

Cáncer de estómago – páncreas. En defensa de la vida ante la cultura de la competencia

Cáncer of stomach-pancreas. In defense of life against the culture of competition

Carlos Geovanni Varela Vega*

Instituto de Investigaciones Jagüey / Universidad Mexiquense del Bicentenario, México
carlosg.varela@umb.mx

Resumen

Los tumores de estómago y páncreas tienen altos índices de mortalidad, son de difícil diagnóstico y comprensión, tienen pocas posibilidades de curación o alternativas de tratamiento. Por tanto, se considera necesario aproximarse a estos padecimientos desde una perspectiva que permita darles lectura como fruto de un proceso de construcción de los sujetos en un tiempo y geografía específicos articulados con procesos culturales, ambientales, sociales, familiares y emocionales.

El método de historia de vida dio la posibilidad de seguir esa ruta y con ello ubicar el proceso de construcción corporal del cáncer. Los resultados permitieron identificar categorías surgidas de elementos comunes: vivir perseguidos por miedos de la infancia; una forma de vida que parte de la exigencia en una cultura de la competencia, exacerbando la ansiedad y las obsesiones; sometiendo al cuerpo al deterioro que hace que se defiende con respuestas de auto-preservación cuando la vida está en riesgo.

El trabajo abre la posibilidad de generar interpretaciones alternativas a la noción hegemónica del cáncer como un mal y al mismo tiempo, abre posibilidades para la generación de propuestas preventivas o de intervención.

Palabras clave: Cáncer de estómago-páncreas; Cuerpo en unidad; Proceso de construcción corporal.

Abstract

The stomach and pancreas tumors have high mortality rates, are difficult to diagnose and understanding, have little chance of cure or alternative treatments. Therefore, it is necessary to approach these conditions from a perspective that allows them reading as a result of a process of construction of subjects in a specific time and geography articulated cultural, environmental, social, family and emotional processes.

The life story method had the opportunity to follow that path and thereby locate the body construction process of cancer. The results allowed the identification of common elements emerged categories: live pursued by childhood fears; a lifestyle that part of the demand in a culture of competition, exacerbating anxiety and obsessions; subjecting the body to damage it does to defend itself with answers for self-preservation when life is at risk.

The work opens the possibility of generating alternative interpretations to the hegemonic notion of cancer as a disease and at the same time, it opens up possibilities for generating proposals or preventive intervention.

Keywords: Cancer of stomach-pancreas; body unit; body building process.

* Licenciado en Psicología por la UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala; Maestro en Cuerpo y Salud y candidato a doctor en Estudios Interdisciplinarios Sobre la Construcción Corporal, por el Instituto de Investigaciones Jagüey. Profesor-Investigador del programa de maestría en Cuerpo y Salud del Instituto de Investigaciones Jagüey. Profesor-investigador de la Universidad Mexiquense del Bicentenario, Unidad de Estudios Superiores Tultitlán.

Cáncer de estómago – páncreas. En defensa de la vida ante la cultura de la competencia

Introducción

El despunte en la epidemiología de las enfermedades crónico degenerativas se hizo evidente en el mundo desde la segunda mitad del siglo pasado, entre éstas están el cáncer (Solidoro, 2010), la diabetes y las enfermedades cerebrovasculares, las cuáles constituyen las principales causas de muerte en nuestro país (Arias, 2009; Solidoro 2006). En el presente trabajo se estudian los tumores malignos del estómago que son el segundo tumor más letal (Subirát y Guillén, 2011), junto a los de páncreas que van en aumento y resultan igual de mortales (Robles y Fastag, 2007).

El cambio epidemiológico comprometió desde la segunda mitad del siglo XX la capacidad del sistema sanitario, pues los métodos del modelo biomédico basados en una explicación causal comúnmente empleados para las enfermedades infectocontagiosas, perdieron eficiencia para atender las llamadas enfermedades del estilo de vida: crónicas, degenerativas y el cáncer. A la fecha, estas enfermedades siguen siendo las principales causas de muerte en el país y tienen una tendencia a aparecer en poblaciones de menor edad. Desde el período citado comenzó el cuestionamiento al paradigma alópata-hegemónico de salud, proveniente de la ciencia positivista y la noción fragmentada y mecanicista del ser humano surgida desde el renacimiento (Diderot, 2005; González, 2006). En respuesta surgió el modelo bio-psico-social como una posibilidad de incluir otras ciencias de la salud en el entendimiento y tratamiento del cáncer, por ejemplo, la psicología, que rápidamente estableció que la enfermedad está estrechamente vinculada a la vida emocional, en relación a las reacciones luego del diagnóstico y sus consecuencias psicológicas (Almanza y Holland, 2000; Murillo y Alarcón, 2006); también abordó el apoyo moral que requiere un paciente terminal, el cual es el caso de muchos quienes padecen estas neoplasias.

Si bien se han hecho esfuerzos por incluir aspectos como lo emocional en los estudios y

explicaciones sobre el tema, aún podemos vislumbrar el desfase entre ese esfuerzo interpretativo-explicativo y la generación de medios de prevención, diagnóstico e intervención (Lam, 2003), los cuales se han concentrado en el desarrollo de fármacos o indicadores para diagnósticos tempranos. La participación de la psicología es complementaria al tratamiento médico, pero no suele jugar un papel explicativo en la génesis del padecimiento. Desde el paradigma de la inteligencia emocional, por ejemplo, se considera que la relación cognición-emoción se define por la relación entre corteza cerebral y cerebro límbico, se asume que la primera evolucionó después de la segunda y se aspira así a la expresión y manejo racional de las emociones. El principio puede ser empleado para trabajar el afrontamiento del diagnóstico o la relación con el estrés en su dimensión psicológica y fisiológica (Martínez, Piqueras e Inglés, 2014), pero en ese punto es limitado para entender procesos de construcción de enfermedades concretas y el papel que la emoción juega en su génesis. Las ciencias naturales han hecho sus aportaciones en materia de la relación entre las emociones y la enfermedad, parten de la explicación del cerebro límbico como centro regulador de un proceso que interacciona con otros procesos cognitivos, en su lectura la enfermedad aparece como un problema de regulación en la bioquímica cerebral y los trastornos psicósomáticos como una reacción en la interacción neuronal, endócrina e inmunológica, aunque lo que podemos encontrar recientemente, es la noción de la bi-direccionalidad de los procesos, en donde se asume que el sistema nervioso también responde a los cambios en los otros sistemas (Ayala, 2009). Mientras que en ciencias sociales como la antropología, las relaciones humanas, las significaciones y símbolos juegan un papel importante en la construcción social de las formas de sentir que no pueden ser reducidas a un funcionamiento fisiológico apartado de la construcción simbólica de los sentimientos y emociones y estas a su vez se encarnan en las formas de vida de los sujetos. En la

ciencia naturalista el reduccionismo recientemente comienza a hacer esfuerzos para acercarse al proceso social (Maldonado, 2015); en el segundo de los casos, la lectura antropológica al asumir a las emociones como procesos de construcción social, las relativiza considerando al cuerpo como un espacio de inscripción de lo social (Le Breton, 2007), en ese momento los cuerpos se convierten en receptores de su cultura, que responden a aspectos como la dominación o el control, pero no es posible desde ese enfoque adentrarse al acontecer de la vida y sus mecanismos de respuesta ante esa condicionalidad, solo sabemos que los síntomas dialogan con las significaciones en función de lo que representan para las personas que forman parte del grupo en el que el sujeto se mueve (Ramírez, 2014).

Estas enfermedades y el papel que las emociones juegan en su construcción exigen un esfuerzo teórico que parta de la realidad concreta de los sujetos que la padecen. Si bien los aportes de las ciencias naturales y sociales, nos han permitido comprender los intrincados mecanismos fisiológicos que ocurren al presentarse una emoción o el importante papel de la cultura en los procesos de construcción social de las formas de sentir, no se ha podido llegar a abordajes que integren esas miradas relacionando estos fenómenos, al método científico positivista le es inherente un reduccionismo que no permite una lectura de las relaciones, su epistemología requiere objetos de estudio concretos y por ello se súper especializa, pero la lectura de la complejidad de los procesos vitales requiere propuestas epistemológicas. Se hace necesaria una lectura que pueda enriquecer su comprensión y abrir posibilidades de tratamiento y prevención. En el presente trabajo se narran los resultados de una investigación realizada con personas que han padecido cáncer de páncreas y estómago desde la metodología de historia de vida. Desde una lógica que considera que el cuerpo es el espacio habitado por la vida, en que se generan los procesos de construcción corporal en respuesta al tiempo (histórico) espacio (geografía) en que viven los sujetos.

Epistemología de lo corporal

Hablar de lo corporal exige distanciarse de un discurso que considera el cuerpo como una entidad únicamente biológica compuesta de una serie de sistemas anatómico-fisiológicos, incluso si la lectura intenta relacionarlo con lo social y lo psicológico. Lo corporal nos remite a las formas de ver, de hacer, de vivir, de significar, de construir el cuerpo en una condición geográfica e histórico social específicas; a las formas en que los sujetos concretan y conjugan

sus condiciones de vida con los procesos de elección cotidiana para formarse una manera de vivir o morir (López, 2013). Es decir, el cuerpo como tal posee mecanismos de preservación que parten de la memoria de la vida en el planeta, códigos de sobrevivencia que se expresan en cada una de sus células y formas de interacción. Pero lo corporal cobra sentido en tanto cada cuerpo habita una cultura que cambia las formas de vida “naturales” y regula todos sus procesos, estableciendo lo correcto o incorrecto de acuerdo a los intereses y valores de cada grupo, las formas de comer, de dormir, de ejercer la sexualidad, de vincularse con la naturaleza, con los seres humanos, son producto de una regulación social que puede tomar poca o mucha distancia de la temporalidad natural de los procesos hormonales, del ciclo circadiano, de las secreciones de acidez en el tracto digestivo, de la renovación celular, entre muchos otros procesos que el cuerpo realiza de forma natural. Entre estos procesos del cuerpo que busca vivir y las formas de vida de una cultura, está el discernimiento y la capacidad de elección de un individuo, que se ajusta o se aleja de la norma instituida con las decisiones que toma en lo cotidiano en relación al vivir, en ese sentido, hay una condicionalidad que no es determinante de lo que sucede con el individuo y hablamos de una construcción de lo corporal.

El punto para nosotros es ubicar cuál es ese movimiento natural del cuerpo y cómo una forma de vivir puede atentar contra ese principio obligándolo a construir mecanismos de sobrevivencia para defender o preservar la vida al interior. López Ramos (2006a, 2006b, 2011, 2013) ha propuesto una vía para leer la complejidad de los procesos corporales, en ella se puede recurrir a la visión de la medicina tradicional china como un recurso para tener una explicación de las relaciones orgánico – emocionales del cuerpo. La elección de ésta lectura se justifica en dos cuestiones, primero, se trata de un cuerpo de conocimiento que se ha nutrido desde la antigüedad hasta nuestros días sin perder vigencia, pues materializado en prácticas como el tai chi y la acupuntura se ha mantenido vigente no solo en su contexto de origen, sino que se ha expandido a lo largo del mundo como una opción viable para entender el cuerpo humano desde una epistemología distinta a la positivista, hoy en día, sus principios, técnicas y filosofía se estudian en universidades e institutos de investigación a lo largo del mundo occidental, además de practicarse como herramientas para la conservación y el cuidado de la salud (Mora, 2017; Abréu, 2008; González, 2014; Saavedra, 2016); La segunda cuestión, acorde a la construcción del conocimiento producido por la investigación cualitativa, se sostiene en su credibilidad

– no solo la referente a la práctica como sistema de salud, sino en el terreno de la investigación – que se fundamenta en los hallazgos de más de treinta años de investigación en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, en la Universidad Autónoma de México, en las que se ha reconstruido el proceso de construcción corporal de múltiples enfermedades y en las experiencias terapéuticas de los psicólogos (López, 2002a; 2002b; 2003; 2007; Herrera & Chaparro, 2008; 2010; Varela, 2016), que se han formado en lo que recientemente se ha denominado psicología de lo corporal (López, 2017); hallazgos en los que las relaciones órgano – emoción mantienen vigencia explicativa, aunque a ojos de nuestros tiempos no puede adoptarse sin una lectura de los procesos de construcción social y corporal de los mexicanos. Y si bien, de acuerdo a la epistemología que se está estableciendo, no se ha buscado la comprobación experimental de dichos procesos –justamente porque la mirada epistemológica no lo requiere, pues el conocimiento se sostiene en el desarrollo de la sensibilidad de quienes lo aplican y se confirma en la experiencia con la realidad– en años recientes, las relaciones entre órganos y emociones, se han ido documentando de forma creciente (Claxton, 2015).

El trabajo aquí presentado parte de esta epistemología que considera que el cuerpo es una red de cooperación energética (entendiendo la energía en sus expresiones sutiles y toscas o materiales), que no está fragmentada. Existe una unidad entre órganos y emociones (Campos, 2011; Durán, 2004; Chenggu s/a.; Schipper, 2003), de tal suerte que la emoción no solo se siente en los órganos, sino que se mueve por la red energética del cuerpo e incluso se almacena o guarda en sus diversos espacios, la bioenergética es una disciplina occidental que comparte una concepción similar. Estas emociones le son naturales al cuerpo del mismo modo que los sentimientos se relacionan con las formas de vivirlas o su elaboración intersubjetiva de parte de un grupo, el más inmediato, la familia. De acuerdo a la teoría taoísta, la vida es un movimiento en continua transformación, en ese sentido, tiene fases en las que muestra características en relación a principios complementarios, por ejemplo, la humedad-sequedad, el frío-calor, lo expansivo-contractivo; los cuales se interrelacionan y dan forma a lo que habitualmente ubicamos como agentes de la naturaleza (Campos, 2011): madera, fuego, tierra, metal y agua; los cuales son formas de expresión de la vida que también aparecen al interior de los órganos en el cuerpo humano. Lo que ahora nos interesa de esto, es una explicación que permita entender cómo este proceso tiene cabida desde la lectura de una epistemología que lee lo que sucede

en el cuerpo como un proceso de construcción corporal cotidiano en relación a ese movimiento que lo articula con el espacio y el tiempo en que vive. Desde esta lectura hay una condición de cooperación energética en el cuerpo humano que permite un estado óptimo de salud, la cual se puede romper con la exacerbación de una emoción, con los excesos en algún tipo de comida, o con formas de vida que dañen algún órgano, en ese punto la red interna altera sus formas de relación para cubrir el déficit de energía del sujeto, pues cualquiera de estos elementos lo creará y el individuo no recuperara con los alimentos, la respiración o la hidratación, la energía que gasta a lo largo de los días; en ese punto puede surgir el cansancio crónico, la enfermedad, o el desgaste, el daño en un órgano o el dominio de una emoción irán trastocando la red de cooperación. Un ejemplo lo encontramos en la diabetes, en la que los cuadros de hiperglucemia pueden ser seguidos de insuficiencia renal, hipertensión y llegar hasta un paro respiratorio, el proceso de deterioro está en movimiento, ningún órgano o emoción están al margen del resto.

La construcción social del cuerpo y el sujeto social

El hombre no puede ser considerado natural, todo sujeto nace en una cultura “ya dada”, inmerso en un lenguaje, en los símbolos que cruzan la existencia y le dan sentido a una comunidad, se trata de una realidad intersubjetiva que se concreta en la moral de un tiempo, en las lecturas que se hacen de la realidad y las posibilidades de vivir, sentir y morir. Ahí las relaciones intersubjetivas se definen en lo que se asume como “lo normal”. Esta cultura nos interesa en tanto se concreta en formas de vivir que cruzan el cuerpo humano, que le dan significado y se traducen en las prácticas cotidianas que con él se hacen. Al tratar de entender una enfermedad como el cáncer es posible encontrar que lo que pasa en el cuerpo y se lee como enfermedad se inserta en esa realidad intersubjetiva de la cultura que provee una lectura sobre ese fenómeno (Mendoza, 2006), por ejemplo, las ideas de inicio de siglo en las que se consideró una enfermedad viral, o se postuló como un castigo divino debido a faltas morales graves, lo cual generó rechazo social hacia los enfermos, así como sentimientos de culpa y vergüenza de parte de los mismos (Carrillo, 2010). Hoy día, por ejemplo, el discurso de la medicina hegemónica se dirige a la noción de la “lucha” o el “combate contra el cáncer”, lo que revela una condición cultural en la que domina la noción de conflicto (Varela, 2000); situación que se concreta en tratamientos enfocados a la desintegración de los tumores por medios agresivos (Lam, 2003).

La concreción de una cultura no se limita a la subjetividad construida de los actores sociales, se extiende a los hábitos comunes de alimentación, descanso, formas de vivir la sexualidad y tiene sus efectos en los ritmos corporales, en las deformaciones del cuerpo, así como en una larga serie de sintomatologías. Esto porque el principio de sobrevivencia se mueve al margen de la cultura, es decir, genera mecanismos que son ajenos a la subjetividad para defenderse y mantener la vida, por ejemplo, el exceso en el consumo de grasas saturadas produce colesterol en la sangre y, al margen de la significación del consumo de los alimentos, el cuerpo construye un mecanismo de almacenamiento de este en las paredes arteriales para evitar su intoxicación. Por eso es posible asumir que existe una cultura que marca cambios en las formas de enfermar que varían con el tiempo y la geografía, pues los cuerpos construyen mecanismos de preservación ante las categorías culturales que marcan a un grupo (López, 2008).

La modernidad institucionalizó formas de conocer el mundo y formas de vida sostenidas en el pensamiento positivista; la objetividad científica fue el motor que impulsó el desarrollo tecnológico, el cual a su vez permitió que los sistemas de producción crecieran a ritmos nunca antes vistos por la humanidad, hasta el punto de generar una sobreproducción que en los albores del siglo XX dio cabida al desarrollo de una sociedad de consumo. En México, desde el porfiriato y una vez terminada la revolución se acusó una creciente migración del campo a la ciudad, o una expansión de ésta que fue urbanizando los pueblos a su alrededor (Luarte, en Camarena y Álvarez, 2015). Esto significó que los cuerpos entraron en una fase de exigencia para sobrevivir a la contaminación y el hacinamiento, a los retos de la nueva temporalidad de la urbe (López, 2000), y por supuesto las formas de comer, en relación a los tiempos, las formas de preparación, el tipo de alimentos y su disponibilidad cambiaron, la producción de alimentos ya no era directa y su consumo requirió cada vez de más intermediarios para llegar a la mesa de los comensales. Los procesos de construcción social en relación a la comida son contrastantes, pues la cuestión de la tenencia de la Tierra desde la colonia se ha asociado a la pobreza y marginación del campesinado, cuya alimentación se caracterizó en muchas comunidades por un bajo consumo de proteínas animales, muchas veces sostenidas en las tortillas y los frijoles, acompañados de algún tipo de verdura y chile. Las cocinas de leña por ejemplo, significaron un alto consumo de alimentos ahumados, los cuales se han asociado con

el desarrollo de tumores estomacales (Campos, 2012); sin embargo, otros elementos como el hecho de ser una alimentación de auto producción, representó el consumo de nutrimentos vegetales o animales sin agro químicos, que se consumían frescos, lo cual ha sido considerado un elemento que se asocia con la longevidad, de al menos 85 años (Hernández, 2015), o vivir sin el desarrollo de enfermedades crónicas o degenerativas hasta la llegada de la vejez (Martínez en Varela, Olivera y Rodríguez, 2018).

En la ciudad en cambio, se produjeron nuevos hábitos, proliferó el consumo de carnes rojas, productos lácteos, azúcares y harinas refinadas; las formas de preparación en las que lo frito se hizo cotidiano: la llegada de la comida rápida enriquecida en grasas saturadas, embutidos y alimentos con alto contenido de conservadores. Acompañada de los estimulantes del sistema nervioso como café, cigarros, refrescos de cola o de sabor con altos contenidos de glucosa. La retórica de la mercadotecnia fue y es el brazo ejecutor de las industrias de alimentos y se especializó en la creación de necesidades emocionales y sociales, apoyándose y avalándose con el discurso de lo “científicamente comprobado” (Medina *et al*, 2007). Además, sus representaciones e imágenes aluden a símbolos que evocan procesos emocionales complejos relacionados a la familia, la pareja, el sexo o la violencia, lo que se articula con el hecho de que la bioquímica del sabor permitió la aparición de moléculas de aromas y sabores que crean una condicionalidad, causando adicciones o la imposibilidad de limitar el consumo, como en el eslogan “a que no puedes comer solo una”.

La complejidad de este proceso relacionado a las formas de comer, como elemento importante en el proceso de construcción del cuerpo y las enfermedades, podría remontarse incluso a la colonia, pues la colonización implicó que el cuerpo indígena y mestizo cambiaran su relación con el espacio que habitan por la prohibición de alimentos como el amaranto; la desaparición de insectos, aves y vegetales endémicos de la región a consecuencia de la transformación ambiental de la ciudad de México, que se dio a partir de la desecación de los lagos (Altamirano, 1895); a nuestros días, el uso de agroquímicos (Del Puerto *et al*, 2014), así como productos transgénicos; el empleo de agua de desecho para el riego de los alimentos, son eventos que podemos articular en categorías relacionadas con el sometimiento del cuerpo, su pobreza nutricional, el desarraigo y la artificialidad en las formas de vida, que acusarán no solo una transformación de las formas de comer, sino que incidirán en el proceso digestivo que ha enfrentado desde entonces nuevas composiciones

alimenticias y hoy en día químicas; pero también carencias al tener una pobre ingesta de vegetales, frutas y cereales enteros. Durante el siglo XX y XXI muchos pobladores cambiaron su relación con el campo, la ciudad emerge como una realidad que aleja al sujeto de sus vínculos inmediatos con la naturaleza y los usos de la Tierra, en el país esto ha representado un abandono de la vida rural con una respectiva dependencia agroalimentaria de las importaciones (Soria y Palacio, 2014). La transformación del espacio se convierte también en la transformación de los hombres: ciudades sobrecalentadas por la falta de áreas verdes, la nata de metano y dióxido de carbono en el aire y el calor de las placas de metal y vidrio, en las que la sensación térmica se eleva cuatro grados al menos; se suscribieron también a los seres humanos que las habitaron, sobre calentados por el alto contenido de azúcares y harinas alimentando el cerebro, circulando por la sangre, almacenándose en el hígado y los músculos o convirtiéndose en tejido adiposo. Hidrocarburos y carbohidratos, ambas combinaciones de hidrógeno y carbono, calentando el espacio exterior e interior de los cuerpos, asociados a la producción industrial de alimentos, sea para ponerla en marcha o como el producto que de esta se deriva (Herrera & Chaparro, 2010).

En ese sentido, la movilidad humana juega un papel importante para ubicar que los hábitos en las formas de comer guardan una relación con el tipo de enfermedades, algunas consideradas de la opulencia como los trastornos metabólicos, otras vinculadas incluso a la falta de higiene en sociedades marginales, como el cólera. Los alimentos se corresponden con categorías sociales de acuerdo a los tiempos, se relacionan con el poder adquisitivo, el estatus social, el placer por la adicción a uno o varios sabores, con la significación que tienen en relación a la historia de vida. El problema es que el cuerpo requiere una gran cantidad de nutrientes para realizar de forma óptima sus funciones y las dietas se han empobrecido no por la disponibilidad, sino en la diversidad de lo que se consume cotidianamente (Martínez & Villezca, 2005), un ejemplo claro en México son los lácteos, o los productos cárnicos que se han asumido como productos de consumo básico. Se vuelven cotidianos y el cuerpo desarrollará mecanismos para defenderse de la amenaza que representa para la vida al interior su consumo en exceso. El punto es que una política de desarrollo social asumió desde finales de siglo XIX que su consumo era básico para la población, en ese sentido el problema se hace complejo porque es un alimento ajeno a la geografía, que transforma un estilo de vida del grupo, e incluso puede hacerse adicción, pero genera trastornos digestivos que al

paso del tiempo implicaron la aparición de trastornos como la intolerancia a la lactosa (Márquez, s/a).

Estas categorías sociales que se articulan a una cultura de los órganos se complejizan en tanto estos son una unidad con las emociones en el cuerpo y se convierten entonces en lo que podría llamarse una etnografía de las emociones, el sabor y el sentir; eso significa que la comida no es ajena a la química al interior del organismo, lo que implica que juega un papel importante en los sentidos químicos (gusto y olfato), así como en las emociones que se asocian a una química orgánica (en tanto el movimiento emocional al interior se vincula con las hormonas, los neurotransmisores) y en ese sentido se hace manifiesto que se crean dominios (adicciones) emocionales o de preferencia por determinados sabores, así como el rechazo de otros. Lo que al tiempo significará que hay formas de sentir que se reprimen, también alimentos que no se consumen, en deterioro de la diversidad de necesidades afectivas y nutricionales del organismo humano (Varela, 2016).

El punto crucial tiene que ver con el sujeto social que se inserta en esa cultura desde los referentes que la familia le da para hacerlo (Duch y Melich, 2009), pero también desde la elección que hace para acoplarse a esa exigencia social. No existe un determinismo sino una dinámica que tiene que ver con condicionamientos en el hacer cotidiano de la persona, de lo que desea y la medida en la que puede cumplirlo o no, de la emoción o las emociones que expresa o reprime, las formas de sentir que va laborando en contubernio con su racionalidad, las actitudes con las que asume la vida y la manera en que todo ello se va concretando en lo que hace o deja de hacer (López, 2011). En ese punto puede enajenarse con las exigencias de su grupo-cultura y convertirse por entero en el deber ser social; puede escapar de ella para vivir en plenitud sus deseos como individuo ajeno al grupo, sea como ermitaño o por los senderos de la locura; aunque también puede encontrar un punto medio entre ese proceso de ser lo que desea en el margen de los parámetros de la moral y la legislación social. Por supuesto que no se consideran ahora todas las posibles conjugaciones que surgen de acuerdo a las particularidades y cambios en la vida personal. El punto ahora solo es ubicar a ese sujeto social para darle un papel dentro de ese condicionamiento cultural y ubicarlo como un actor constructor de lo cotidiano a partir de su elección consciente o inconsciente. Todo ello para decir que esta condición cultural y del sujeto social se encuentran muchas veces al margen del íntimo proceso corporal, del movimiento de la vida al interior del cuerpo humano, aunque lo cruza en el sentido de que impone la necesidad de respuestas

de parte de sus mecanismos. Profundizar en esa idea hace necesario tomar un momento para desentrañar qué entendemos por ese proceso de construcción corporal.

El proceso corporal

Al inicio del apartado pasado se dijo que el hombre no se puede considerar natural en tanto es un ser cultural, sin embargo, ello no implica una renuncia a su sustrato biológico, pues el hombre es su cuerpo y el cuerpo es el portador de la vida; al serlo da continuidad a sus principios de organización interior (Maturana y Varela, 1997; Varela 2000),¹ lo que implica que hay un movimiento continuo, un flujo de actividad permanente de sus componentes en sus diversos niveles de existencia, los cuales se encuentran interconectados e interpenetrados (Capra, 1992), actuando cotidianamente en aras de generar y preservar el espacio de identidad que es el organismo; la pérdida de ésta, es un nivel de transformación de la vida que implica la desestructuración del cuerpo hacia otras expresiones vitales, es decir, la muerte del ser humano.

En ese sentido la auto organización tiende siempre a la auto preservación, existe una intencionalidad o una inteligencia natural que intenta conservarse en el acto de vivir para seguir viviendo. Lograrlo tiene como base un principio de cooperación que se ve expresado en cada elemento de la organización compleja que es el cuerpo humano, un ejemplo claro es posible encontrarlo en la interacción entre las células “del cuerpo humano” y la cantidad diez veces mayor de microorganismos que se encuentran en él o sobre él (Guarner, 2007), los cuáles realizan funciones que pueden ir desde la fabricación de proteínas, hasta su papel como fortalecedoras del sistema inmune, estas junto con las células forman parte de una comunidad interdependiente que cuando está en armonía representa salud humana, incluso los científicos del Proyecto Microbioma Humano mencionan que “los seres humanos son ecosistemas bípedos que llevan a cuestas un número de microbios tan elevado que supera al de sus propias células” (Coto, 2012: 69-70), lo que de inmediato remite a la noción de microcosmos, a las imágenes del cuerpo taoísta. Ese principio también se hace manifiesto con fuerza en la red de cooperación que conforman los órganos internos, que, a partir de sus células especializadas, los movimientos particulares que emiten, la energía que impulsan a través de los meridianos de energía, los nutrientes que aportan

¹ Citó a los autores porque el concepto de autopoiesis que desarrollaron en la segunda mitad del siglo pasado es medular para comprender el argumento de que el proceso corporal mantiene una organización que le permite preservarse.

al tejido sanguíneo y las funciones concretas que realizan, se preservan vivos y proveen la vitalidad al cuerpo como conjunto. Esta actividad continua de los órganos y su red interior se articula con el movimiento de las emociones, las albergan, permiten su paso, las impulsan en su viaje por el cuerpo; se sabe que estas en su naturaleza impulsan al ser humano hacia la sobrevivencia. Además de ello, la actividad de órganos y emociones, dan origen y caracterizan los procesos de racionalidad al nutrir al cerebro cotidianamente (Chenggu, s.a.).

Ahora bien, esto es importante porque la tendencia biológica natural del ser humano en todos los componentes de su estructura orgánica tiende a la conservación de la vida, sin embargo, existen formas de vida de la cultura y la manera en que el sujeto las asume que se vuelven anti naturales en ese sentido, al alejarse de ese propósito y desarrollar estilos de vivir que tienen a la acumulación de emociones, sentimientos, alimentos, a la adicción a un sabor particular en detrimento de otros, a las relaciones destructivas, a la violencia e incluso a la automutilación y las tendencias autodestructivas conscientes; o incluso a formas de vivir inmersas en lo virtual, que desbordan la elaboración racional del individuo, convirtiéndose en acciones cotidianas que lo desvinculan de la realidad inmediata, de las relaciones directas con otros o del contacto con agentes de la naturaleza, la vida se hace de un refinamiento mental en una vida sedentaria que somete a los órganos a un esfuerzo por conservar su tono y dar respuesta a las elaboradas formas de sentir y expresar del individuo, la destrucción del entorno natural. Llamaremos a estas acciones y los procesos político – económicos que las promueven: cultura de la muerte, pues se alejan del principio de cuidar la vida en el propio cuerpo o en el espacio que se habita. La pregunta es, cuáles son las respuestas que se dan en el proceso corporal ante esto, qué construye el cuerpo en su interior en su necesidad de defenderse ante una cultura que cultiva el individualismo, la competencia y el consumo, ponderando en pocas ocasiones la vida, pareciera, que como alude una canción popular mexicana, “la vida no vale nada”.

Cuál es la interpretación que se le da al cáncer cuando se estudia desde esta lógica, como un proceso de construcción corporal, sostenemos que esto guarda una estrecha relación con la construcción de enfermedades crónicas y cáncer. El asunto es complejo y ahí es donde nace la inquietud de una lectura que no fragmente al individuo y que permita saber cómo es que éste construye en esa condición, de tal suerte que puede hacerse de un espacio interior que se armoniza con el principio de preservación

de la vida, o, por el contrario, abrir códigos para defenderse ante la amenaza de morir, lo que lo llevan a una neoplasia. Partimos de esas preguntas y nuestro objetivo de investigación se encaminó a resolverlas, a dilucidar cuál es el proceso de construcción corporal de los tumores de estómago y páncreas.

Ir a la vida, ir a la historia

Es importante decir que no partimos de la conceptualización del cuerpo o lo corporal, ni del proceso simbólico para después confirmar la existencia de nuestras variables en la realidad, lo anterior nos brinda los ejes para hacer una búsqueda de los contextos ambientales y culturales específicos en los que vive un grupo, para ir al encuentro de sus formas de incorporarlo, de los recursos que como individuos construyen para estar en él. Así, el discurso de los sujetos es nuestro punto de partida en la historia oral (Camarena, 2007), de la que deriva la historia de vida, a partir de la cual, lo que se va encontrando de común en aquellos que comparten la enfermedad es lo que da las categorías que permiten elaborar una explicación sobre el proceso. Lo que se tiene es una forma de leerlo, aglutinando elementos que pueden dar claridad y riqueza interpretativa; para ello es necesario mirar el asunto de la enfermedad en varias de sus dimensiones, familiar, personal, social, emocional, articulándolas en la lectura de lo que ubicamos como un proceso que se aleja de lo multicausal (o multifactorial) en el punto en el que admitimos que los seres humanos tienen la capacidad de elegir, y que lo hacen cotidianamente, elaboran sus vidas, las enfocan con una u otra actitud, almacenan una u otra emoción; en todo caso trabajan por sus deseos, se hacen presa de ellos o los someten para llevar su vida por el rumbo del deseo de los otros (López, 2011).

Aunque dicho proceso es personal e irrepetible como lo es cada sujeto y su condición, es posible al unir los discursos notar que existen elementos que los cruzan en una realidad intersubjetiva. La historia de vida es el recurso que nos brinda la posibilidad de ir a ese encuentro con el proceso personal, con la memoria viva del sujeto que conjuga el proceso histórico, emocional, transgeneracional, celular; es decir, la memoria corporal que se expresa como un documento vivo (Castro en Camarena & Álvarez, 2015). Por supuesto que muchos pondrán en tela de juicio su confiabilidad que está impregnada por los valores de la persona, pero es justamente su elaboración lo que buscamos en relación a los acontecimientos que se instalaron en ella, a las emociones que almacenaron y las elecciones que dieron rumbo a su vida, a su cuerpo. En algunos casos los testimonios de familiares y las

entrevistas con personas que padecen enfermedades similares nos dieron elementos de triangulación para hacer distinciones y clarificar más puntualmente lo que nos atañe ganando credibilidad en el proceso de investigación (Martínez, 2006).

En términos técnicos, se entrevistó a profundidad a tres mujeres y un hombre con cáncer de páncreas, a la hermana de una mujer fallecida con la misma enfermedad; a cuatro mujeres con cáncer de estómago y un hombre. En el caso de seis de ellos, hubo algún familiar presente en diferentes periodos de la entrevista, generalmente a quien denominan como cuidador primario. Además de esos testimonios se recabó el de tres personas con enfermedades similares: cáncer de colon, pancreatitis y cáncer pulmonar (pues se sospechaba de una metástasis al estómago que no pudo ser confirmada). La mayor parte de los entrevistados oscilaron entre los cincuenta y sesenta años, a excepción de una de ellas que presentó la enfermedad a los treinta y cinco y fue entrevistada a los cuarenta y uno.

Los testimonios se recabaron la mayoría de las veces en casa de los entrevistados, lo que nos permitió ubicar datos relevantes para las notas de campo, relacionados a los contextos, el tipo de vivienda, la organización familiar, entre otros. Se hicieron de dos a tres sesiones de entrevista semi-estructurada, en la que se indagaron los ejes de alimentación, emociones, infancia, adolescencia, enfermedades y salud; relaciones afectivas a lo largo de la vida, adultez, vida laboral, hijos, vida actual; significación del cuerpo, la vida y creencias religiosas. Cada aspecto se indagó a profundidad. Las entrevistas se transcribieron y categorizaron a partir de la elaboración de una matriz de resultados en la que se integraron las respuestas de cada entrevistado a cada uno de los ejes de investigación. Se realizó la labor de interpretación en un seminario con pares investigadores en procesos de diversos tipos de cáncer y a partir de ese trabajo se delinearón las categorías interpretativas que a continuación se presentan.

Entre el miedo, la obsesión y el cáncer

Los resultados obtenidos se agruparon en seis categorías, cuatro de ellas vinculadas al proceso de construcción de la enfermedad, que nos permiten ubicar cómo es que ésta fue desarrollándose en el espacio corporal; las dos restantes son posteriores al diagnóstico y muestran la forma en que los participantes afrontaron el tumor. A continuación, serán detalladas las primeras, pues el interés está en resaltar el proceso corporal. Vale la pena mencionar que no se rescatan testimonios de todas las entrevistas con fines expositivos y para no saturar al lector, un

reporte más completo puede ser consultado en la tesis de maestría que aparece en la lista de referencias (Varela, 2015).

a. La competencia encarnada.

Los participantes que fueron entrevistados, son la primera o segunda generación de su familia en la ciudad, vivieron su infancia en zonas rurales o marginadas de las cuales migraron hacia la urbe o estaban en proceso de ser incorporadas por ella; crecieron en el seno de familias numerosas con padres ausentes y muchas responsabilidades desde pequeños; en un entorno competitivo que fue testigo del choque entre la vida tradicional y la moderna. Vivir en competencia por los espacios en casas pequeñas con familias numerosas, en su comunidad ante la privatización de los predios ejidales y la lucha por su repartición entre los miembros de la familia, en las escuelas ante el sistema de reconocimiento basado en calificaciones, representó una exigencia para los entrevistados y el surgimiento de una emoción que se fue haciendo cotidiana, el miedo, siempre el miedo, aunque a diversos aspectos de la vida: a la falta de reconocimiento, al abandono o la soledad relacionada con padres que tenían que alejarse del hogar para buscar el sustento de la familia en entornos laborales alejados de la casa; o el miedo a fallar ante las expectativas sociales y su presión para ajustar a los miembros de la comunidad a un estilo de vida regido por sus estereotipos de individuo y familia. La cultura de competir como un proceso cotidiano que somete al cuerpo a la aceleración de sus ritmos corporales, a la segregación continuada de adrenalina y cortisol, o la acidificación de la mucosa gástrica. Sabemos que los cuerpos ofrecen distintas formas de respuesta ante esas circunstancias, el hecho es que éstas pueden ser leídas como las primeras respuestas del mecanismo de defensa del cuerpo ante el estilo de vida.

[...] yo mi pregunta hasta hoy día, es esta: ¿Por qué, por qué la otra ya estaba grande y no hacia lo mismo? [Se refiere a los quehaceres de la casa] Ella si se arreglaba, tenía su pelo bien largo, las dos teníamos el pelo bien largo. Pero ella lo tenía más... mi hermana me hizo la vida de cuadritos (Entrevistado 1. 15/10/2013).

[...] ya mis hermanos estaban grandes, entonces ya hubo pleito por la herencia, y entonces pues ya dijo mi mamá que nada se daba hasta que ella se fuera, y así fue, ya mis hermanos se separaron, cada quien se casó y este hicieron su vida (Entrevistado 2. 31/03/2015).

E. ¿Qué pensaba sobre la vida que tenía, y que pensaba sobre su vida hacia el futuro, ¿qué

deseaba de la vida?

C. Pues yo quería trabajar y ser exitosa, eso era lo que quería [...] una maestra nos decía – es que tienen que sacar la secundaria porque ni de barrendero la harían, sino no pueden trabajar en nada, tienen que terminar – entonces para mí, tengo que terminar, tengo que terminar, entré a la preparatoria, tengo que terminar, tengo que terminar, para llegar la licenciatura y tengo que terminar. Y mi meta era ser profesionalista. (Entrevistado 3. 29/06/2014).

Miedo, miedo. Era miedo, no, no, no, triste y eso no, ya esos sentimientos ya fue de más grande, pero de chica fue miedo, me daba miedo de cómo se agredían, me daba miedo ver cómo platicaban, me daba miedo (Entrevistado 4. 03/10/2013).

[...] íbamos a la milpa a sacarnos, eran de los familiares, íbamos a sacarnos las flores de calabaza, que las habas, que los elotes, o sea, los que quelites, de los árboles, nos íbamos que a robar que las manzanas, que los duraznos, o sea lo que se daba la fruta. Entonces nosotros fuimos unos niños maleados, maleados, en que personas, maltratados por los vecinos, por los familiares; porque los mismos familiares eran los vecinos, pero nos maltrataban porque siempre nos decían que éramos unos muertos de hambre (viene el llanto), este... o sea unos rateros porque no teníamos, éramos unos pepenados (Entrevistado 5. 25/03/2013).

Estos procesos emocionales se acompañan en todos los casos de carencias nutricionales y comienzan a padecer síntomas como desmayos, dolores estomacales, diarreas. Se trata de cuerpos que crecen en la pobreza material y afectiva, las respuestas en el cuerpo que enfrenta una realidad que despierta el sentido de que la vida está en riesgo, los síntomas expresan los mecanismos que empiezan a activarse para protegerse.

b. Idealizar la vida.

Al paso del tiempo los entrevistados adoptan la propuesta social sobre cómo debe ser la vida, elaboran la expectativa de sobresalir, acoplarse a la búsqueda del éxito, a la idea de ser alguien y salir adelante de la pobreza económica y cultural en la que vivieron. La cultura de la miseria en una sociedad con profundas desigualdades cruza sus cuerpos, es una realidad social que no pueden digerir, pues pone en conflicto la cuestión de cómo “debería” ser la vida y las carencias en las que realmente viven. La respuesta a esa condición la elaboraron desde la

ansiedad, emoción que desde el punto de vista de la medicina tradicional china se vincula con los órganos del estómago y páncreas – cuestión que puede leer en dos niveles quien no se encuentre familiarizado a este conocimiento: desde la experiencia personal de haberse sentido preocupados alguna vez (por una deuda, el final de un semestre, la fecha límite de un proyecto, los problemas en una relación) o con pensamientos obsesivos que al ser recurrentes inflamaron el estómago, alteraron la digestión, desequilibraron los niveles de azúcar, irritaron la mucosa gástrica; o desde la idea del estrés que puede ser generado por el pensamiento que se anticipa a las situaciones, con las implicaciones ya documentadas que eso tiene para el aparato gastrointestinal –. Lo importante es ubicar que la respuesta de un ser humano ante esa condición de vida impuesta por un grupo social, que en este caso tiene que ver con la competencia, puede tener muchas vías de expresión, los entrevistados en particular comparten una realidad intersubjetiva en la que el pensamiento, la obsesión, el desarrollo de estrategias mentales domina como un medio para alcanzar la vida que han idealizado. Se vuelven obsesivos con el trabajo y altamente competitivos, pues esa forma de vida les da resultados, incluso les da la posibilidad de asumir la responsabilidad sobre los otros, empiezan a sacrificarse por ellos y generar beneficios materiales. O en todo caso, se trata de una realidad en la que se vive así porque la pobreza no parece dar salidas.

Se hizo muy responsable, él nada más se dedicaba a las cosas de su hija, para él no había otra cosa en su mundo que eso, trabajar, trabajar y trabajar para ellas dos. (Entrevistado 6. 31/03/2015).

yo no comía y no comía, yo aguantaba tres días sin comer, porque yo no tenía para comer, porque yo tenía que pagar una renta, vestir, calzar a mis hijos, mandarlos a la escuela, mi vida es muy triste hasta hoy día. (Entrevistado 1. 15/10/2013).

Se agudizó a tener un vacío en el estómago, porque se alío que tenía que estudiar cómo te digo sin libros, sin nada, entonces estaba yo en la biblioteca y decía tengo que terminar estos capítulos, se me estaba vaciando el estómago, estaba vacía del estómago, estaba sin alimento, y estaba, toda la energía porque, me tardaba si escribía, las fechas tenía que tener la memoria visual para llegar y pues hacer el examen casi, entonces lo chupaba, y pues se me diluía todo, entonces sentía que me comía por dentro, o sea que se me hacía un nudo en el estómago, no era

de angustia, sino era de esa parte de que no me alimentaba no y no decía, ese capítulo mañana no, no era así, no he sido así nunca, no he sido de que, si tengo este trabajo y tengo esto que hacer y tengo el relax, pues primero el relax luego, no, en mi caso, no he podido porque si no reprobaba seguro, entonces no tenía yo no me podía dar el lujo, porque no tenía el libro, porque no tenía los medios, entonces yo decía o ahora o ya no la hice, porque si no lo exentaba ya no iba a trabajar y ya no hacía otras cosas y entonces ya seguro no iba ir al otro año, o sea terminaba la secundaria y la prepa sin nada, absolutamente mi mamá me daba cincuenta centavos, un peso, todo, es más de las hojas de reúso mi hermano me las engargolaba, esas eran mi cuaderno, o sea nada, nunca estrené un cuaderno así bonito que dijera tengo mis útiles, entonces un porta... nada, entonces esto hacía que yo tuviera un estado permanente de alerta, de ansiedad, de angustia de que tengo que terminar si no ya no sigo, y si quería seguir. Esa fue la situación, pero se agudizó con otra cosa, cuando te digo que se agudizó es que me imagino que por los cambios cerebrales que se dan que dicen que en la adolescencia haces más conexiones cerebrales y que por las exigencias también de que ya no era nada más la primaria, la secundaria, sino era el medio, la gente que quería ir a una fiesta y yo no tenía ropa para ir a una fiesta, entonces tenía que justificar de alguna manera que no voy a ir, pero que no me dejen de hablar porque no fui, que no me vayan a rechazar, cosas así, entonces... tuve un agudísimo dolor de cabeza que se convirtió como en una migraña, que me hacía vomitar cuando venía la migraña, me destrozaba la cabeza, la luz me lastimaba, todo me lastimaba, y entonces me arqueaba para vomitar, porque me obligaba el estómago a hacerlo y solo vomitaba algo amarillo y eso me disminuía un poco el dolor, pero no dejaba de estudiar, pero no lo quietaba y nunca tomé nada (Entrevistado 7. 26/11/2013)

El individuo elige tomar la ansiedad como un recurso para responder a la exigencia social y el cuerpo comienza a resentir el abandono o el sometimiento, por lo pronto, en muchos de los casos la irritación de la mucosa gástrica en uno de los primeros síntomas en aparecer, la acidez y la inflamación aparecen como síntomas recurrentes de un cuerpo que no come, come cualquier cosa o almacena la ansiedad todo el tiempo, esa que puede o hacer sentir que se tiene

hambre todo el tiempo o que el apetito se ha perdido.

c. La obsesión por controlar el curso de la vida.

Al paso del tiempo entran a esa dinámica propuesta socialmente de vivir bajo presión, con prisa; así hacen sus actividades escolares o laborales, compitiendo por destacar, por salir de su pobreza. Esa forma de trabajo les da resultados acordes a la búsqueda que emprenden, con ello ganan confianza, seguridad e ingresos económicos. En ese proceso hacen dependientes a los otros económicamente hablando. Algunos son impositivos, otros benévolos, pero ambos, siempre están preocupados por las decisiones de los demás. El problema es cuando sus modelos idealizados no actúan en correspondencia a lo que ellos esperan, en ese momento experimentan inconformidad, frustración, porque las personas cercanas no cumplen sus expectativas, no pueden seguir su ritmo de vida. Lo cierto es que, al paso del tiempo, siempre hay alguien que depende económicamente de ellos, pues suelen resolver sus problemas e incluso apropiárselos. Lo que en cierto sentido es una expresión de soberbia, al pensar que nadie puede salir adelante sin su ayuda; pero también implica el miedo de la infancia a la carencia y vacío afectivo, de tal forma que se trabaja incansablemente para evitarlo y de paso tener a alguien cerca; en el fondo se espera o se disfruta del reconocimiento y esa sensación de ser importante en la vida de los demás. Las sintomatologías se agudizan, problemas del esófago, gastritis, pérdida de la vesícula, hablan de un cuerpo en continua lucha con un estilo de vida que lo somete para que siga produciendo.

Mi mamá es pilar de la familia, la fortaleza dé, pese a que tenemos a mi papá y mi papá es el hombre no tiene tanta fortaleza como la tiene mi mamá, mi mamá ha sido siempre la luchona, la fuerte entonces como que siempre ha sido el pilar dé o sea si ella no hubiera sido, igual como que hay una enfermedad y nos hubiera puesto en una situación diferente, no como la vivimos en realidad pero si lo veo como que tuvo que ser mi mamá para que todo esto se hubiera compuesto para bien... (Familiar de Entrevistado 2. 31/03/2015).

Si, con la obligación de que era algo que Dios le había mandado a él, porque algo que él había hecho le digo que era tan creyente que decía que los pecados, con mis hijos porque decía yo pienso que Dios me mando esos hijos a mí [se refiere a los nietos] (Entrevistado 6. 31/03/2015).

... yo cuando se fueron [su hijo y su nuera a vivir aparte] traté de cada fin de semana que les llevaba esto, que les llevaba lo otro, que hay gorda no hay esto, pues hay que mandar a traer, porque ella nunca tenía nada. Pues las niñas no, entonces ya les llevaba de todo, pero yo ya no vi la despensa como se las dejé, yo no sabía que ya ni el gas utilizaban, usaban un calentador de luz, porque este no compraba el gas, o sea muy así no. Qué onda qué te está pasando y ni me había dado cuenta, oye aquí algo falta algo, en la cocina se me hacía raro, falta algo aquí, pero de esas cosas que ni me acuerdo en el momento, entonces me quiero calentar un café y voy, dónde está el horno Lourdes, eso era lo que faltaba – lo tuve que empeñar- hay cómo crees – hay más tontos los dos, pero tontos, tontos con ganas, ésta porque, pues no sé, yo digo que ahí ella es la que ha tenido la culpa. Total, pero así estuvieron, entonces a ella ya le urge entrar a trabajar, entonces viene, dice - hay Karla, pasó a su casa y le dejo a mis niñas para ir a ver, a la sección, al seguro a ver qué me tienen de nuevo, porque ya tenía mucho con su trámite metido. Si hija y si vino y me dejó a las niñas y se fue a ver qué le tenían en el seguro, y si luego, luego la metieron a trabajar, entonces ya se tienen que venir así, porque de Coacalco a aquí a la clínica nueve, de hecho, estaba allá cuando una vez se vino, dice – ni llegué Karla, no llegué ni a trabajar – y recién entraba- cómo me va a ir- entonces lo que hicieron fueron venirse. (Entrevistado 4. 03/10/2013).

Las emociones con las que eligen vivir, la ansiedad y la ira, los entrevistados las sienten en el estómago (el páncreas está detrás de él a la misma altura en el cuerpo), y su cuerpo comienza a convertirse en un espacio que almacena sentimientos reprimidos, angustia, preocupación, resentimiento. Esto se complejiza con el abandono corporal al que se someten, llevan a su cuerpo al límite, al máximo rendimiento posible, el peligro para la salud no viene de afuera, de una exigencia real para el sistema inmune, el peligro viene de adentro, de su propia forma de vida que es una forma de sobre explotación que no llega de ningún lado, sino de su noción del propio rendimiento hacia su vida y la de los otros (Han, 2012).

d. Mecanismo autopoiético.

El estilo de vida descrito dura muchos años, va minando al estómago y el páncreas, y justo entre

quince y cinco años antes del diagnóstico, detona un problema de dimensiones mayores, cuando la vida está en riesgo, en el caso de los entrevistados, la propia o la de un familiar, por drogas, por enfermedad terminal (de alguien cercano a quien cuidan), o por una situación de peligro. En todos los casos la situación escapa del control de los entrevistados y la forma de vivir que tienen la llevan al límite, tratando de salvar al otro. Ese estilo implica por completo un abandono corporal, pues viven en el ideal de lo que debe ser la vida desde su racionalidad, están cotidianamente elaborando mentalmente el futuro y el pasado y con ello generan una sucesión de sentimientos que llegan al estómago – páncreas aún en ausencia de situaciones realmente problemáticas, es decir, en su cuerpo no hay distinción entre lo que se imaginan y lo que realmente pasa. Con ello tensan a los órganos minando su capacidad de oxigenación, alteran la secreción de hormonas, de encimas, los acidifican. El desgaste no es silencioso, el cuerpo manifiesta su inteligencia vital e intenta defenderse, envía síntomas al paso de los años para indicar su deterioro, pero el individuo no escucha al cuerpo o lo somete, es más fuerte la idea moderna del vivir, la razón, el qué dirán, la prisa, la cultura de muerte es la elección del individuo.

El cuerpo pide comida, pero el individuo no come, o, por el contrario, pide dejar un sabor, pero la adicción u obsesión por una emoción no lo permite y se perpetua la alteración química del órgano interno y el sensorial (olfativo gustativo). Sacrificarse por otro ser humano o por un ideal no deja espacio para uno mismo y se vive en la ilusión de que se les ayuda, lo cierto es que solo se crean codependencias afectivas que al paso del tiempo no permiten que los otros crezcan y se desarrollen. El tumor aparece entonces como un mecanismo de auto preservación de la vida, la inteligencia vital de las células al verse en esa situación que les augura la muerte en un espacio tan deteriorado por la vida de abandono, abuso y sometimiento corporal que se ha tenido, responde defendiéndose, la célula muta, inhibe su apoptosis, aprende a vivir de forma anaerobia, se multiplica; es decir, busca la vida en un espacio al que se le está provocando la muerte, comienza así la manifestación material del cáncer. El tumor no busca la muerte sino la vida ante un estilo de vida que se olvidó de cultivarla. De ahí en adelante creció, inicialmente asintomático por su pequeña dimensión o porque lo hizo en una cavidad, las molestias que dio fueron confundidas con gastritis la mayoría de veces, hasta que llegaron los dolores agudos al paso del tiempo, cuando el tumor se desarrolló invadiendo al órgano u obstaculizando sus funciones. El costo de salir de la

cultura de la pobreza fue el abandono a la propia vida y la vida tuvo que buscar formas de preservarse.

Los síntomas se expresaron para ese entonces en varios órganos a lo largo de la vida, sino es que, en prácticamente todos, excepto el riñón, órgano relacionado con los miedos que hemos mencionado (emoción dominante desde la infancia). De acuerdo a lo expuesto, la necesidad de controlar es una expresión del miedo, sentir que se tiene el control sobre lo que va a suceder con la vida de los otros da una sensación de seguridad – tan necesaria cuando se persigue un ideal de la vida en la que no existe el sufrimiento, hablamos de la construcción cultural de la idea de felicidad – ante la cual la respuesta más eficiente a lo largo del tiempo fue la ansiedad, la angustia, que convirtieron al estómago y páncreas en órganos de choque, desde los que se respondió a esa amenaza de vivir en una sociedad de individuos anónimos. Pero un día, ya no pudo existir esa respuesta que se da con el sometimiento corporal, la vida se defiende al interior y surge lo que en acupuntura se domina una relación de contra-dominancia, un desequilibrio tan profundo en los procesos del cuerpo, que surge un daño irreparable en los órganos.

¿Cuándo recuerda que fue la última vez que lloró?...

Eva: mmm... pues serán unos 8 años, cuando murió mi tía...

E: Cuando murió su tía...

Eva: Nada más y ya... a y luego cuando murió mi hermana hace cuatro, nada más...

E: Digamos con las muertes... ¡Cómo fue para usted la muerte de su tía?...

Eva: Pues muy muy, ella murió en mis brazos estaba este, le digo que ella primero nada más me empezaba a gritar... hay ayúdame a sentar porque busca en la calle a ver si alguien, ya tengo fuerzas mira y se agarró y se quería sentar en la cama y le digo, porque tú no puedes, me asome a la calle y estaba sola, sola nadie estaba, porque luego iba mi esposo para salir y luego estaba en la esquina pero no estaba y le digo si tía ahorita y luego ya estaba acostadita así eran como las cinco de la tarde y me dice Petra prende la luz mira estoy viendo estrellitas prende la luz y en eso calló, esta así conmigo, la tenía yo en mis brazos y ahí quedo por eso le digo yo creo mi tía se fue al cielo porque veía las estrellas...

E. Entonces su hermana fallece, casi por la época en la que nació su nieto, y por la época en la que su hijo estaba en el asunto de las drogas, ósea casi todo fue al mismo tiempo...

Eva: Todo fue al mismo tiempo... (Entrevistado 2. 31/03/2015).

... él era muy hermético, pero si uno que lo conocía sabía del dolor que estaba sufriendo, después de eso falleció, lo que pasa es que siempre fuimos una familia muy cercana, primero falleció mi abuela, luego este falleció mi padre, falleció que él también lo quería mucho, no lo veía como un padre pero si lo quería mucho, luego falleció mi tía, luego, a ella también, este, luego falleció mi abuelo hace como 6, 7 años, luego falleció mi hermana hace 3 años, ella fue por diabetes, este, algo que siempre me dijo también es que quería mucho a su suegra, a su mamá, ella falleció en Marzo, apenas. (Entrevistado 6. 31/03/2015).

A lo largo de los testimonios, es inseparable el proceso de construcción de las emociones y los órganos, cada vez que aparece una condición afectiva adversa, el proceso de deterioro orgánico avanza, los eventos emocionales más intensos de la vida adulta coinciden con los tiempos estimados de vida del tumor cuando se diagnostica, lo que sucede luego de una crisis de dolor, generalmente asociada también a un problema emocional intenso.

Figura 1: Surgimiento de una relación de contra dominancia en el proceso de construcción del CE-P
Ver anexo

Fuente: Elaboración propia

Nota: El esquema, desde una lectura basada en la Teoría de los cinco elementos permite identificar 1) el riñón como un órgano en el que en los entrevistados no se encontraron problemas a lo largo del tiempo 2) La forma en que la ansiedad se convierte en una respuesta para los miedos cotidianos de los entrevistados 3) La angustia (entre miedo y ansiedad) continua a la que los entrevistados se sometieron a lo largo de la vida en su lucha por alcanzar un ideal de vida para sí mismos y para los otros. 4) El proceso de contra-dominancia, cuando la angustia se lleva al límite y el miedo se desborda, la vida al interior del estómago páncreas genera un mecanismo de sobrevivencia ante su muerte inminente.

Conclusiones

El proceso de construcción del cáncer de estómago páncreas, nos muestra la respuesta de un proceso corporal que se defiende para preservarse con vida en una sociedad que amenaza esa posibilidad al interior.

Figura 2: Proceso de construcción del cáncer de Estómago-Páncreas.

Ver anexo

Fuente: Elaboración propia.

La apertura de un espacio tumoral concretamente en el estómago o páncreas resulta una respuesta de la vida que se defiende de la forma en que los individuos encontraron opciones para preservarse en un estilo de vida que los hace vivir permanentemente con miedo al abandono, al olvido, a no ser alguien; les exige asumirlo, en este caso lo hicieron desde la racionalidad con ansiedad, obsesión y preocupación. En esa respuesta se gestó el abandono, el sometimiento corporal. El trabajo puede contrastar con los resultados de investigación en el proceso de construcción de otros tipos de cáncer como el de mama en el que aparecen cuestiones relacionadas a la aprehensión, así como el estreñimiento, en mujeres con una tendencia a ser sumamente entregadas al servicio a la familia; el cáncer cérvico en el que el ejercicio y significaciones de la sexualidad o la condición de ser mujer se hacen conflictivas en la vida cotidiana; y el pulmonar, cuyo proceso de construcción se vincula más a pérdidas relevantes en la vida que se traducen en sentimientos de nostalgia y melancolía profundas en las personas que los desarrollan (Zárate, Rodríguez y Mellado en Varela, 2016). Hasta ahora solo se han identificado este tipo de estudios en México, queda abierta la posibilidad de llevarlos a otros contextos culturales o regiones en la que los procesos se construyan en relación al dominio de otras emociones y exista esa misma diversidad en cuanto a las formas en que responden a las circunstancias sociales en las que viven, en ese sentido, las historias de vida y una epistemología que permita integrar al cuerpo serán fundamentales para establecer esos procesos de construcción.

La relevancia de este proceso radica en que permite abordar el problema desde el punto de vista de la prevención temprana, ir a la infancia y a la adolescencia, trabajar con ese estilo de vivir abriendo opciones para que el cuerpo pueda moverse libre de obsesiones, de preocupaciones crónicas y desde la cooperación; es decir, vivir con una mística que se articule a la inteligencia vital de un proceso corporal que ha sido acallado en la cultura de la competencia. El punto está en una pedagogía corporal que pondere ante todo el principio de cuidar la vida, aprender a actuar y trabajar pensando no el éxito sino en cultivar la vida en el cuerpo, trabajar por la posibilidad de morir longevo sin una enfermedad crónica, degenerativa o un cáncer por diez o más años. También se puede ir

al tratamiento y abrir la posibilidad a los enfermos, incluso a los desahuciados de conciliar con su cuerpo o con los otros mientras la vida habite el interior. Concretar y aplicar esa propuesta es el punto en el que nuestro trabajo se encuentra.

Por lo pronto valdrá la pena cuestionar esta cultura en la que la vida no se pondera, en la que se vive en lucha continua contra el cuerpo y su inteligencia que no para de dar avisos ante el riesgo. Una sociedad que desarrolla lo más sofisticado en tecnología para remediar los males que propicia o para generar enfermos dependientes de medicación y diagnósticos por diez, veinte o treinta años con las formas de vida que produce su sistema productor de pobreza y desigualdad social, no puede leerse como un éxito, sino como un fracaso en el principio de cultivar la salud. Considerar la posibilidad de transitar a un paradigma en el que el individuo asuma la responsabilidad de su salud, de conciliación con la vida en todas sus formas de expresión desde el espacio inmediato que habita la vida, el cuerpo, trabajar con él como una vía de prevención desde los procesos de formación es la propuesta que derivamos de esta lectura del cáncer de estómago-páncreas.

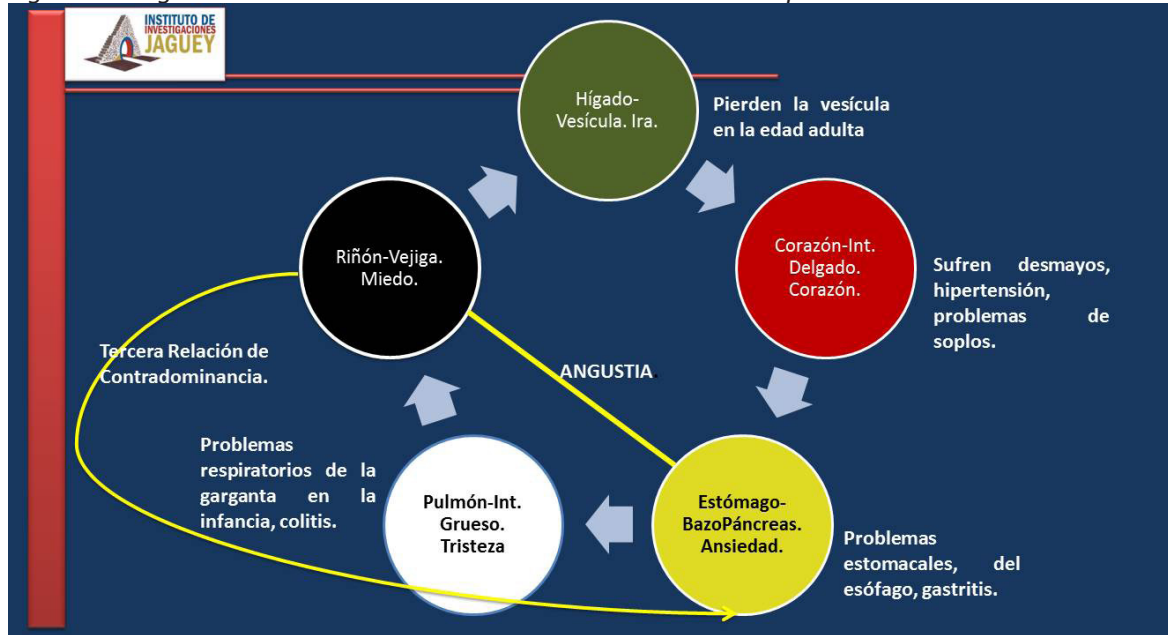
Referencias

- ABRÉU, O. (2008) “¿Hubo ciencia en la Medicina Tradicional China? Una mirada desde la epistemología de la complejidad”. En: *Revista Humanidades Médicas*. Vol. 8, Núm. 2-3. Disponible en red: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202008000200002
- ALMANZA, J. & HOLLAND, J. (2000) “Psico-Oncología: Estado actual y perspectivas futuras”. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*. Vol. 6, núm. 3. Pp. 196 – 206. Disponible en Red: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cancer/ca-2000/ca003k.pdf>
- ALTAMIRANO, F. (Director) (1895) Estudios referentes a la desecación del lago de Texcoco. México: Secretaria de Fomento. Disponible en red: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/la/1080019534/1080019534.PDF>
- ARIAS, S. (2009) “Inequidad y cáncer: una revisión conceptual”. En: *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Colombia. Vol. 27, núm. 3. Pp. 341-348. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n3/v27n3a12.pdf>
- AYALA, E. (2009). Psiconeuroinmunología. Interrelación entre los sistemas nervioso, endócrino e inmunitario. En: *Ámbito Farmacéutico Inmunología*. Vol. 28. Núm. 6. Disponible en red: <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-psiconeuroinmunologia-interrelacion-entre-los-sistemas-13141338>
- CAMARENA, M. (2007) *El siglo XX mexicano. Reflexiones desde la historia oral*. México: Asociación Mexicana de Historia Oral & CEAPAC.
- CAMARENA, M. & ÁLVAREZ, C. (2015) *Las batallas por la memoria*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia y CEAPAC Ediciones.
- CAMPOS, A. (2012) Generalidades sobre cáncer gástrico. En: *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. Disponible en red: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art4.pdf>
- CAMPOS, J. (2011) *El problema epistemológico de lo corporal*. México: CEAPAC.
- CAPRA, F. (1992) *El punto crucial*. México: Editorial Prax.
- CARRILLO, A. (2010) “Entre el sano temor y el miedo irrazonable: La Campaña Nacional Contra el Cáncer en México”. *História Ciências, Saúde-Manguinhos*. Río de Janeiro. Vol.17 supl.1. Pp. 89-107. Disponible en red: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s1/06.pdf>
- CASTRO, S. (2015). “Una aproximación al análisis de la experiencia desde la memoria de los niños”. En: Camarena, M. y Álvarez, C. (coord.) *Las batallas por la memoria*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia y CEAPAC Ediciones, pp. 29-47.
- CLAXTON, G. (2015) *Inteligencia Corporal*. España: Editorial Plataforma Actual.
- COTO, C. (2012) “Microbioma. A fin de cuentas, los microbios que viven con nosotros no son tan malos como creíamos”. *Química Viva*. Vol. 11. Núm. 2. Pp. 69 – 71. Disponible en red: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86323613001>
- CHENGGU, Y. (s/a) *Tratamiento de las enfermedades mentales por acupuntura y moxibustión*. México: Editorial del Instituto Latinoamericano de Medicina Oriental.
- DEL PUERTO, A.; SUÁREZ, S. & PALACIO, D. (2014) Efectos de los plaguicidas sobre el ambiente y la salud. En: *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. Vol. 52, Núm. 3. Disponible en red: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000300010
- DIDEROT, D. (editor). (2005) *Mente y cuerpo en la enciclopedia*. España: Asociación española de neuropsiquiatría.
- DUCH, L. & MELICH, J. (2009) *Ambigüedades del amor. Antropología de la vida cotidiana 2/2*. España: Trotta.

- DUCH, L. & MÉLICH, J. (2005) *Escenarios de la corporeidad. Antropología de la vida cotidiana 2/1*. España: Marfa Impresión, S.L.
- DURÁN, N. (2004) *Cuerpo, intuición y razón*. México: CEAPAC.
- GONZÁLEZ, F. (2006) *La fábrica del cuerpo*. México: Turner / Ortega y Ortiz.
- GONZÁLEZ, R. (2014). "Las 4 olas y la medicina tradicional china". En: *Revista Internacional Acupuntura*. Vol. 8. Núm. 2. Disponible en red: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-acupuntura-279-articulo-las-4-olas-medicina-tradicional-S1887836914701164?referer=buscador>
- GUARNER, F. (2007) "Papel de la flora intestinal en la salud y en la enfermedad". *Nutrición Hospitalaria*. Núm. 22. Supl. 2. Pp. 14 – 19 Disponible en red: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22s2/fisiologia2.pdf>
- HAN, B. (2012) *La sociedad del cansancio*. España: Editorial Herder.
- HERRERA, I. & CHAPARRO, G. (2008) *Una aproximación al proceso órgano – emoción I*. México: Editorial CEAPAC.
- HERRERA, I. & CHAPARRO, G. (2010) *Una aproximación al proceso órgano – emoción II*. México: Editorial CEAPAC.
- HERNÁNDEZ, J. (2015) *La construcción de la longevidad, análisis e historias de vida*. Tesis de licenciatura. México: Universidad Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- LAM, M. (2003) *Beating Cancer with Natural Medicine*. Estados Unidos: Michael Lam. Disponible en Red: <https://www.drlam.com/book/cancerbook.pdf>
- LE BRETON, D. (2007). *El Sabor del mundo. Una antropología de los sentidos*. Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- LÓPEZ, S. (2002a). *Lo corporal y lo psicosomático. Aproximaciones y reflexiones*. México: Plaza y Valdez.
- LÓPEZ, S. (2002b). *Lo corporal y lo psicosomático. Aproximaciones y reflexiones II*. México: Zendová Ediciones.
- LÓPEZ, S. (2003). *Lo corporal y lo psicosomático. Aproximaciones y reflexiones III*. México: Plaza y Valdez.
- LÓPEZ, S. (2006a) *El cuerpo humano y sus vericuetos*. México: Porrú
- LÓPEZ, S. (2006b). *Órganos, emociones y vida cotidiana*. México: Los Reyes.
- LÓPEZ, S. (2007) *Lo corporal y lo psicosomático. Aproximaciones y reflexiones IV*. México: CEAPAC
- LÓPEZ, S. (coordinador) (2008). *Diabetes mellitus. Entre la ciencia y la vida cotidiana*. México: CEAPAC.
- LÓPEZ, S. (2011) *Lo corporal y lo psicosomático. Aproximaciones y reflexiones VII*. México: CEAPAC
- LÓPEZ, S. (2013) *La construcción de lo corporal y la salud emocional*. México: Los Reyes.
- LÓPEZ, S. (coordinador) (2017). *Cómo recuperar tus emociones, tus sabores y tus órganos. Desde la psicología de lo corporal*. México: Editorial Los Reyes.
- LUARTE, C. (2015) "La utilidad pública en los pueblos del Distrito Federal. El uso de la tierra en el siglo XX". En: Camarena, M. y Álvarez, C. (coord.) *Las batallas por la memoria*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia y CEAPAC Ediciones, pp. 139-157.
- MALDONADO, G. (2015). "Neurociencia social y enfermedades crónicas". En: *Revista Archivos de Neurociencias*. México. Vol. 2. Núm. 4. Disponible en red: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2015/ane154f.pdf>
- MARQUEZ, H. (s/a). "Ingredientes para un menú tóxico. El reverso de la crisis humana y sanitaria". En: Observatorio del Desarrollo. México: Universidad Autónoma de Zacatecas. Vol. 2. Núm. 6. Disponible en red: <http://www.estudiosdeldesarrollo.mx/observatorio/ob6/4.pdf>
- MARTÍNEZ, M. (2018). "Trabajadores de Melchor Ocampo, de la tradición al individualismo". En: Varela, C.; Olivera, G. & Rodríguez, S. (2018). *La vida de los trabajadores. Aproximaciones desde lo corporal*. México: CEAPAC Ediciones, pp. 261-277.
- MARTÍNEZ, M. (2006) "La investigación cualitativa (síntesis conceptual)". *Revista de Investigación en Psicología*. México. Vol. 9. Núm. 1. Pp. 123 – 146. Disponible en red: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4033>
- MARTÍNEZ, A.; PIQUERAS, J. y INGLÉS, C. (2014). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento del estrés. Artículo publicado en ResearchGate. Disponible en red: https://www.researchgate.net/publication/267842950_Relaciones_entre_Inteligencia_Emocional_y_Estrategias_de_Afrontamiento_ante_el_Estres

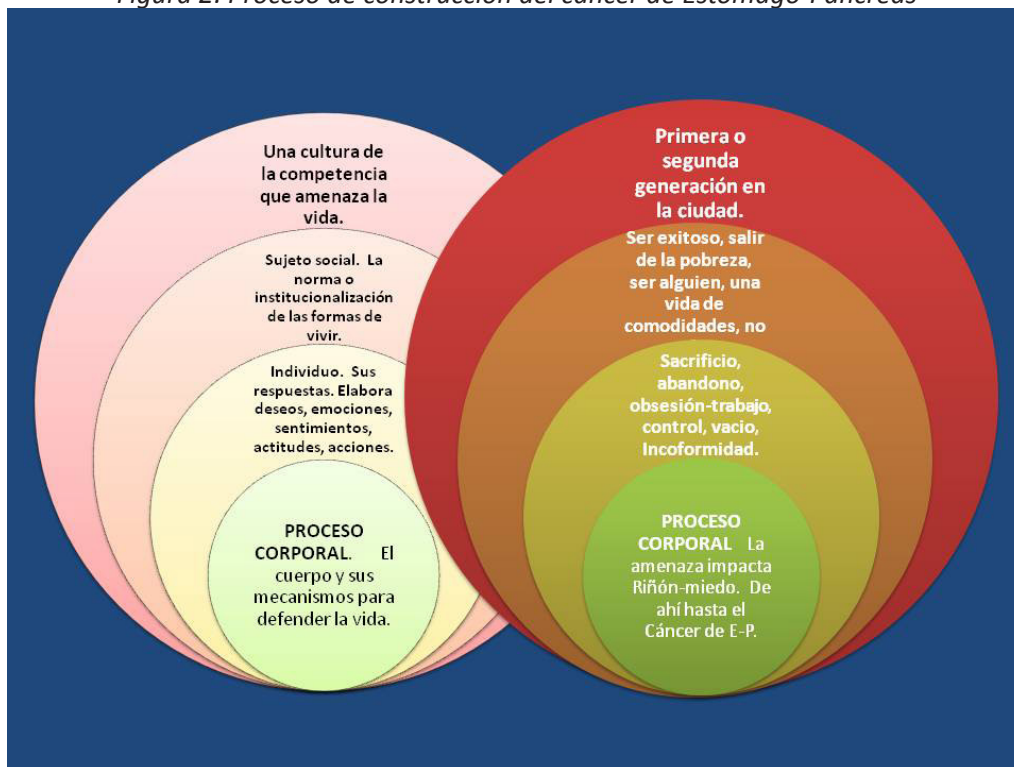
- MARTÍNEZ, I. & Villezca, P. (2005). *La alimentación en México. Un estudio a partir de la encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares y de las hojas de balance alimenticio de la FAO*. En: *Revista Ciencia UANL*. Vol. 8. Núm. 1. Disponible en red: <http://www.redalyc.org/pdf/402/40280207.pdf>
- MATURANA, H., y VARELA, F. (1997). *De máquinas y de seres vivos. Autopoiesis: la organización de lo vivo*. Chile: Editorial Universitaria.
- MEDINA; SORBIAS, C. y BALLANO, S. (2007) “La publicidad y sus complejas relaciones con el discurso científico”. En: *Questiones publicitarias*. Vol. 1. Núm. 12. Disponible en red: https://ddd.uab.cat/pub/quepub/quepub_a2007n12/quepub_a2007n12p77.pdf
- MENDOZA, M. (2006) “Algunas reflexiones sobre el tabú de la palabra cáncer”. *Archivo Médico de Camaguey*. Vol 10, núm. 5. Disponible en red: <http://www.redalyc.org/html/2111/211117629016/>
- MORA, J. (2017) “Las espirales del conocimiento. La medicina científica occidental, la medicina homeopática y la medicina tradicional china”. En: *Revista Médica Homeopática*. Vol. 10, Núm. 3. Disponible en red: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888852617300322?via%3Dihub>
- MURILLO, M. Y ALARCÓN, A. (2006) “Tratamientos psicossomáticos en el paciente con cáncer”. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 35. Suppl. 1. Pp. 92S – 111S. Disponible en red: <http://www.redalyc.org/html/806/80615417007/>
- RAMÍREZ, J. (2014) “La construcción sociocultural del miedo y el coraje en un internado de religiosas. Una narración personal contada con necesidad”. En: *Revista Latinoamericana Sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. Núm. 14. Año. 6. Disponible en red: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/viewArticle/286>
- ROBLES, G. y FASTAG, D. (2007) “Cáncer de páncreas. Epidemiología y factores”. *Revista de Gastroenterología de México*. Vol. 72. Supl. 2. Pp. 154 – 159. Disponible en red para descarga: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=47409&id_seccion=3032&id_ejemplar=4803&id_revista=10
- SAAVEDRA, N. (2016). “Conceptualización de las emociones en tres sistemas médicos: la medicina tradicional china, ayurveda y medicina tradicional mexicana”. En: *Revista Latinoamericana de Estudios Sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. Núm. 20. Año. 8. Disponible en red: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/393/321>
- SCHIPPER, K. (2003) *El cuerpo taoísta*. España: Paidós.
- SOLIDORO, A. (2006) “Cáncer en el siglo XXI”. *Acta Médica Peruana*. Perú. Vol. 3 Núm. 2. Pp. 112 – 118. Disponible en red: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200011
- SOLIDORO, A. (2010) “Pobreza, inequidad y cáncer”. *Acta Médica Peruana*. Perú. Vol. 27, núm. 3. Pp. 204 – 206 Disponible en red: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000300009
- SORIA, G. y Palacio, V. (2014) “El escenario actual de la alimentación en México”. En: *Textos y contextos*. Vol. 13. Núm. 1. Disponible en red: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/16223/11759>
- SUBIRAT, L. & GUILLÉN, D. (2011) “Algunas consideraciones actuales sobre el Cáncer Gástrico”. *Archivo Médico de Camaguey*. Vol. 15, núm. 2. pp. 400-411. Disponible en red: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000200019
- VARELA, C. (coordinador) (2016) *La vida en el cuerpo. Propuestas para su cuidado*. México: Editorial Los Reyes.
- VARELA, C.; OLIVERA, G. & RODRÍGUEZ, S. (2018). *La vida de los trabajadores. Aproximaciones desde lo corporal*. México: CEAPAC Ediciones.
- VARELA, F. (2000) *El fenómeno de la vida*. Chile: Dolmen Ediciones.

Figura 1: Surgimiento de una relación de contra dominancia en el proceso de construcción del CE-P



Fuente: Elaboración propia

Figura 2: Proceso de construcción del cáncer de Estómago-Páncreas



Fuente: Elaboración propia.

Citado. VARELA-VEGA, Carlos Geovanni (2018) "Cáncer de estómago – páncreas. En defensa de la vida ante la cultura de la competencia" en Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES, N°27. Año 10. Agosto 2018-Noviembre 2018. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 21-37. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/434>.

Plazos. Recibido: 19/02/2016. Aceptado: 20/07/2018.