

⁶ *Status quo* significa el status social de acuerdo al nivel económico, cultural y que marca el posicionamiento de una persona.

Bibliografía

- Cooper C. (1996). *Estrés y cáncer*. Madrid. Ed. Díaz de Santos.
- Ey. Henri. Bernard, P., Brisset, Ch. (1980). *Tratado de Psiquiatría*. España: Masson 8va.
- Frutos, Susana (1997). *La entrevista en la investigación social: interacción comunicativa*, en Anuario del Departamento de Ciencias de la Comunicación vol. 2, UNR. Argentina: Rosario.
- Feldman, Robert (1997). *Psicología de la Percepción Humana*. México D. F.: Ed. Limusa-Wiley.
- Feldman, Robert (1999). *Psicología*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Jarquín, Miguel (2004). *La psicoterapia existencial: una aproximación*, 1º. Ed. México. Ediciones LAG.
- La SSA (1999). *Registro Nacional de Neoplasias*, Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud (SSA).
- Lersch, Philippe (1971) *La estructura de la personalidad 190-192*, Barcelona: Scientia.
- Lukas, E. (2004). *Equilibrio y curación a través de la logoterapia*, 1º Ed. México: Paidós.
- May, Rollo (1996). *El hombre en busca de sí mismo*, México: Gedisa.
- May, Rollo. (1990). *Amor y voluntad*, México: Gedisa.
- Nietzsche, Federico (1947) *Así hablaba Zarathustra*. Un Libro Para Todos y para Ninguno. México: Aguilar.
- Otto, R. (1971). Rudolph, Otto. *Lo santo*. Ed. Alianza España Paul Ricoeur (1996). *Sí mismo como otro*, México: Siglo XXI.
- Perls, Fritz (1993). *Sueños y existencia*, Terapia Gestáltica. 9º ed. Chile: Cuatro Vientos.
- Scheler, Max (1998). *El resentimiento en la moral*, Madrid: Caparros.
- Sue, D. y Sue, S. (1999). *Comportamiento anormal*, México: Mc. Graw Hill.
- Krueger, Felix (1935). *Über Entwicklungspsychologie. Ihre sachliche und geschichtliche Notwendigkeit* («Psicología del crecimiento excesivo. Su necesidad material e histórica», Leipzig, 1915) y *Zur Psychologie der Gemeinschaft* («La psicología de la vida comunitaria»).

