



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

FESC Facultad de
Estudios
Superiores de
UAEM Cuautla

H.H. Cuautla, Morelos, a 27 de octubre de 2020

ASUNTO: VOTO DE APROBACION DE TESIS

**LIC. MARÍA DE LOS ÁNGELES FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE CUAUTLA
PRESENTE**

Los suscritos catedráticos de la Facultad de Estudios Superiores de Cuautla, adscritos a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, así como docentes externos a la Institución, nos dirigimos a usted con el fin de comunicarle que después de haber revisado la tesis que lleva por nombre:

“Yo me siento bien”

Estudio de la relación entre las emociones con el “malestar psicológico” en varones diagnosticados con cáncer de próstata del Hospital General de la Ciudad de México

que presenta el sustentante Miguel Ángel Rangel Arcique, pasante de la licenciatura en PSICOLOGÍA en la Facultad de Estudios Superiores de Cuautla, le manifestamos que consideramos que reúne todos los requisitos que exige un trabajo de esa naturaleza, por lo que otorgamos nuestro **VOTO DE APROBACIÓN**.

Sin otro particular de momento y agradeciendo de antemano su atención a la presente, quedamos de usted

Atentamente

DRA. MARTA CABALLERO GARCIA _____

MTRA. LORENA DOMÍNGUEZ MARQUEZ _____

DRA. DUBRAVKA MINDEK JAGIC _____

MTRA. LORENA PORCAYO TABOADA _____

DRA. LUISA ELVIRA TORRES SANCHEZ _____

c.c.p. Archivo

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

LORENA DOMINGUEZ MARQUEZ | Fecha:2020-10-27 13:02:34 | Firmante

hcaQl7cvaLT3qkGdxwvLpHmsUxx0ho9o+afLT eRcfUyfpBdebTaD31Y+MzevPNLJ2xqm9EDnc3lpCyAuE2tyUNVeKAYf9h0Bl/1jX6t43wHlmiWeYbeHyZ4i+c2ggIaze1Oj6T7F5KM
hJUpWAZvS9OreEBPweXGxPxa1kAEtf0iFvn8yK/ponVhfg0pMF6yM6eTslncDKP+MLfdr3j0s+PuNryY/ALdYWEZfP2z+FbOgz4PNmEQW9vIAUSueKmc3peEjsi/16bUvTe9E9a
0WzbpqKBLhHqvnJ89B/HFcf0wZNYte3Qs9hA3WKbklDjUGbdbw2kjQ7l6eMVOdmR4Q==

DUBRAVKA MINDEK JAGIC | Fecha:2020-10-27 15:14:38 | Firmante

AB7zx1scZwA8+lyPH1g3t5uF1Ljppgl0rZkCQ2lzlO4ESSFXgYa7m3uLHg3VFOIE9qtn5/KS83c3gaeP6yGi8rQZmcklYR4Yi588QIBklu7/caAqF2Cf1QBuhum0VlrXwMi2+XXboJ04
RqPe1jj9mkPxGtnG4XuevmxL+FC0T8KmhSQ0tyZAtiZPqw79MprvP0TUCO+O/Vm9lUgTYWD/5RcGSaxhiRZ8eL6NyeHxIHrO8gOWLCz70VqHmYr8iRAeMeFEKAF/yX/ZIMF
qq5VT8qFgTj62NhKC1hapnv+Lo0gbiE3yjjvvpFuYIglUldP7pe071K+NIhsEUQEFfSA==

LORENA PORCAYO TABOADA | Fecha:2020-10-27 17:42:09 | Firmante

PRUQ3FlyyrvKAqjhXqfW3v1iaKUc3+uwRs82WnbVlx8gOOv5/wx1qgy9dRNddf0vrSHZDg/SwSBsg5kaoGsWpd3Nb91SZ8V8U0j/3N2qpxju51x24YTrCewb4Mqa1S6ZQ70HiGHp
1KOGooBto3Y11WSRYk5Mvw/vSWMYgP0656qjsGzt/LtG7CQcakvdsQEseuKKZk0uLcZhiipi/IFWwBKsWwYF74tKaZFERFCwit4/pOQTILPyyMCyMtADGV2UXqPa2KbUoReCw2
RXOAROGNPTltgri/lDg5FR/UoUttCq5LVQPcPDnSx5XP39CjTaWTfZdDkjYHiglvdUjJ3jg==

MARTA CABALLERO GARCIA | Fecha:2020-10-28 11:43:32 | Firmante

U7Ao4k0q8LiLR7WeHzmS8IFBvWv/BBXIOO0MhTmylR0lls2HXj+h4Ng6Cb9hByFelK4CLsQ7Y9unRwMr/FP7UfgBW8ttgzOLJyu28j8vSaHVRsythk70srYYTXJ6XD+l44psa9V
SBdVzP8GxNwn7H3rlhk/71ujbqS9LRtLzNRogMujb2+rV3MpuCx0wSOBzBgYiT/hNA3tqk36mMsj+znC46FPUxXkmxmzDuGddZl4XyVpLSZrxSXiZ5KCUJWwlfPc5v3JiDPd6m8Hc
KbprGgPiMcyq6rFF7GWcEY/ultz0lvCtYwmGdHAPW25EouKTYI8MGRN/iou4XQoSTr0w==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



Ubx1aM

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/4VkrZcsBynCXrSAZA3BzYNHgkkyYi3l>



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

LUISA ELVIRA TORRES SÁNCHEZ | Fecha:2020-11-03 14:05:04 | Firmante

QMYkvSGkpyuF6R SwNNWLSpdcpuclb6yckFKvkhudRNnoVAB/nkXPnelVkJXdubf7MIQm8k8MLKQpZ3YHU4SUMwWGfjZhKI69nuVozLrpASAOOox//ssGiSAXEEOJwoaR8N06ajwweNvqDk/hvAMokDegVh3pKix9LHCEalrQwo+m5GnyvI9M8UuyDX8kYDtT6RRhVGN26hivMP5Zq/ENvh22eehUJ87srCQ5FUIck2DmabYx7NayYRhj8Wif+rO3PrirNZWjzotx58bBRhMHjcP8eF96ohdcfqHuZE1ufm6dGWL7qWHQt+yMYP96n+zqZj7P1YoxTAbog9OY1dpdA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[gJRLqo](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/MTI1KzwSyZXjfa2p2UR87BNcBjiHx4GF>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

1

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE CUAUTLA



“Yo me siento bien”

**Estudio de la relación entre las emociones con el
“malestar psicológico” en varones diagnosticados con
cáncer de próstata del Hospital General de la Ciudad de
México**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MIGUEL ANGEL RANGEL ARCIQUE

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Marta Caballero García

Comité tutorial

Mtra. Lorena Domínguez Márquez

Dra. Dubravka Mindek Jagic

Mtra. Lorena Porcayo Taboada

Dra. Luisa Elvira Torres Sánchez



Cuatla Morelos, Agosto 2020

**Tesis adscrita al proyecto
CONACYT FONDO SECTORIAL
SALUD-Convocatoria 2017-1-29008**

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a mi pequeña familia; Guadalupe y Martín ejemplo de resiliencia y temple; César y Leonardo quienes representan valentía y nobleza; Esmeralda símbolo de perseverancia y fuerza. Elementalmente cada uno de ellos ha sido pieza fundamental en este proceso de construcción profesional, incitándome en todo momento a ser constante y firme ante cualquier meta al transitar por el camino que hoy en día me permite lograr este nuevo objetivo.

Agradecimientos

En este importante momento, personal y profesional me es vital agradecer a aquellas personas que tuvieron fe en mis ideas y dedicaron parte de su tiempo y su valioso conocimiento.

Agradezco a CONACyT por la oportunidad que brinda a los estudiantes al permitirles involucrarse en el ámbito científico; así como por la beca que se me proporcionó para realizar la presente tesis de licenciatura en su marco. Esta investigación es el resultado de un trabajo en conjunto. Se realizó como parte del proyecto: *“Percepción de riesgo y proceso social salud/enfermedad/atención del cáncer de próstata en tres estados de la república mexicana con distintos niveles de marginación”* (No. 290085), Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social CONACyT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología), Convocatoria: 2017-1.

Agradezco a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Facultad de Estudios Superiores de Cuautla por contribuir en mi formación como profesional.

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi directora de tesis, la Dra. Marta Caballero García por su incondicional apoyo y acompañamiento; así como su peculiar paciencia y compromiso para la realización de este trabajo, por el respeto hacia mis ideas y sus valiosos aportes para fortalecer las mismas.

A la Dra. Marisol Chávez, quien desde el primer día nos ha instruido dentro del proyecto, contribuyendo significativa mente a la realización de la tesis y haciéndonos sentir siempre un miembro más del equipo.

Deseo agradecer especialmente a todos los docentes quienes desde el primer día en la carrera y por vocación me brindaron asesoría sin dudarlos; sin ellos y su interés en compartir su conocimiento, nada de esto habría sido posible.

Agradezco a mis compañeros por su confianza, y espacio brindado para compartir ideas, debatir y fortalecernos unos a otros, nuestra generación no vivió su mejor momento dentro de la universidad y a pesar de las adversidades llegamos a la gran meta soñada

De igual manera, agradezco particularmente a los pacientes, por su confianza, ya que han proporcionado su valioso testimonio, mismo que nos permitió conocer un poco sobre su vida y sus pensamientos, En efecto sin ellos esto no sería posible. Por otra parte es de suma importancia agradecer al personal que labora en el hospital, quienes hacen una labor elemental, no solo con los pacientes, sino con la organización en todos los aspectos, por las facilidades y atenciones hacia el equipo de trabajo.

Por último pero no menos importante agradezco a mis sinodales, quiénes se tomaron el tiempo pese a las complicadas circunstancias, revisando atentamente cada uno de los detalles para complementar con sus aportes y experiencia el presente trabajo.

INDICE

Introducción.....	7
CAPÍTULO 1.- Antecedentes	12
1.1 Cáncer de próstata.....	12
A) ¿Qué es el cáncer de próstata?	12
B) Situación actual del cáncer de próstata en México.....	15
1.2 Bienestar/Malestar	16
A) ¿Qué es el bienestar?	16
B) Componentes del bienestar	19
C) Tipos de bienestar	22
D) ¿Qué es el malestar psicológico o malestar emocional?	22
E) Manifestaciones del malestar psicológico	26
F) Afrontamiento, (funciones y estrategias)	27
CAPÍTULO 2.- Marco teórico–conceptual.....	31
2.1 Emociones	31
A) ¿Qué son las emociones?.....	32
B) Elementos que constituyen una emoción.....	33
C) Características de las emociones	35
D) Tipos de emociones (clasificación)	38
E) Complejidad de las emociones	40
F) Emociones desde las Ciencias Sociales	41
2.2 Masculinidad.....	43

A) Sexo y género	46
B) Roles(proveedor)	47
C) Masculinidad y trabajo	48
D) Masculinidad y sexualidad	49
E) Masculinidad y salud	50
F) Masculinidad y familia	51
2.3 Vida cotidiana y Fenomenología	52
A) ¿Qué es la vida cotidiana?	52
B) Construcción de la vida cotidiana.....	53
C) Características de la vida cotidiana	55
D) Vida cotidiana desde la Fenomenología	57
E) La sociedad como realidad subjetiva	60
F) La interpretación de la acción humana.....	63
CAPÍTULO 3.- Metodología	65
3.1 Metodología cualitativa impartida.....	65
3.2 Justificación metodológica cualitativa.....	70
3.3 La técnica de la entrevista.....	72
A) Entrevista semiestructurada	75
3.4 Muestra	75
3.5 Trabajo de campo	76
3.6 Procesamiento de dato cualitativo (ATLAS/ti)	77
3.7 Consideraciones éticas de la investigación	80

CAPÍTULO 4.- Resultados.....	84
4.1 Caracterización de los varones entrevistados	84
4.2 Cambios y continuidades en los roles y su significado para los varones entrevistados.....	90
A) Proveedor.....	90
B) Alimentación.....	94
C) Prácticas de riesgo (alcohol, cigarro, trabajo pesado).....	97
D) Sexualidad.....	100
4.3 Esferas sociales que se ven afectadas tras la experiencia ante el diagnóstico, padecimiento y tratamiento en varones con cáncer de próstata...	103
A) Personal	104
B) Familia.....	106
C) Laboral.....	109
D) Cultural.....	111
E) Sociedad Civil.....	113
4.4 Las emociones y el malestar en varones diagnosticados con cáncer de próstata	115
A) La ira	116
B) Miedo	120
C) Tristeza	126
D) Vergüenza.....	131
CAPÍTULO 5.- Conclusiones	149
Referencias.....	149
Anexos	158

INTRODUCCIÓN

La presente tesis de licenciatura forma parte de un proyecto de investigación más amplio enmarcado en las Ciencias Sociales y titulado “Percepción de riesgo y proceso social salud/enfermedad/atención del cáncer de próstata en tres estados de la república mexicana con distintos niveles de marginación”¹, y en ella, se aborda de manera específica la relación entre las emociones con el “malestar psicológico” (MP) en varones diagnosticados con cáncer de próstata. Los estados mexicanos seleccionados para el estudio original fueron Nayarit (Tepic); Ciudad de México y Chiapas. En la Ciudad de México el equipo de investigadores trabajó en concordancia con dos hospitales de la ciudad públicos y en los que la variabilidad de estos dos hospitales de tercer nivel de atención se da en el perfil de pacientes que se atienden. Para fines de esta tesis de licenciatura se apoyó en el procesamiento de las entrevistas y su análisis de varones diagnosticados con cáncer de próstata en un hospital donde la mayor proporción de los pacientes que atiende son varones con casos de cáncer de próstata muy avanzado, en su mayoría con cobertura sanitaria gracias al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) que estaba en vigor cuando se levantó el trabajo de campo (de 2018 a 2019). Dicho programa tenía como objetivo, según Aracena et al. (2011) "apoyar el financiamiento de la atención de enfermedades de alto costo y que, en consecuencia, provocan gastos catastróficos". Entre ellos el cáncer de próstata, y el Hospital General de la Ciudad de México forma parte de los hospitales que recibían este tipo de pacientes inscritos al Programa.

Con la finalidad de entender, desde las distintas perspectivas de los pacientes diagnosticados con *Cáncer de Próstata*, la tesis se enfocó en analizar la parte de la guía de entrevista (ver Anexos) y las respuestas de los pacientes varones sobre comprender su experiencia en temas como: el malestar psicológico, su

¹“Percepción de riesgo y proceso social salud/enfermedad/atención del cáncer de próstata en tres estados de la república mexicana con distintos niveles de marginación” (No. 290085), Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social CONACyT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología), Convocatoria: 2017-1. Responsable Técnica ante CONACYT Dra. Marta Caballero García, Responsable Administrativo Lic. Sergio Zúñiga, Responsable Institucional Dr. Gustavo Urquiza.

relación con las emociones y cómo surgen a partir de diversas situaciones estresantes que enfrentan a raíz de la enfermedad que padecen, además de abordar temas de masculinidad como, sexualidad, trabajo, salud, familia y su función como proveedores, con la finalidad de permitirnos apreciar el impacto de la enfermedad en las distintas esferas sociales para cada uno de los pacientes entrevistados.

En general “malestar”, no es un término comúnmente empleado entre los psicólogos, por ello se recurrió a los fundamentos y teorías del “bienestar” desde la Psicología Comunitaria a partir de los cuáles se ligan las investigaciones sobre el *malestar psicológico*. Mediante una guía de entrevista semiestructurada, aplicada a 17 pacientes varones con diagnóstico de cáncer de próstata, se obtuvo información acerca de su sexualidad, el trabajo, su salud anterior a ese diagnóstico de cáncer, su familia y su función como proveedor-familiar. Bajo el previo *consentimiento informado* de los sujetos, se grabaron todas las entrevistas, las cuáles, posteriormente fueron transcritas, codificadas y preanalizadas mediante el apoyo del *Software Atlas ti versión 8*.

La presente tesis está dividida en cinco capítulos. En el primero se describen los antecedentes generales, sobre cáncer de próstata, así como, datos estadísticos y la situación actual del cáncer de próstata (CP) en México; Posteriormente se encuentra la información necesaria sobre bienestar y malestar, sus componentes, manifestaciones y las funciones y estrategias de afrontamiento. En el segundo capítulo, se expone el marco teórico conceptual para comprender las emociones; los elementos que constituyen una emoción, sus características y clasificación, así como la perspectiva del estudio de las emociones desde las Ciencias Sociales y las Ciencias Cognitivas. De igual manera en el segundo capítulo se abordan temas de masculinidad, vida cotidiana y fenomenología. Con respecto a la masculinidad, se ahonda sobre aspectos como las diferencias entre sexo y género, los roles, el trabajo, en la vida de los varones, su sexualidad, y temas generales sobre su salud y la familia. Dentro de la *vida cotidiana* se explica cuál es su construcción y características, y ya bajo la corriente teórica de la *fenomenología* se abordan temas como la sociedad como

una realidad subjetiva y la interpretación de la acción humana. En el tercer capítulo: se detalla la metodología usada para dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas, cumpliendo cada uno de los objetivos. En el capítulo cuatro se describen los resultados obtenidos mediante el discurso de los pacientes mostrando a detalle los testimonios y finalmente, en el último capítulo, se realiza a modo de conclusiones un análisis de los resultados obtenidos, con sus posteriores conclusiones.

Estudiar las emociones desde la Psicología, y las Ciencias Sociales y las Ciencias Cognitivas, es de suma relevancia: se interconectan distintas disciplinas y eso era atrayente para un estudiante de Psicología como yo, en formación y con muchas preguntas en mi cabeza. Generalmente, las emociones quedan fuera de las consideraciones hacia los pacientes en distintas fases del proceso de salud-enfermedad, sin embargo, pueden influir en la forma en cómo se afronta la noticia del diagnóstico, así como en la forma cómo viven y experimentan el tratamiento, los efectos secundarios del mismo y su convivencia e interacción social. Analizar las diferentes posturas y percepciones de los varones entrevistados permitió apreciar la salud y la enfermedad desde diversos puntos de vista.

Así preguntas que surgieron ante este tema de investigación giraron en torno ha:

¿Cuál es la relación entre las emociones y las manifestaciones del malestar psicológico en varones a partir de su experiencia ante el diagnóstico y padecimiento del cáncer de próstata en pacientes del Hospital General de la Ciudad de México?

¿Qué cambios y continuidades existen en los roles y sus significados de los varones, a partir de su experiencia ante el diagnóstico y padecimiento del cáncer de próstata en pacientes del Hospital General de la Ciudad de México?

¿Cómo y de qué manera se ven afectadas las esferas sociales desde la vida cotidiana en varones a partir de su experiencia ante el diagnóstico,

padecimiento y tratamiento del cáncer de próstata en pacientes del Hospital General de la Ciudad de México?

¿Cuáles son las principales emociones y qué características presentan los varones a partir de su experiencia ante el diagnóstico, padecimiento y tratamiento del cáncer de próstata en pacientes del Hospital General de la Ciudad de México?

¿De qué manera se relacionan las emociones que experimentan los varones con malestar psicológico a partir de su experiencia ante el diagnóstico, padecimiento y tratamiento del cáncer de próstata en pacientes del Hospital General de la Ciudad de México?

Y se aterrizó en un objetivo general de la tesis que fue:

Analizar las manifestaciones del malestar psicológico en varones a partir de su experiencia ante el diagnóstico y padecimiento del cáncer de próstata en pacientes del Hospital General de la Ciudad de México.

Y cuatro Objetivos específicos:

1.- Explorar e identificar los cambios y las continuidades en los roles y sus significados de los varones a partir de su experiencia ante el diagnóstico y padecimiento del cáncer de próstata en pacientes del Hospital General de la Ciudad de México.

2.- Identificar y especificar cuál es la esfera social desde la vida cotidiana que se ve afectada de mayor manera en los varones a partir de su experiencia ante el diagnóstico, padecimiento y tratamiento del cáncer de próstata en pacientes del Hospital General de la Ciudad de México.

3.- Identificar y caracterizar las emociones que se manifiestan en los varones a partir de su experiencia ante el diagnóstico, padecimiento y tratamiento del

cáncer de próstata en pacientes del Hospital General de la Ciudad de México.

4.- Analizar la relación entre las emociones y las manifestaciones del malestar psicológico en varones a partir de su experiencia ante el diagnóstico, padecimiento y tratamiento del cáncer de próstata en pacientes del Hospital General de la Ciudad de México

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES

El presente capítulo tiene como objetivo principal mostrar los antecedentes sobre el tema del cáncer de próstata (CP), su situación actual en México, así como las bases que fundamentan la relación entre las emociones con el *malestar psicológico* en los varones diagnosticados con CP. En este capítulo también se realiza una aproximación al concepto de *bienestar*, abordando sus principales características, componentes y de acuerdo con investigaciones previas, su tipología. Esto permitirá explorar las bases del “malestar psicológico”, así como, sus manifestaciones y la función del “afrontamiento” ante un suceso como es el que viven los varones diagnosticados con CP.

1.1 Cáncer de próstata

A) ¿Qué es el cáncer de próstata?

Según Mendoza (2013) la próstata es “una glándula que se encuentra solo en los hombres y es un órgano que forma parte del sistema reproductor masculino [...] su función es producir el líquido que enriquece el semen y nutre a los espermatozoides” Para la Organización Mundial de la salud (OMS) (2017) “el cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial; en 2015 se calcula que provocó 8.8 millones de defunciones”. De acuerdo a Bustamante, Marín y Cardona (2012) al hablar de “Cáncer” nos refreímos a más de 100 diferentes tipos, en términos de la enfermedad, teniendo como principal característica el crecimiento rápido y desordenado de las células anormales (citado por el INEGI, 2018). De acuerdo a Espinoza et al. (2020) la incidencia mundial estimada del cáncer de próstata es de 1.276,106 casos con una mortalidad de 4.06/100,000 habitantes (p.142).

Para tener una perspectiva objetiva del cáncer, la sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (2017) apuntan a tres estrategias principales consideradas para el manejo del cáncer de próstata localizado:

- La cirugía, sus complicaciones pueden ser:

- Incontinencia urinaria

- Disfunción eréctil / impotencia
- La radioterapia con / sin hormonoterapia, sus complicaciones pueden ser:
- Aumento de la frecuencia miccional y sensación de urgencia miccional
 - Dolor al orinar
 - Impotencia, en este caso más frecuente a medida que transcurre tiempo desde la RT
 - Problemas intestinales (diarrea, dolor y sangrado, los dos últimos secundarios a la inflamación producida en el recto denominada proctitis).

Al respecto la CEOM (2017) afirma que los efectos secundarios del tratamiento hormonal son la disminución del deseo sexual, impotencia, sofocos, crecimiento del tejido mamario que puede ser doloroso, debilidad muscular, pérdida de masa ósea con riesgo aumentado de fracturas y un mayor riesgo de desarrollar diabetes o enfermedad coronaria.

- La observación vigilada sin efectos secundarios.

De igual manera la CEOM (2017) asegura que para recurrir al uso de estos tratamientos, previamente se tienen que considerar factores como:

- La probabilidad de que el tumor esté limitado a la glándula prostática y por lo tanto sea potencialmente curable.
- El tamaño tumoral y el grado histológico (grado de agresividad del tumor).
- Edad del paciente y estado general, así como enfermedades asociadas.
- Potenciales efectos secundarios de las diferentes formas de tratamiento.

Y bajo estos criterios para considerar qué tratamiento es el adecuado para cada paciente se tiene que considerar:

- En cuál de los cuatro “*estadios*” se encuentran, que se mide mediante la

clasificación TNM que consta de tres niveles: enfermedad localizada, enfermedad localmente avanzada, enfermedad metastásica

- El “*nivel de PSA*” (Antígeno Prostático Específico) que permite generar un parámetro con respecto a los pacientes con PSA < 10 ng/ml tienen 70-80% de probabilidad de que la enfermedad esté localizada, si los niveles de PSA oscilan ente 10-50 ng/ml el 50% estarán localizados, su el PSA es > 50 ng/ml tan sólo un 25% estarán localizados.
- El “*volumen tumoral*” para esto se recurre a la realización de una biopsia prostática, esta implica una pequeña cantidad de tejido prostático para examinarla con un microscopio, la prueba permite evaluar el volumen tumoral y el grado de agresividad, mediante la escala de puntuación Gleason:
 - Gleason 2-4 -- tumores de bajo grado
 - Gleason 5-7 -- tumores de grado intermedio
 - Gleason 8-10 -- tumores indiferenciados

Y el grado de riesgo se rige por dos niveles

- Bajo riesgo: T1-T2a, Gleason <6 y PSA < 10 ng/ml. Más del 85% de los pacientes están libres de enfermedad a los 5 años del tratamiento con cirugía o radioterapia.
- Riesgo intermedio: T2b y/o Gleason=7 y/o PSA 10-20. El 50-70% estarán libres a los 5 años
- Alto riesgo: T2c o superior o Gleason 8-10 o PSA > 20. Tan solo el 33% permanecerán libres de enfermedad tras el tratamiento local.

De igual manera Muñoz *et al.* (2011) especifican que el *cáncer de próstata* es un tumor maligno que se presenta frecuentemente a partir de los 50 años. Conforme la edad avanza se acumulan ciertos factores de riesgo y los mecanismos de reparación celular pierden eficacia; por ese motivo mientras

más avanzada sea la edad del varón, existen mayores probabilidades de padecer dicho cáncer. El CP es asintomático o con sintomatología no específica, motivo por el cual, en países en donde no existen programas de salud hacia su detección temprana, la mayoría de los cánceres son detectados en etapas avanzadas.

De acuerdo con Muñoz *et al.* (2011) en el contexto latinoamericano, uno de cada seis varones presentan CP en comparación con las estadísticas del cáncer de mama (1 de cada 9), pero pese a las facilidades tecnológicas que existen en la actualidad, hay un desinterés latente por parte de los varones a realizarse los estudios correspondientes, como el tacto rectal, la prueba del antígeno prostático específico, y de diagnóstico como ecografía, recolección de muestra de tejido de la próstata, fusión de resonancia electromagnética.

B) Situación actual del cáncer de próstata en México

En el contexto mexicano, autores como Aldaco *et al.* (2012) aseguran que el 15% de todos los cánceres en hombres corresponden a: primero cáncer de próstata, seguidos de otros cánceres como el de pulmón 12%, estómago 8.1%, hígado y biliares 7%, colorectal 5.8%, leucemias 5.7% y páncreas 4.5%” (p. 374). La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) estima que en México, para el año 2015 por cada 100,000 habitantes, el CP es la causa de muerte de 13 varones en comparación al cáncer de mamá que causó la muerte de 11 mujeres. Por otra parte, Meneses (citado por la Secretaría de Salud, 2017) asegura que el 30 % de los tipos de cáncer que existen y padecen los mexicanos, se debe al estilo de vida y a ciertos hábitos como el tabaquismo, el alcohol, el sedentarismo, el consumo de alimentos calóricos, las bebidas azucaradas y a la falta de ejercicio. Además, el cáncer en el contexto mexicano representa la tercera causa de muerte, falleciendo 14 de cada 100 mexicanos por algún tipo de cáncer, con un rango aproximado de 63 años como expectativa de vida de quienes lo padecen.

Según Valera (citado por la Secretaría de Salud, 2019) el CP es la primera causa de muerte en varones mayores a 65 años, dentro del contexto mexicano. El 70 % de los casos se detectan en etapas avanzadas, debido a que en sus etapas iniciales no presenta síntomas específicos (es asintomático), razón por la cual según la Secretaría de Salud (2019) se debe realizar la prueba del “antígeno prostático” a los hombres mayores a 40 años, ya que a partir de los 50 años de edad aumenta más del 60% la posibilidad de desarrollar este tipo de cáncer. El ISP-UV, 1995, citado por Keijzer, 1997, afirma que las cuestiones de salud en términos de masculinidades tienen gran relevancia siendo significativo el aumento de las muertes por CP que en el estado de Veracruz, ya es el principal cáncer mortal en hombres después de los 65 años. Cabe destacar que en México los casos de CP se diagnostican en varones mayores de 65 años.

1.2 Bienestar / Malestar

A) ¿Qué es el bienestar?

Para responder a la pregunta ¿Qué es el bienestar? resulta elemental abordar las propuestas de autores como Meneses, Ruiz y Sepúlveda (2016) quienes afirman que este término es utilizado por varias disciplinas sin que haya una definición consensuada sobre este fenómeno. Esto es así porque se encuentran generalidades en los elementos tales como la motivación, las emociones y la personalidad en Psicología, que tienen una fuerte relación con el bienestar, independientemente de su tipo. El bienestar puede ser hedónico, el cual se entiende como un *bienestar subjetivo* relacionado con el aumento del placer o eudaimónico relacionado con el desarrollo del potencial humano. Autores como Ryff, (2013) afirman que el término de bienestar es un concepto que se ha estudiado desde la Antigüedad, ya que sus pilares datan de la época de los griegos con Aristóteles. Esta autora propone que el bienestar, desde una perspectiva aristotélica, no es placer ni un estado pasivo, es una actividad que surge como consecuencia de la búsqueda activa de la virtud²¹.

²¹ Revisar: la virtud aristotélica como camino de excelencia humana y las acciones para alcanzarla, Garcés 2015.

La aplicación de la virtud dependerá del potencial individual conocida como la “auto-realización” y de necesidades básicas como tener salud y comida (citado por Meneses, Ruiz y Sepúlveda 2016). Según la definición propuesta por el Hasting Center (2004) “*salud*” es cuando la persona tiene una experiencia de bienestar e integridad tanto corporal como mental, también se puede entender como “ausencia de males de consideración y, por lo tanto por la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales” (p. 35). Por su parte, en 1947, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define “salud” como un estado de “completo bienestar físico mental y social” (Citado por Hasting Center 2004 p. 35). En oposición a dicha definición, y desde la perspectiva de las Ciencias Sociales, autores como JG Figueroa (2015) afirma que es imposible asegurar el estado de equilibrio y de bienestar al que alude la OMS, debido a que existen enfermedades y/o malestares que se muestran y actúan independientes de instancias externas del individuo. Afirma además este autor que la ausencia de enfermedad, más bien se encuentra relacionada en su mayoría, a las prácticas de cuidado que tengan y a la etapa de la vida que en la actualidad están cursando.

En este sentido, el trabajo de investigación de Ryff a lo largo de su trayectoria académica se enfoca en aportar información sobre el *bienestar en el adulto mayor*. Uno de sus principales aportes, se ha dado a partir de las investigaciones de tipo experimental que ha venido realizando. Con base en dichas investigaciones, Ryff, 2014 (citado por Meneses, Ruiz y Sepúlveda 2016) propone cinco dimensiones principales para estudiar y abordar el bienestar: el “desarrollo y envejecimiento, correlatos de la personalidad, experiencias familiares, trabajo, y otros compromisos de la vida, salud e investigación biológica, estudios clínicos y de intervención” (p. 31-35). Dichas dimensiones resultan elementales para la comprensión y el análisis por lo cual consideramos relevante abordarlos a detalle a continuación.

Ryff, (2014) afirma que el “desarrollo y envejecimiento” está centrado en cómo el bienestar cambia a través de la vida adulta y la vejez. El envejecimiento se

acompaña de un descenso en los niveles de propósito en la vida y de crecimiento personal; sin embargo, los estudios sugieren que la vida adulta se relaciona con un mayor bienestar. Aquellos, que se sienten más jóvenes de lo que son (lo que no es lo mismo que desear ser más joven) reportan mayor bienestar. Existen cambios en el bienestar, que se encuentran relacionados a la forma en que las personas hacen frente a los acontecimientos de la vida adulta, además mostraron mejorías relacionadas con diversos procesos psicológicos como las comparaciones sociales, la flexibilidad en la auto-percepción y las estrategias de afrontamiento (citado por Meneses, Ruiz y Sepúlveda 31,322016).

Ryff, (2014) asegura que los “correlatos de personalidad” buscan la correlación entre personalidad y bienestar, encontrando que los rasgos de personalidad, predicen los niveles de bienestar, con variables como el optimismo, las estrategias de manejo de la vida, las actividades intencionales, la empatía, la inteligencia emocional, la independencia y la interdependencia y que dichas variables individuales permiten percibir las diferencias en el bienestar entre distintas personas. A su vez “las experiencias familiares” es en donde esta autor encontró que el bienestar está vinculado con las experiencias en la vida familiar, pues la vida familiar muestra extensas conexiones, desde distintos tipos de fuentes, con diversos aspectos del bienestar, ya que aparentemente una mayor participación familiar parece promover el bienestar(citado por Meneses, Ruiz y Sepúlveda 31,322016).

En cuanto a la dimensión de “trabajo y otros compromisos de vida”, Ryff (2014) propone que el conflicto entre estos dos conceptos repercute directamente de manera negativa en el bienestar, mientras que la correcta relación entre ellos predice un mejor bienestar. En específico, el trabajo se ve influenciado por la búsqueda de carrera con resultados que dependen de los tipos de trabajo que se persiguen. A su vez la “salud e investigación biológica” que propone Ryff (2014) asegura que el bienestar se encuentra comprometido en personas con diversas enfermedades y discapacidades físicas, aunque de igual manera se ha documentado un aumento de bienestar en algunas personas pese a dichas

condiciones, afirmando que la eudaimonía [considerada un tipo de felicidad] está directamente relacionada a la salud y la regulación biológica, así como procesos cerebrales (citado por Meneses, Ruiz y Sepúlveda 33-35 2016).

Por último, Ryff (2014) asegura que los “estudios clínicos y de intervención” comprueban que el bienestar psicológico, el social y el emocional conforman dimensiones unipolares que se encuentran separadas de los episodios depresivos, de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y la dependencia del alcohol. Si se abarcan las poblaciones anteriormente mencionadas solo representan un 16,6 % que presentan una salud mental completa, presencia de lo positivo, ausencia de lo negativo. Se ha estudiado, que el bienestar se encuentra acompañado por la reducción de los síntomas de trastornos mentales específicos. El campo de investigación se ha enfocado en la intervención, donde las mejoras en el bienestar buscan innovar en tratamientos y la prevención de recaídas (citado por Meneses, Ruiz y Sepúlveda 35 2016).

Como se puede apreciar la idea del “bienestar” se encuentra relacionada directamente con la salud y la felicidad, términos subjetivos, los cuáles pueden variar tanto en grado de intensidad como en la temporalidad en la que se experimenten, entre una persona y otra. Ahondando esta idea JG Figueroa (2015) afirma que el bienestar y el equilibrio de éste, pueden ser interpretados de diversas maneras según el individuo que los experimente, ya que en distintos casos poniendo como ejemplo a los varones, aparentemente no buscan el “estar sanos”, desde la connotación de una obligación, solo desde el derecho de salud. Para comprender el bienestar se tiene que abordar su constitución por lo que en el siguiente apartado se explicarán sus componentes del mismo.

B) Componentes del bienestar

Ryff (1989b) (citado por Meneses, Ruiz y Sepúlveda 2016) propone seis dimensiones o como ella lo denominó “contornos del bienestar”, comunes en la revisión de diversas teorías. Dichos contornos son la auto-aceptación, las Relaciones positivas con los demás, la autonomía, el dominio del entorno, el propósito en la vida, y el crecimiento personal. Si bien la teoría está constituida

por aportes de diversos autores, el aporte de Ryff se encuentra en la aplicación en conjunto de esos aportes para crear un instrumento que se pueda aplicar en el ámbito empírico en la (ver Tabla 1) se muestran las dimensiones de evaluación y una escala que permite posicionar al sujeto en el nivel de bienestar, según la dimensión (p. 27,28). Cabe destacar que esta tabla, sigue siendo utilizada en la actualidad en temas de bienestar.

TABLA 1: Componentes del bienestar según Ryff

Dimensión del bienestar	Puntuación alta	Puntuación baja
Auto-aceptación	Posee una actitud positiva hacia sí mismo; conoce y acepta diferentes aspectos de sí mismo, incluyendo cualidades buenas y malas; se siente positivo sobre el pasado	Se siente insatisfecho consigo mismo; se siente decepcionado con lo que ha ocurrido en el pasado; está perturbado por ciertas cualidades personales; desea ser distinto a como es.
Relaciones positivas	Tiene relaciones cálidas, satisfactorias y de confianza con otros; se preocupa por el bienestar de los otros; es capaz de tener fuerte empatía, afecto e intimidad; entiende el dar y recibir de las relaciones Humanas.	Tiene pocas relaciones cercanas y de confianza con otros; se le dificulta ser cálido, abierto y preocuparse por otros; está aislado y frustrado en las relaciones interpersonales; no está dispuesto a comprometerse para mantener los lazos importantes con otros.
Autonomía	Es auto-determinado e independiente; es capaz de resistir las presiones sociales para pensar o actuar de ciertas maneras; regula su conducta desde el interior; se evalúa a sí mismo desde criterios personales.	Está preocupado por las expectativas y evaluaciones de los otros; confía en los juicios de otros para tomar decisiones importantes; se ajusta a las presiones sociales para pensar y actuar de ciertas Maneras.
Dominio del entorno	Tiene sentido de control y competencia en el manejo del entorno; controla una compleja gama de actividades externas; hace uso efectivo de las oportunidades que lo rodean; es capaz de elegir o crear contextos adecuados a sus Necesidades y valores personales.	Tiene dificultad para manejar los acontecimientos cotidianos; se siente incapaz de cambiar o mejorar el contexto que lo rodea; está desprevenido ante las oportunidades que se le presentan; no tiene un sentido de control sobre el mundo externo.
Propósito en la vida	Tiene metas en la vida y un sentido de direccionalidad; siente que hay un sentido en la vida pasada y presente; Posee creencias que le dan un propósito a la vida; tienen objetivos para vivir.	Le falta un sentido de significado en la vida; tiene pocos objetivos y metas; no tiene un sentido de dirección; no ve un propósito en la vida pasada; no tiene perspectiva o creencias que le den significado a la vida
Crecimiento personal	Tiene un sentimiento de desarrollo continuo; se ve a sí mismo en crecimiento y expansión; está abierto a nuevas experiencias; tiene un sentimiento de estar realizando su potencial; ve un mejora-miento en sí mismo y su comportamiento a través del tiempo; está cambiando en formas que reflejan un mayor autoconocimiento y efectividad	Tiene un sentimiento de estancamiento personal; no siente un mejoramiento o expansión a través del tiempo; se siente aburrido y desinteresado en la vida; se siente incapaz de desarrollar nuevas actitudes o comportamientos.

(Elaborado por Meneses, Ruiz y Sepúlveda p. 27,28 2016, a partir de Ryff, 1989b)

C) Tipos de bienestar

Para la presente tesis resulta relevante abordar los tipos de bienestar, enfocados en la propuesta de autores como Blanco y Díaz 2005 (citado por Flores 2013) quienes proponen dos grandes categorías de bienestar: la hedónica y la eudaimónica. La primera se enfoca en el bienestar subjetivo, mientras que la segunda se centra en el estudio del bienestar psicológico. Por su parte Zubieta *et al.* 2011 (citado por Flores 2013) afirma que el “bienestar psicológico” se enfoca en el desarrollo personal, en el estilo y manera de afrontar los retos vitales. A su vez Cuadra y Lorenza 2003 (citado por Flores 2013) aseguran que el “bienestar subjetivo” se caracteriza como el contraste entre los logros de una persona y sus expectativas, en específico a lo que las personas piensan y sienten de su propia vida así como las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos logran al evaluar su existencia.

Resulta elemental para la presente investigación, abordar el “bienestar” como parámetro para tener un acercamiento realista al “Malestar psicológico”, debido a que este último no ha sido abordado de la misma manera y con el mismo interés que el primero, a pesar de que es un fenómeno propio del ser humano y que se ha visto presente a lo largo de la historia, teniendo mayor auge en las últimas décadas. Por ello el siguiente apartado tiene como objetivo indagar sobre aspectos como ¿Qué es el malestar psicológico? ¿Cómo se manifiesta? Así como un análisis de las funciones y estrategias del “afrontamiento” con la finalidad de entender determinados fenómenos, en contextos como el hospitalario, en específico, en los pacientes con CP.

D) ¿Qué es el malestar psicológico o malestar emocional?

El Hasting Center 2004 define el “malestar” dentro del área de la salud, como una “sensación subjetiva por parte de una persona en la que su bienestar físico o mental se halla ausente o mermado, de modo que no puede desenvolverse con normalidad en la vida diaria” (p. 36). Para Fraile y Verdú (2012) en ocasiones las causas que generan malestar emocional son las que se

encuentran relacionadas con problemas derivados de las enfermedades orgánicas, el dolor físico, la discapacidad, o la perspectiva de la muerte, estas también son causa de sufrimiento emocional. Al experimentar reacciones emocionales intensas o constantes, al ser desagradable para quien las experimenta, se genera malestar y se manifiesta frecuentemente como un malestar corporal. Si las situaciones que generaron la problemática se resuelven o mejoran, el malestar tendrá un efecto similar e incluso podría desaparecer, según sea el caso.

El malestar psicológico (MP) es un concepto que se encuentra en constante construcción. A partir de la Segunda Guerra Mundial hubo un auge en el estudio de los trastornos psicológicos, motivo por el que se desarrollaron diversos estudios enfocados a las psicopatologías. En la actualidad “el malestar psicológico se propone como una entidad clínica que hace referencia a un conjunto de reacciones psíquicas, manifestaciones emocionales y conductuales que se caracterizan por su curso breve, rápida evolución y buen pronóstico” (Hernández et al 2006). Partiendo de esta idea, el MP busca cubrir la necesidad de conceptualizar y encuadrar las reacciones y manifestaciones antes mencionadas derivadas de psicopatologías, lo cual nos orienta a percibir de otra manera las psicopatologías en los pacientes.

Diversos autores han abordado el tema buscando conceptualizar y definir dicho malestar. Una de las definiciones más sólidas actualmente es la que proponen autores como Hernández *et al.* (2006) quienes afirman que “el malestar psicológico es un estado reactivo que se enmarca dentro de las directrices caracterológicas del marco de la salud mental”. Esto quiere decir que se presenta cuando existe una alteración en la conducta o comportamiento del sujeto que previamente se encontraba dentro de las bases o parámetros de la salud mental. Por otra parte, organizaciones como la *National Comprehensive Cancer Network–NCCN--* (2011) se han dado a la tarea de proponer un concepto, con la finalidad de que los pacientes con cáncer y sus familiares no sean estigmatizados, ni se les adjudiquen cuestiones psicopatológicas.

Tras la idea de la despatologización, surge la propuesta de la organización *National Comprehensive Cancer Network* (2011) quien definen el concepto de “malestar emocional” como “una experiencia emocional multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional) social y espiritual que puede interferir en la capacidad de afrontar adecuadamente la enfermedad, sus síntomas y sus tratamientos” (National Comprehensive Cancer Network, p. 10 2011, citado por SCBCP, 2014). Dicha definición concuerda con la propuesta hecha por Hernández *et al* (2006) la cual afirma que el “el malestar emocional consiste en una alteración secundaria a un evento estresor, pero que tiene características adaptativas y funcionales”.

En las últimas dos décadas se han desarrollado varios estudios sobre el tema. En 2012, Pradera *et al.* Señalan que los pacientes con cáncer, independientemente de los efectos secundarios del tratamiento, pueden presentar elevados síntomas de malestar emocional con una disminución de la calidad de vida. A su vez Hernández *et al.* (2006) explica que el paciente al estar hospitalizado, vive una crisis, misma que va a enfrentar de acuerdo a su carácter. Dicha hospitalización va de la mano con la enfermedad y puede desencadenar una confrontación, así como alteraciones emocionales, ya que a pesar de ser pacientes mentalmente sanos, la situación hospitalaria puede generar dicha desestabilización. Además, la intervención de pacientes hospitalizados por motivos de consulta derivados de la atención médica (aparentemente ajenos a la salud mental) exige la búsqueda de un marco de comprensión distinto al de las aplicaciones propias de la psicología institucional.

Con base en los aportes anteriormente mencionados, destaca la idea que ciertos pacientes no cubren los parámetros de evaluación y diagnóstico para ser considerados como un trastorno mental o una psicopatología. Bajo la perspectiva de un evento específico, es entendible presentar ciertas alteraciones psicológicas, en el caso del presente estudio la enfermedad que se les ha diagnosticado CP y los efectos que ésta ejerce en su vida cotidiana.

Dicho esto, la idea general es utilizar el concepto de “malestar psicológico” en toda aquella población que dadas las circunstancias y el contexto en el que se encuentren, presenta ciertas características de los parámetros psicopatológicos, buscando que se flexibilice y no se generalice el padecimiento de un trastorno mental o una psicopatología

Partiendo de la construcción del concepto se puede considerar el malestar psicológico como un evento egodistónico [Falta de sintonía con el yo]. Para comprender esto, Hernández *et al.* (2006) plantea que tras la detección de una situación que le genere estrés el paciente presentará cambios tanto emocionales como comportamentales. Ante dicha situación el paciente expresará incomodidad y deseo de cambio, ya que le será molesto, al experimentar un proceso de aceptación, se ve alterada directamente la funcionalidad en su dinámica cotidiana. [En distintas esferas sociales]. Los pacientes presentan un deseo de tener un cambio buscando recuperar o estabilizar la condición con la que contaban, y con ella su funcionalidad y emotividad.

Como lo hemos mencionado el “malestar psicológico” es un evento egodistónico, sin embargo de acuerdo con Hernández *et al.* (2006) también puede apreciarse como un evento simbólico y entenderse desde una perspectiva simbólica. Al presentarse un evento o situación estresante, puede existir una descompensación y un ajuste de las representaciones simbólicas internas del sujeto, al igual que los afectos ligados a la conciencia. Cuando se suscita un evento significativo se tiene que llevar a cabo una reestructuración de las representaciones e introyecciones, para poder ser asimilado. Una que esto ocurre, pasa a incorporarse al “self³”, y aquí es donde se le otorga un significado, para poder así instaurarse como un suceso simbolizado y simbolizante. De esta manera la angustia disminuye pues se libera la carga emocional que la generaba, una vez concretado este proceso, el evento puede

³ La singularidad que el significado del término “self” tiene en el pensamiento de Mead permite justificar el uso habitual de la expresión inglesa (self, selves, en plural) en lugar de traducirla por un equivalente castellano que, como puede ser el caso de <<sí mismo>>, pudiera ofrecer una senda demasiado ambigua y convencional para despertar el necesario proceso de acercamiento hermenéutico que ese concepto requiere. Consultar, Génesis del self y control social de Mead

catalogarse como experiencia y no requiere olvido.

E) Manifestaciones del malestar psicológico

De acuerdo con Hernández et al. (2006) las manifestaciones del malestar psicológico se han denominado como “patología subumbral” y se han descrito como manifestaciones de relevancia clínica que no cumplen con los criterios para integrar un trastorno mental. A pesar de esto, se siguen denominando como una “patología”. Según el autor no es necesario considerar a las manifestaciones del malestar psicológico como entidades psicopatológicas; ejemplo de esto es el Manual ⁴Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión IV (DSM-IV) que consideraba trastornos adaptativos a la mayoría de estas reacciones. Según Fraile y Verdú (2012) al enfocar nuestra atención en la comprensión de las circunstancias relacionadas con el sufrimiento, identificando los sentimientos y los problemas recientes que pudieran estar relacionados con el malestar del paciente, requerirá su participación activa del paciente en la búsqueda de soluciones a sus problemas.

Las manifestaciones según Hernández *et al.* (2006) se pueden considerar una alteración emocional ya que se entienden en la tonalidad afectiva del paciente, pues los malestares susceptibles a representarse en distintos niveles y formas, teniendo dos tendencias: el estado de ánimo deprimido, así como hacia el polo de la manía el estado de ánimo ansioso:

- Dentro del estado de ánimo de tipo depresivo, se encuentran manifestaciones como: Llanto fácil, pérdida de interés, alteraciones en el patrón de sueño e irritabilidad.
- Dentro de la categoría de tipo ansioso se encuentran manifestaciones como: sensación de opresión torácica, sensaciones claustro o agorafóbicas palmar, inquietud, desesperación, miedo, pérdida del control, inconformidad, irritabilidad y agitación, entre otros.

Se han realizado estudios en el tema como el de Pradera *et al.* (2012) Quiénes afirman que el “malestar emocional” se manifiesta mediante síntomas psicológicos como humor disfórico, sentimiento de inutilidad, indefensión, culpabilidad, pérdida de la autoestima, anhedonia o desesperanza, esto desde la perspectiva de dos variables: calidad de vida y dolor desde el momento del diagnóstico y a lo largo del proceso; a su vez señala que se puede incluir el síndrome de desmoralización. Este síndrome se caracteriza por:

- 1) Síntomas afectivos de angustia existencial que incluyen desesperanza.
- 2) Actitudes cognitivas de pesimismo, indefensión, sensación de estar atrapado, fracaso personal o ausencia de un futuro que merezca la pena.
- 3) Ausencia conativa del impulso o motivación para actuar de un modo diferente.
- 4) Características asociadas de alienación social o aislamiento y ausencia de apoyo.
- 5) Fluctuaciones en la intensidad emocional durante más de dos semanas.
- 6) Ausencia de depresión mayor o de otro trastorno psiquiátrico como condición principal. (p. 209-304).

F) Afrontamiento (funciones y estrategias)

El malestar psicológico también conocido como malestar emocional está vinculado de manera directa a los mecanismos de afrontamiento y el proceso de adaptación a la enfermedad, en este caso, el cáncer de próstata, ya que “la interrelación entre malestar emocional, recursos personales y psicosociales, y procesos de adaptación da lugar a manifestaciones de Malestar emocional con intensidades y características distintas” (SCBCP, 2014, p. 15).El afrontamiento se puede entender como la respuesta ante situaciones estresantes, dicha respuesta se cataloga como “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas

que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, p. 164 1986,citado por Estévez,2005).

Para ahondar la idea anterior se pueden apreciar dichas respuestas como los mecanismos de afrontamiento, los cuáles moderan las respuestas emocionales manipulando la situación para controlar los problemas provenientes de las circunstancias estresantes. Autores como Costa, Somerfield y McCrae, (1996) afirman que el afrontamiento es la respuesta adaptativa al estrés. Sin embargo, sostienen que debe existir una distinción entre adaptación y afrontamiento, ya que el primero es un concepto general que cubre la totalidad de la conducta, mientras que el afrontamiento es una categoría parcial de la propia adaptación provocada por un estímulo amenazante (citado por Fierro, p. 101997).

El estrés es el factor elemental que da origen al proceso de afrontamiento por lo que cabe destacar que dentro del estrés existen variantes que se desencadenan a partir de los sucesos y experiencias. Fierro (1997) propone como crisis de la vida a los acontecimientos, tanto de ciclo vital como los estrictamente biográficos, que dada su naturaleza generan una situación permanente, irreversible o apenas reversible: modificando de manera radical el entorno de una persona, así como su experiencia de vida; misma que genera o pueden desencadenar en “crisis de transición y a veces de crecimiento. Crisis de ese género, es decir, duraderos estresores vitales,sonopuedenserlapubertad,lamuertedelospadresyotrosseres íntimos queridos, la pérdida del trabajo o de la pareja, un accidente o enfermedad grave invalidante” (p. 8,9).

Según Lazarus y Folkman (citado por Estévez, 2005) el estrés se genera cuando una persona realiza una valoración de algún suceso como algo que supera los recursos propios con los que cuenta, amenazando su bienestar personal. Esto se logra gracias a la evaluación cognitiva realizada y al elemento emocional que se genera ante esta situación. Fierro (1997) define el estrés como el efecto de las interrelaciones que se generan entre una persona y el contexto que se encuentre inmerso. Esto quiere decir que el estrés constantemente pone a prueba la capacidad del individuo para afrontar ciertas

actividades, sean nuevas o cotidianas. Siempre y cuando el estrés demande acción, Ya que si un acontecimiento no requiere acción, ahí no se presenta estrés (p. 8,9).

Para la Organización Mundial de la Salud (2004) “el estrés es el resultado del desequilibrio entre las exigencias y presiones a las que se enfrenta el individuo, por un lado, y sus conocimientos y capacidades, por otro.” Esto quiere decir que ninguna persona [considerada sana dentro de los parámetros de salud] se encuentra exenta a experimentar estrés. Como menciona Fierro (1997) el afrontamiento involucra siempre un principio cognitivo de realidad, de racionalidad práctica. Autores como Naranjo (2009) hablan sobre la importancia y la necesidad de aprender a prevenir y controlar el estrés, afirma que de no ser así las personas se encuentran vulnerables y arriesgan su salud y tranquilidad.

Funciones del afrontamiento

Lazarus y Folkman 1984 (citado por Fierro 1997) proponen que existen dos tipos de funciones del afrontamiento: las primeras van dirigidas al problema y se enfocan en un objetivo principal como una demanda o una tarea en específico, buscando solucionarlas mediante la ejecución de una acción requerida o disminuyendo su efecto. Las segundas, se centran en la emoción del sujeto cuando se enfrenta a una situación estresante, estas buscan modificar la manera de vivir la situación, aun cuando el sujeto no pueda hacer nada para cambiar la situación. Cabe destacar que existe algo llamado “La nueva consideración cognitiva y valorativa”. Fierro (1997) propone que ésta es instrumental para ambas funciones del afrontamiento tanto para la dirigida al problema como para la dirigida a la emoción.

Estrategias de afrontamiento

Librán (2002) afirma que las estrategias de afrontamiento se pueden clasificar en tres tipos: Afrontamiento focalizado al problema, afrontamiento focalizado a las emociones y afrontamiento de evitación. En este último, la persona evita la situación estresante, no pensando en ella o buscando distracción en otras actividades o conductas (p.545). A su vez Fierro (1997) asegura que independientemente del tipo de afrontamiento que predomine y de cuando se

presenta el evento estresor, existen muchos modos de afrontar y no todos ellos son deliberados, ni siquiera voluntarios surgen en el momento. Por ello antes de entender que es una estrategia de afrontamiento se tiene que diferenciar entre los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento.

Los estilos de afrontamiento se basan en las predisposiciones personales con las que cuenta el sujeto y a su vez con las que enfrenta las situaciones que se le presentan y generan estrés. Gracias a esto, las preferencias van a determinar el uso de las estrategias de afrontamiento, al igual que la estabilidad temporal y situacional. Por otro lado, Fernández Abascal 1997 (citado por Castaño y Del Barco 2010) asegura que las estrategias de afrontamiento se entienden como los procesos concretos que el sujeto aplica dependiendo el contexto en el que se encuentre, dichos procesos pueden ser cambiantes de manera radical según sea la situación que se presente. En estudios recientes Castaño y Del Barco (2010) encontraron que los participantes “tendieron a utilizar perfiles de estrategias de afrontamiento diferentes según la situación de evaluación, y también según su estilo de interacción” (p. 254, 255), entendiéndose por estilo de interacción a los estilos de afrontamiento.

Para autores como Sandín, Chorot, Santed y Jiménez 1995 (citado por Castaño y Del Barco, 2010) proponen que los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones, mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación (p. 246). Por su parte, Barbera (2005) considera que ambos conceptos son complementarios, los estilos de afrontamiento son formas estables o consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento son acciones y comportamientos más específicos de la situación pero ambos están vinculados y dependen uno del otro para que se puedan presentar.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

En este segundo capítulo abordo aspectos teórico-conceptuales, revisando los antecedentes teóricos, de conceptos y fenómenos sociales, desde la Psicología y las Ciencias Sociales. En un primer momento se realizará el acercamiento a las emociones y su importancia para el análisis de la presente investigación, partiendo de las Ciencias Sociales y la perspectiva de la Cognición Social. Seguido por la revisión de los conceptos y funciones sobre masculinidad, finalizando de esta manera el presente capítulo con una aproximación a la “teoría de vida cotidiana” y Fenomenológica como un abordaje para estudiar los fenómenos psicosociales.

Emociones

Este apartado se enfoca directamente en la teoría de las emociones desde diversos autores, buscando encontrarla relación entre “emoción” y “malestar psicológico”, arribando al análisis de las emociones desde las Ciencias Cognitivas, y teniendo como objetivo responder a preguntas como: ¿Qué son las emociones? ¿Cuáles son los elementos que constituyen una emoción? ¿Cuáles son las características principales de las emociones? ¿Cuáles son los tipos de emociones? Mostrando la complejidad de las emociones, ligando en todo momento la investigación a la perspectiva de las ciencias cognitivas.

En estudios como los de Pradera *et al.* (2012) los autores encuentran que “aproximadamente el 40% de los pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón experimentan malestar emocional” (p. 303). Según Figueroa (2007) se ha encontrado en distintos contextos que los varones experimentan una mayor dificultad para asumir derrotas, reconocer el dolor, reconocer la tristeza, reconocer la soledad, y recalcan que en los varones existe una incapacidad para solicitar ayuda, les muestra vulnerables, en términos culturales pedir ayuda denota cierta debilidad y fragilidad. Por otra parte, un factor elemental y predominante dentro de los tipos de “masculinidades” según Farrell (2016) es el mantener las emociones bajo control, a pesar de que esto implique la represión de las emociones durante determinado tiempo, pues ante situaciones críticas

resulta elemental el existente apego hacia este rasgo.

A) ¿Qué son las emociones?

Distintos autores hablan sobre la importancia del estudio de las emociones en el análisis psicológico, social y cultural de los individuos, entre ellos Tania Rodríguez (2008) quién analiza las emociones desde el enfoque cognoscitivo, abriendo una ventana que permite analizar a las emociones en los varones para esta tesis. Desde dicho enfoque, uno de los pilares centrales para el estudio de las emociones es la cultura, dependiendo de las relaciones sociales y el contexto, las personas son culturizadas de distintas maneras. En este sentido Hong (2004) --citado por Rodríguez 2008-- propone que desde la *psicología cultural*, los psicólogos ven a los individuos como agentes activos y éstos tienen como característica la aprehensión de los significados y de los valores de los ideales culturales; dicha aprehensión no implica que sean copiados, más bien son procesados mediante la interpretación del individuo, gracias a las interacciones sociales (citado por Rodríguez2008).

Desde la perspectiva de Habsburgo (1996) se pueden entender las emociones como estados mentales, aunque aclara que no todos los estados mentales se pueden considerar como emociones. Las emociones presentan distintas manifestaciones, desde cambios fisiológicos y sensaciones, hasta aquéllas que se reflejan a nivel cognoscitivo, actitudes evaluativas o deseos. Dicho esto, no es viable delimitar el estudio de las emociones en las reacciones fisiológicas y en las sensaciones ya que no son suficientes para determinar qué emoción se está experimentando en específico, en ocasiones las personas son conscientes de experimentar una emoción, sin embargo, no logran reconocer cuál es (p.17).

Según los aportes de Keijzer (2000) las emociones experimentadas no deben ser vistas como simples respuestas mecánicas o fisiológicas como reacción a los estímulos del entorno, esto implica todo un proceso en conjunto de interacciones, como las valoraciones consciente e inconsciente de un suceso, el juicio de qué o a quién se le está adjudicando la responsabilidad y de cuáles son sus expectativas ante dicha situación. Trabajar con estas emociones puede

mejorar el desarrollo de lo que se concibe recientemente como “inteligencia emocional” a diferencia de la supuestamente típica inteligencia racional masculina (p. 204).

Una de las definiciones más completas en cuanto a emociones es la que nos propone Hernández (2016) quien afirma que las emociones constan de un componente biológico y, a su vez, también cuentan con toda una serie de factores psicológicos, sociales y ambientales. Los últimos intervienen en el producto final de la respuesta emocional que nos lleva a adoptar una determinada perspectiva o respuesta conductual y que pueden ser controladas o reguladas a través del proceso de regulación de emociones. Dicho proceso se torna complicado en gran parte de los varones; según Figueroa (2015) afirma que se problematizan menos las categorías desde las cuáles se interpretan los “silencios” en la experiencia de los hombres, entre estas, la complicidad, el miedo, la prudencia o falta de lenguaje.

B) Elementos que constituyen una emoción

Hansberg (1996) propone que en ocasiones *las sensaciones* se encuentran relacionadas a deseos o creencias adquiriendo un carácter fenomenológico en el que el individuo le atribuye un valor o significado. Esto quiere decir que las emociones no son siempre originadas por sensaciones, ya que otros medios son, por ejemplo, motivos o razones de acciones intencionales. Dicho, esto cabe hacer la diferenciación entre *las emociones* y *estados de ánimo*, ya que desde una perspectiva filosófica, los estados de ánimo se caracterizan por no tener un objeto, en caso de tenerlo este suele ser difuso o poco visible, mientras que para las emociones su característica principal es que siempre se encuentran dirigidas a un objeto, en ocasiones estos objetos suelen ser variados y se dividen en tres categorías: proposicionales, no proposicionales o específicos, situacionales o actividades

Keijzer (2000) señala que la construcción de la subjetividad masculina tiene que

ver en la forma en cómo manejamos nuestras emociones, especialmente las que reprimimos como el miedo y la tristeza (p. 199). Por otra parte, se encuentra la idea de que “incluso los mismos rasgos masculinos afectan sus vidas causando enfermedades” (Keijzer, 2000, p. 201). Como propone Summers y Effler 2006 (citado por Bericat 2012) los rituales generan emociones grupales que se vinculan a símbolos y que se sustentan las creencias, el pensamiento, la moralidad y la cultura. Así mismo, Según Ortony *et al.* 1988 (citado por Rodríguez 2008) las emociones pueden surgir a partir de tres supuestos:

- Acontecimientos: las personas se encuentran interesadas en las consecuencias
- Agentes: cuando el interés se encuentra enfocado en sus acciones
- Objetos: cuando el objeto presenta ciertas características y cualidades atribuidas que son de interés para la persona.

Por su parte, Hansberg (1996) afirma que las emociones constituyen una familia de estados mentales, los cuales están conformados por “actitudes proposicionales” (AP) como lo son las creencias y los deseos. Se torna esencial la intervención de dichas proposiciones, pues esto nos revela una característica elemental en la constitución de una emoción. Las AP, desde esta perspectiva, se pueden entender como las razones y causas, así como, los efectos de los estados emocionales que experimenta una persona, por lo que sugiere entender a una emoción como una mezcla entre los estados cognoscitivos, actitudes evaluativas, deseos y actitudes proposicionales dirigidos hacia un objeto no por separado (p. 13, 23). Como ejemplo de esta idea, Scherer (2001) afirma que las emociones son multidimensionales, y se constituyen por cinco elementos los cuales son de tipo Cognitivo, Neurofisiológico, Motivacional, Expresivo y de Sentimiento subjetivo (citado por Bericat, 2012).

La valoración de un objeto, hecho o persona según Turner y Stets (2006) se dará con base en las expectativas previas del sujeto, lo cual, en ocasiones influye, modificando la experiencia. La expresión emocional se caracteriza porque manifiesta comunicativamente los estados internos hacia el otro, gracias

a la interacción social (citado por Bericat 2012). La idea anterior tiene relación con la teoría estructural de las emociones de Kemprer (1978) quien explica cuáles son las características de las emociones a lo largo de una interacción, de dos dimensiones relacionales básicas: el poder y el estatus. Adquirir o ejercer poder en una interacción, así como, tener un alto nivel de prestigio permite experimentar emociones positivas; en contraste la carencia o un nivel bajo de poder o poco prestigio, genera emociones negativas (citado por Bericat2012)

C) Características de las emociones

Keijzer (2001) afirma que la socialización reporta ventajas a los varones, pero de igual manera les implica costos. Un claro ejemplo de puede ver reflejado en la salud de sus emociones (p. 2). Al analizar las cuestiones culturales que se encuentran en relación con los aspectos emocionales, se tienen que considerar como primer punto las “proposiciones culturales” y cómo éstas son adquiridas. Dichas proposiciones están cargadas de valores de verdad (lo que es verdadero o falso según el contexto) y son determinadas por la sociedad. Spiro 1997 propone una escala de cuatro niveles de adquisición cultural que denominan “Escala de convicción”:

— Cuando se adquiere una proposición cultural, pero sin asentimiento personal.

Se trata de un nivel de adquisición que supone reconocimiento, pero escaso compromiso o validación interna.

Cuando se adquiere una proposición cultural como un cliché. Esto significa que, si bien la persona asiente la proposición, la honra más en ruptura que en la observancia; solo es una cuestión de palabras.

— Cuando una proposición cultural es adquirida como una creencia sobresaliente cognitiva y emocionalmente: sólo entonces se puede decir que ha sido internalizada.

— Cuando una proposición es adquirida en este cuarto nivel de adquisición, no sólo es internalizada, sino que además posee un poder de adhesión emocional, por lo que su importancia psicológica es especialmente fuerte (Citado por Rodríguez 2008).

Bericat (2012) propone que las emociones se caracterizan por ser informativas y expresivas, así como, energéticas y motivacionales. Estas determinan la voluntad individual de manera que al actuar en conjunto, las emociones se encontrarán en cualquier fenómeno social, ya que estas características son elementales tanto en la intercomunicación social, como en la interactividad social. (p. 4,5). En relación con esto, Rodríguez (2008) explica que las emociones tienen la función de alertar ante situaciones de importancia y éstas no tienen que ser vistas como una manifestación irracional, o simples estados subjetivos, sino todo lo contrario, se tienen que entender como portadoras de interpretaciones y significados correlacionados con la cultura y la sociedad. Como sucede con las cuestiones éticas y la normativas, las cuáles se crean y sostienen gracias a las interacciones, quiénes determinaran el grado e intensidad, en que se tienen que presentar (p. 148).

Desde una perspectiva psicológica encontramos a Sigmund Freud 1948 (citado por Bericat 2012) que es quien postula que “la ansiedad advierte a las personas de un grave peligro para su salud mental”. A su vez Striker (2004) propone que las emociones funcionan como señales para “el yo”, debido a que son adaptativas y útiles a largo plazo para la evolución y a corto plazo en la interacción.

Además de cubrir la función de diseñar las experiencias emocionales que tienen efectos a futuro en las disposiciones del sujeto (Citado por Bericat 2012). Por otra parte Elster 1999 (citado por Rodríguez 2008) aborda su investigación desde una perspectiva fenomenológica, afirmando que las emociones se caracterizan por ser irruptivas, urgentes, dinámicas, flexibles, cambiantes, combinables e incitan a la acción, lo cual genera la idea de que las emociones son de carácter irracional,

incontrolables y carentes de conciencia.

Elster 1999 (citado por Rodríguez 2008) propuso desde la perspectiva cognitiva los “atributos cognitivos y viscerales”:

- Tienen antecedentes cognitivos.
- Están dirigidas hacia un objeto intencional.
- Inducen cambios fisiológicos («excitación»).
- Tienen expresiones fisiológicas.
- Van acompañadas de placer o dolor («valencia»).
- Inducen tendencias a realizar determinadas acciones.

Por su parte Nussbam 2001, 2004 (citado por Rodríguez 2008) plantea desde una perspectiva cognitiva, cuatro premisas teóricas:

- “Las emociones se desencadenan por cogniciones”; estas suelen ser más o menos conscientes ya que implican pensamientos, juicios y evaluaciones, así como creencias. La intensidad de la emoción depende de un juicio de valor, en el que se determinará si la situación es positiva o negativa, Al ejecutar este proceso de interpretación se ponen en práctica diversos procesos cognitivos, las personas tienen la capacidad de manipular la intensidad de sus emociones; inclusive pueden fingirla, ya que, en cierta manera conocen lo que genera una emoción en sí mismo como en el otro, esto con el fin de obtener cierto beneficio.
- “Las emociones tienen un objeto intencional”; Las emociones tienen un objeto intencional, y contienen una representación, dirigiéndose tanto a personas como a cosas o circunstancias que representan un bienestar propio, esto con ciertas excepciones ya que algunas emociones carecen de dicho objeto específico. Como la persona lo identifique lo va a interpretar con base en sus creencias.
- “Las emociones son formas intrínsecas de compromiso y juicio evaluativo”; Las emociones son cogniciones y se manifiestan una vez que

se reconoce el valor y la importancia, esto se logra al expresar juicios evaluativos y compromisos con ciertas visiones de las cosas. En resumen esto quiere decir que las personas experimentamos emociones solo cuando algo es relevante para nuestros esquemas de metas y fines.

- “Las emociones son objeto de evaluación y crítica”; Las emociones al estar vinculadas con los pensamientos facilita la reflexión crítica y la evaluación moral, dichas reflexiones y evaluaciones determinan si la emoción es exagerada o minimizada, si es apropiada o inapropiada. Estos juicios están regulados directamente por el orden social, ya que las comunidades en particular tienen ciertas reglas y en caso de no cumplirse, puede desencadenarse un conflicto.

D) Tipos de emociones (clasificación)

Bericat (2012) afirma que se puede apreciar una relación entre *estatus* y *poder*. Un ejemplo de ello, si observamos la dimensión interactiva de la sociabilidad es la interacción de emociones como el miedo y la ira (dimensión del poder) con emociones como la vergüenza y el orgullo, que pertenecen a la dimensión de estatus. En este sentido Keijzer (2001) asegura que a nivel emocional la socialización restringe la expresión de emociones como la tristeza, el miedo o la ternura. Por otra parte, se limita y la conducta sexual, así como, el control de sus emociones se estereotipa (p. 2). Derivado del miedo, según Bericat (2012) surge una familia emocional en la que podemos encontrar sentimientos como: preocupación, ansiedad, pánico, terror, horror, entre otros, éstos en distintos grados de intensidad y con diferentes contenidos.

Las emociones son determinadas por la socialización y la cultura, se puede explorar la vergüenza como una respuesta arquetípica que se enfoca en lo físico a las experiencias, cuando estas rompen el sentido de la adecuación y el valor de un hombre, haciendo sentir al varón un estado de penosa autoconciencia, lo cual le conducen a experimentar una inferioridad ante determinadas cuestiones capitales. La vergüenza puede tener un significado más allá de lo emocional, incluso puede apreciarse como un valor, ya que tras la incapacidad de modificar

dicho estado el varón puede caer en un estado de desesperanza. Según Vallejo (2016) desde esta perspectiva dicho autor propone cinco principales fuentes de la vergüenza las cuales son las siguientes:

- Pérdida del padre
- Pérdida del fundamento arquetípico
- Pérdida de la pasión y el cuerpo
- Pérdida de la comunidad masculina
- La pérdida de la pasión y el cuerpo, aliena a los varones de las experiencias vitales de su existencia, ya que cuando se ve afectado por la vergüenza el deseo instintivo de la conexión erótica es rechazado y se detiene el movimiento hacia el otro (p.123-125).

Hansberg (1996) es quien propone que se puede retomar el análisis del miedo como emoción para ejemplificar algunas características de los procesos y de las razones que surgen a partir del mismo, ya que se puede entender desde distintas perspectivas o enfoques de estudio. La Psicología entiende el miedo como una reacción pasajera ante un objeto que ejerza un estímulo inesperado, generando un estado de miedo. Dicho estado se puede apreciar en los animales de manera universal e instintiva, fungiendo como un mecanismo evolutivo que busca la preservación de su especie. Los seres humanos es la respuesta desde tres distintos mecanismos: fisiológicos, estos se caracterizan por afectar los aparatos del organismo, sea acelerando o cesando sus funciones, afectando principalmente el sistema simpático o parasimpático.

Por otro lado, las conductuales tienen origen en el fenómeno de lucha o huida, que consta de la inhibición total del cuerpo o un acto motor complejo, este se presenta ante una situación amenazante. En cuestiones afectivas, el ser humano, a diferencia de los animales, tiene la capacidad de conceptualizar el peligro y atribuirle el deseo de evitarlo a costa de la lucha o huida, y su conducta es una acción intencional. El instinto de supervivencia mediante las sensaciones de estímulos de placer y dolor. Lo cual aunado a lo que plantea Keijzer (2000) el

significado de ser hombre comprendiendo que tendrá cambios a lo largo de su ciclo de vida (p. 199).

E) Complejidad de las emociones

Hansberg (1996) explica que durante mucho tiempo un buen número de autores han intentado teorizar las emociones, y a pesar de todos los intentos no se ha logrado construir una teoría general de las emociones ya que en las diversas ocasiones se ha fracasado al carecer de bases y sus condiciones, favoreciendo solo a cierto subgrupo o algún caso en particular (p.13). Por otro lado, Rodríguez (2008) propone que “al identificar el tipo de emociones que generan los significados culturales en cada caso particular permite enfrentar metodológicamente la complejidad de la significación cotidiana y sus niveles de apropiación” (p. 152) Esto quiere decir que al incluir las emociones se puede entender claramente la vida cotidiana de los individuos y la manera en que actúan ante las proposiciones culturales.

Nussbaum (2008) parte de la hipótesis, que la importancia adaptativa de las emociones es compartida por el ser humano en general y con ciertos seres del reino animal. Esto significa que acepta la existencia de un factor biológico común que les permite experimentar fenómenos emocionales. Dicha base biológica posibilita que fenómenos afectivos fundamentales como la ira, el temor, la aflicción o el amor se encuentran desde la antigüedad, en todas las culturas y contextos históricos. Desde la perspectiva de Nussbaum (2008) afirma que las emociones tienen una constitución distinta según la sociedad. A su vez también se ve influenciada la manera en que éstas se expresan o se muestran según las sociedades, gracias a las normas sociales y la historia individual, marcando la experiencia subjetiva de la emoción, así como su expresión o el comportamiento que deriva de las mismas (citado por Gil, p. 208, 209 2016).

Para entender lo anteriormente mencionado, cuando se intenta lograr comprender las emociones, no se debe limitar a los factores fisiológicos o

biológicos pero tampoco se debe ignorar ninguno. Dicho esto, se tiene que incorporar al análisis de la emoción el factor cognitivo, el cual retoma aspectos como las creencias, los recuerdos o la imaginación, diferenciándose del resto de los animales. De esta manera se puede presentar una explicación para poder entender los orígenes de los variados repertorios emocionales que presentan los humanos en las diversas sociedades. El factor cognitivo es de gran relevancia ya que los humanos cuentan con una gran capacidad de pensamiento que marca la diferencia entre la complejidad de sus emociones con las de los animales (citado por Gil p. 209, 211 2016).

La complejidad de las emociones en los seres humanos se encuentra más allá de un simple mecanismo de estímulo – respuesta, ya que, se encuentran vinculadas directamente con las facultades mentales, esto debido a que pueden ser puestas a *revisión*, y de ser permeables a la deliberación, pues existen diversos fenómenos como la supervivencia y el bienestar a los cuales nos enfrentamos cotidianamente. Además de que dentro del mundo de las emociones se presentan numerosas disparidades, mismas que están relacionadas a aspectos cognitivos como las creencias metafísicas o las prácticas culturales (p. 213).

F) Emociones desde las Ciencias Sociales

Para abordar el estudio de las emociones desde la disciplina de las *Ciencias Sociales*, es elemental revisar el “construccionismo social de las emociones”³. Domínguez y Lara (2013) proponen tres contribuciones generales que son consideradas de gran relevancia. La primera de estas es: liberar las emociones como objeto único de las ciencias biológicas y naturales, la estrategia nos lleva

³ El construccionismo social surge en medio de un conjunto complejo de propuestas teóricas de las ciencias humanas en la contemporaneidad. Este abordaje se constituye como movimiento de crítica a la psicología social "modernista" y se fundamenta principalmente a partir de Kenneth Gergen. El pensamiento posmoderno y las ideas construccionistas sociales se aplican a las prácticas terapéuticas, psicosociales, en la enseñanza, en el consultorio y en la organización (Gergen, 1996; Gergen & Gergen, 2010; Shotter & Lannamann, 2002). (citado por Magnabosco 2014)

a la segunda contribución: explicar las emociones utilizando la metodología cualitativa desarrolladas sobre todo por la psicología social crítica, que según la tercer contribución: busca desarrollar el estudio de las emociones basado en la interpretación, se acercaría a la experiencia y tomaría en cuenta factores culturales y sociales (p.265).

Domínguez y Lara (2013) aseguran que, dentro de esta postura construccionista, surge un particular interés por el lenguaje, las situaciones en las que las emociones pueden ser comprendidas y sistematizadas al quebrar con la idea de que son irracionales. Ejemplo de esto es cuando los actores centrales, tanto individual como colectivamente, presentan un comportamiento en desacuerdo a las estructuras de la trama, ya que al mismo tiempo los repertorios emocionales de las personas son aprendidos en el contexto en el que se desarrollan. Esto quiere decir que las explicaciones ahora son socioculturales y resulta vital prestar atención al análisis de los discursos emocionales, atendiendo los múltiples significados que pueden adquirir, así como las distintas intenciones que los pueden secundar y los distintos efectos que pueden llegar a generar en el medio social.

Perspectiva de las emociones desde las ciencias cognitivas:

Al referirnos a los factores cognitivos cabe mencionar la importancia de la inteligencia. Según Gil (2016), el ser humano se encuentra en un nivel mayor que el resto de los animales, ya que tiene la capacidad de cuestionarse sobre lo que sucede en el mundo que le rodea. Preguntas propias del ser humano sobre, religión, metafísica, ciencia o filosofía, dan pie a “un marco de comprensión dentro del cual operará el pensamiento causal y temporal” Nussbaum, 2008 (citado por Gil 2016). El *temor*, es modelado por pensamientos relativos a la existencia de diversas agencias que pueden ser dañinas en el mundo, además de los niveles de peligrosidad y como puede prevenirse contra ellas; la *ira* se conforma de las opiniones sobre quién es responsable de algo y el modo de funcionamiento de la causalidad del mal (p. 211,212).

Otro factor cognitivo elemental para el análisis de las emociones es el lenguaje, ya el cual puede tener una influencia en la forma en que se experimentan. Nussbaum (2008) propone que la *denominación* nos permite organizar y separar unas cosas de otras, para posteriormente ligarlas de acuerdo con las afinidades, nos permite perfilar distinciones, de esta manera podremos clasificar y definir aquello que experimentamos (citado por Gil p. 213 2016). El temor, se puede experimentar a pesar de no lograr etiquetarlo o nombrarlo, a pesar de eso, existirá una gran influencia por la taxonomía emocional de la persona. Al abordar algunos de los factores cognitivos principales es donde se puede apreciar la diferencia entre las capacidades cognitivas de los humanos con el resto de los animales.

2.2 Masculinidad

Según Keijzer (1997) la *masculinidad* es “un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada”. La *masculinidad* está relacionada directamente con la cultura en la que se desarrolle una persona, lo cual nos conlleva a no generalizar en un solo modelo, sino varios de acuerdo al contexto y a las situaciones de vida, así como las características familiares. Dicho autor comenta que dentro del contexto mexicano predomina la “masculinidad hegemónica”, en la que el varón representa la figura dominante, con la que subordina y discrimina tanto a la mujer como a varones que no encuadren en dicho modelo hegemónico.

Dentro del análisis de la masculinidad se puede vislumbrar un aspecto que determina la cultura en los varones. Thompson (2016) explica “los costos vinculados a un tradicional planteamiento de la masculinidad son enormes, y los daños se producen tanto en un nivel personal como social” (p. 32). Este autor asegura que existe la creencia de que el hombre tiene que ser fuerte, dentro de esa fortaleza implica demostrar características de agresividad, así como, ser competitivo y osado, lo cual puede desencadenar un dolor emocional en el varón; ser “duro” implica altas probabilidades de estrés, de recibir daño físico e incluso en casos radicales la muerte prematura, ya que, es considerado varonil

realizar prácticas comprometedoras de alto riesgo físico.

Hernández (2016) afirma que actualmente el ejercicio de la masculinidad “hegemónica” implica vivir bajo ciertas series de valores y reglas que son aceptados tradicionalmente por la sociedad en la que el varón interactúa directamente, de igual manera los procesos de regulación emocional. Por otra parte, Olavarría (2000) propone que el *convertirse en hombre* desde un *modelo hegemónico*, es un proceso que comienza desde la infancia del varón. Este proceso se basa en cumplir ciertos logros socialmente planteados como: conocer el esfuerzo, la frustración, el dolor, haber conquistado y penetrado mujeres, hacer uso de la fuerza cuando sea necesario, y esto en busca de la aceptación y el reconocimiento de otros varones al igual que el de las mujeres.

Keijzer (2003) menciona que la *masculinidad* no es algo propio de los varones pues tanto para los hombres como para las mujeres existen ciertos modelos que rigen y centralizan la masculinidad como hegemónica etiquetando a los varones bajo cierta imagen dominante, de poder, lo cual desencadena cosas a favor y contras, ejemplo de las últimas se encuentran las cuestiones de salud. Dicha postura es invisible o negada incluso por los mismos hombres, el constructo social no abarca factores elementales como clases o etnias, condiciones ambientales, políticas, educación, económicas, entre otros, la economía es de total interés ya que en ocasiones se les percibe como un instrumento de trabajo, mismo que ejecuta en niveles extremos, según sea el caso.

Olavarría (2000) afirma que en cuanto a la masculinidad dominante, los varones muestran características como: ser personas importantes, activas, autónomas, fuertes, potentes, racionales, emocionalmente controladas, heterosexuales, proveedores de la familia, y su ámbito de acción se encuentra en la calle, todo lo contrario a las mujeres, homosexuales o a los varones que se consideran feminizados, pues el desarrollo de la masculinidades de tipo hegemónicas conlleva a la creación de otras subordinadas (p. 11,12). Según Figueroa (2007) los modelos de masculinidad se ven cuestionados y los varones en la actualidad

se ven orillados a un aprendizaje cultural, en ocasiones reproduciendo sin mayores cuestionamientos o por lo menos, sin muchas opciones o cómplices, como para inventar nuevas modalidades para la vivencia de la masculinidad y sus diferentes consecuencias negativas y contradictorias para los varones.

Hernández (2005) afirma que el varón se enfrenta a distintos estereotipos en relación con sus emociones, mismas que la sociedad le ha inculcado, por ser el sexo fuerte, y mutilando cualquier acción femenina. Éste debe cumplir con características de altura y fuerza estigmatizada, en la mayoría de los casos tiene que utilizar la violencia como ejemplo de fuerza. A su vez Leñero 1994 (citado por Keijzer, 1997) postula el concepto "neomachismo" para referirse a los cambios en las actitudes masculinas ante la planificación familiar; los varones actualmente sean por convicción o por otras cuestiones, no ejercen signos y actitudes referentes *del patriarcado* como sus antecesores, adoptan cierta postura, "permitiendo" que la mujer se desenvuelva, por ejemplo, trabajando fuera de casa, pese a esta adaptación el encuadre machista sigue siendo claro.

Thompson (2016) afirma que actualmente surgen nuevas dinámicas para ejercer la masculinidad, dichas propuestas se encuentran dirigidas a los jóvenes, y buscan "enseñar qué es ser un hombre en el mundo moderno":

- Los chicos han de aprender a aceptar su vulnerabilidad, aprender a expresar emociones tales como el miedo y la tristeza, y aprender a pedir ayuda y apoyo en los momentos adecuados.
- Los chicos han de aprender a ser amables, suaves, cooperadores y comunicativos y, en particular, han de aprender métodos no violentos para resolver conflictos.
- Los chicos han de aprender a aceptar actitudes y comportamiento tradicionalmente etiquetados como femeninos como elementos necesarios para un desarrollo humano integral, reduciendo la homofobia y misoginia; lo que equivale a aprender a amar a otros chicos y chicas.

Resulta complicado generalizar el concepto de “masculinidad”, Araujo y Rogers (2000) proponen que se tiene que referir a *masculinidades en plural*, contextualizando en tiempo y espacio a los varones, incluso dentro de un modelo hegemónico el machismo se manifiesta en distintos niveles e intensidad, con distintas actitudes, conductas y comportamientos. Tal como lo muestra la clínica, o los estudios de corte sociológico, cada individuo va a enfrentar esta oferta identificatoria social de manera particular, guiado por las coordenadas propias de su historia y de la sociedad y cultura en la que se encuentra inserto (p, 62). Para Rodríguez (2008) las personas son culturizadas de diferentes maneras a través de múltiples relaciones sociales y dentro de contextos culturales variados.

A) Sexo / Género

En este punto creemos que es necesario abordar la diferenciación que desde la academia se ha hecho entre sexo y género. Fernández 2010 (citado por Gonzales et al. 2016) plantea que el sexo es una interacción entre componentes biológicos complejos, tales como la genética, las hormonas y las respuestas cerebrales diferenciadas, pero que se manifiestan y desarrollan en el ámbito de lo psicosocial a partir del dimorfismo sexual. Por otra parte la *Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres* (2016) propone que “el concepto de sexo se refiere a las diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres; son características con las que se nace, universales e inmodificables”.

Para abordar el estudio de la *masculinidad* es necesario consultar conceptos como el de género. Por su parte, Lamas (2000) explica que dicho concepto se puede entender en términos generales como el “conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es propio de los hombres (masculino) y propio de las mujeres (femenino) (p. 2). Desde esta perspectiva, Lamas (2000) afirma que

la cultura es la que marca a partir del género los sexos, teniendo un impacto en las demás esferas sociales. Actualmente el género se puede entender como el conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que se presentan entre los integrantes de un grupo humano a partir de una simbolización dada la diferencia anatómica entre hombres y mujeres (p. 3).

Keijzer (1997) propone que el género es “una serie de atributos y funciones que van más allá de lo biológico/reproductivo, construidos social y culturalmente y que son adjudicados a los sexos para justificar diferencias y relaciones de opresión entre los mismos” (p. 3). Un referente teórico en materia de sexualidad y género es Butler (1990) quien definió el género como “el resultado de un proceso mediante el cual las personas recibimos significados culturales, pero también los innovamos” (citado por Lamas 2000, p. 7). La Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (2016) propone que el género es el conjunto de ideas, comportamientos y atribuciones que una sociedad dada considera apropiados para cada sexo.

B) Roles (proveedor)

De Grande (2014) menciona que “El término “rol”, o la idea más general de que un grupo de personas cumplen unos papeles más o menos conocidos y definidos, atraviesa el sentido común, y también se presenta en proposiciones teóricas e investigaciones aplicadas en sociología” (p. 55). Dicho esto, Goffman (1971) afirma que el *rol social* puede verse como el desempeño de los derechos y de las obligaciones correspondientes a un estatus y se caracteriza por abarcar una o más partes. Cada una de ellas puede ser presentada por el actor en una serie de ocasiones, ante el mismo público o un solo *rol integrado* por las mismas (Citado por De Grande p. 63 2014). Por su parte Merton (1964) explica que el “rol” gira en torno a la operatoria de unos sujetos que responden a una lógica por la cual adoptan en primer lugar un papel, un lugar social, a partir del cual se dedican luego a operar adaptativamente desde ese papel para satisfacerlo (p.62).

Al referimos a los roles de los varones, destaca el rol de proveedor. Viveros (2012) afirma que el ser proveedor no está simplemente limitado a cuestiones de capital económico, también se encuentra relacionado a otras dinámicas y relaciones sociales. De esta forma, el proveer adquiere un significado relevante para el varón ya que constituye un elemento importante en su significación como hombres, y el “cumplir” como varón se vuelve una consigna social, la cual es manifestada de manera abierta. Fortaleciendo esa idea Cruz (2007) afirma que el rol de proveedor y la actividad “productiva” no representan solamente un papel social que los varones tienen que desempeñar, sino que estas cualidades se enmarcan en un sistema de organización social el cual está determinado por el género, que a su vez estructura la división sexual del trabajo (citado por Viveros p. 85 2012).

C) Masculinidad y trabajo

Un mandato social y cultural principal para los varones es que se entregan al trabajo, y esto tiene distintos significados: ser responsable, digno, capaz. En conjunto estos significados, caracterizan a la hombría en su fase adulta plena, permitiéndole tener ciertos privilegios como construir un hogar, ser proveedores, así como, otras responsabilidades y deberes con su familia. Esta caracterización representa una carga para los varones y se refleja más en aquéllos que tienen trabajos precarios y menores recursos. En el contexto mexicano, existe la tendencia de socializar a los varones dentro del modelo hegemónico; construido cultural e históricamente, y que proporciona ciertas ventajas para el varón. Algunas de estas ventajas, con el paso del tiempo y gracias al *esterotipamiento* se reflejan de manera negativa en su salud (Keijzer, 1997).

Farrell (2016) explica que la socialización masculina es una sobredosis de autosuficiencia; cuando el camino se torna duro, no se habla más el tema, simplemente se sigue adelante. La autosuficiencia para Farrell se enfoca en el supuesto de ganar derechos, como el elegir entre las distintas opciones que

considere mejor para él. De igual manera las responsabilidades son dictaminadas por los procesos de socialización y están ligadas a la autosuficiencia. El varón tiene que ser capaz de satisfacer ciertas necesidades y por ello, es responsable de conseguir un empleo a los 14 años para poseer dinero propio para cubrir ciertas necesidades. Mediante la autosuficiencia, el varón, busca el reconocimiento a través el sentido de la eficacia, [en qué es más eficaz] que tiene como objetivo explorar en diversas actividades hasta encontrar en la que se es más eficaz y en cual destaca.

D) Masculinidad y sexualidad

Hernández (2005) afirma que actualmente se conserva el ideal masculino, a través del miedo inculcado en el hombre. En el tema de la sexualidad específicamente, en las relaciones sexuales, el varón es quien se muestra dominante y difícilmente tendrá algún comportamiento sumiso, pues así se le inculca. Por otro lado, al hablar de sexualidad Keijzer (1997) propone que en los varones, se trastoca la idea de la *cosificación de la mujer*. La sexualidad pasa a ser un ejercicio de poder y afirmación masculina, basada en la potencia y volumen de los genitales, dejando de lado el encuentro íntimo. Esto no solo es aceptado por los varones, sino que las mismas mujeres llegan a adoptar este tipo de ideas, refiriéndose a sí mismas como objetos o cosas en el ámbito sexual, dependiendo de los contextos y generaciones.

Por su parte, Villaseñor y Castañeda (2003) aseguran que la sexualidad se puede abordar desde distintas disciplinas como la biología, psicología, sociología, por mencionar algunas. Determinados comportamientos, hábitos y prácticas involucran el cuerpo, aunque no solo eso, sino que de alguna manera también influye en sus relaciones sociales, ideas, moralidades, discursos y significados que son socialmente construidos. En el contexto mexicano poco se han explorado dentro de las relaciones de poder que no son equitativas y el vínculo con fenómenos como la violencia, de los significados que surgen a partir de la sexualidad, así como, la construcción cultural, vinculada con lo masculino

y lo femenino

E) Masculinidad y salud

Viveros en una investigación publicada en 2012 afirma que existen razones que explican por qué los varones buscan la atención por parte de los servicios de salud cuando la enfermedad que padecen se encuentra avanzada y no antes en un nivel preventivo, o cuando apenas está iniciando. Las razones tienen origen en la creencia de que sus problemáticas de su salud, pueden ser mediadas o controladas por ellos mismos. Los varones consideran que las intervenciones en el proceso de cuidado y curación son innecesarias y dejan la responsabilidad de sus cuidados a terceras personas, principalmente familiares o a su pareja (p, 9). Los factores que influyen en la construcción de estas ideas, en su mayoría, están determinadas por la *culturización*, *la socialización* y el medio en el que se desarrollan los varones.

Los malestares podrían ser detonadores de búsqueda de acompañamientos para resolverlos, esto no con la intención de reconocerlo, sino de tener experiencia. Esta dependencia puede generar situaciones de ira y violencia ya que estas reacciones se encuentran relacionadas con ciertos modelos de masculinidad. Por su parte, Tene y Jimenez 2014 señalan que algunos individuos con enfermedades como el cáncer, que han sido entrevistados describen las características de un malestar, no obstante experimentan una incapacidad de asignarle un nombre, interiorizarlo y así el varón no busca apoyo para realizar para determinados trabajos (citado por Figueroa, 2015).

Al explorar la forma en que los varones experimentan su salud, surge un primer problema la feminización del cuidado de la salud. En este sentido, Figueroa (2007) explica que "la feminización del cuidado de la salud" no solo desde distintas disciplinas, sino también desde las políticas públicas, ya que los programas orientados a la atención de la enfermedad así como en el lenguaje cotidiano contribuyen directamente a la invisibilización de los cuerpos de los varones como objeto de cuidado. A través de los modelos de masculinidades, se transmiten reglas de comportamiento, experiencias corporales y exposición

intencional a situaciones de riesgo, por parte de los varones, que repercuten negativamente en su salud y dificultan el ejercicio del derecho humano de la misma.

En cuanto a la perspectiva de la masculinidad en materia de salud, Figueroa (2015) afirma que existe un obstáculo en el aprendizaje de los géneros. Éstos muy difícilmente lograrán ser modificados solo con la existencia de más servicios de salud o la sensibilización a que se practique el auto cuidado. Incluso sugiere sarcásticamente la creación de representaciones sociales, en términos de que los costos negativos para la salud precisamente sean interpretados por las personas como algo no deseable, particularmente por los propios varones de manera que a nivel individual y social se legitime la intención de evitarlos, al presentarse un “dislocamiento” y un “reposicionamiento” en el género sobre los aprendizajes del ser hombre.

Keijzer 1992 (citado por Figueroa, 2007) interpreta la sobremortalidad de los varones como un proceso de "morir como hombre": los hombres se mueren por que necesitan demostrar que son "muy hombres", lo que nos muestra un panorama sobre la posible perspectiva de los varones hacia la masculinidad. Oppezzi y Ramírez (2012) exponen la situación de las políticas sanitarias en el contexto latinoamericano, en donde muestra la desigualdad de género en términos de salud. En el caso de los varones la desigualdad se ve influenciada por condiciones subjetivas, arraigadas a la figura hegemónica que comprometen su salud. En la búsqueda de cumplir una identidad socialmente construida, el varón acaba siendo un extraño para y con respecto a su propio cuerpo Figueroa (2007). Para varios modelos de masculinidades uno de los atributos que aparentemente, se les asigna a los varones es no cuidar su salud.

F) Masculinidad y familia

En cuanto al ambiente familiar Keijzer (1997) propone “la caída del sistema”, la cual se enfoca en los hombres de la tercera edad o aquéllos que se aproximan a esta fase de su vida. En algunos casos los varones jubilados experimentan la pérdida de las redes de poder en las que se encontraban, así como sus amistades laborales, y se enfrenta al ambiente familiar, donde según las

actividades y en la mayoría de las relaciones, es la esposa la que domina. La sensación de pérdida de poder que ocurre en esta situación, está relacionada con los estragos de la disminución de la potencia sexual, falta de proyectos de vida en esta etapa de su vida, aunado a problemas de salud como el cáncer de próstata (p.11,12).

2.3. Vida cotidiana y Fenomenología

“Ellos y la vida cotidiana”. Al hablar sobre el papel que desempeñan los varones en la sociedad, se tiene que prestar atención particularmente a las masculinidades. En este apartado se realiza una revisión sobre la conformación de la “vida cotidiana” de *ellos*, la cual, es vista como una oportunidad de análisis por diversos autores como Uribe, Schütz o Berger y Luckmann, quienes abren una ventana en miras de entender este mundo de lo cotidiano. Dicho esto, surge la interrogativa sobre ¿Qué es la vida cotidiana?

A) ¿Qué es la vida cotidiana?

En este sentido, Uribe (2014) plantea que la *vida cotidiana* es la representación de la esfera de la realidad que conciben los individuos; misma que puede presentar cambios y modificaciones del contexto social. La *vida cotidiana* es un espacio en construcción permanente, en el que, gracias a la identificación con la cultura y de acuerdo al marco de la organización y reorganización de su entorno para la satisfacción de sus necesidades mediatas en inmediatas, cada hombre, va elaborando y desarrollando la subjetividad y la identidad (p. 101). De igual manera la autora asegura que para que la *vida cotidiana* se forme, es necesario que se presenten factores ajenos al individuo, entre ellos: sociales, económicos, políticos y culturales, los cuales se obtienen en espacios y tiempos determinados con pluralidad de sentidos y simbolismos.

Dicho esto, resulta interesante analizar las “masculinidades” como un concepto cualitativamente útil para profundizar en el reconocimiento de la realidad social y

de la reproducción de la vida cotidiana en los varones y sus emociones. La vida cotidiana se puede entender como concepto a partir de la idea de Uribe (2014) quien señala que es “un espacio de construcción donde hombres y mujeres van formando la subjetividad y la identidad social” (p. 101). Dicha autora asegura que *vale la pena* recuperar el enfoque de sus emociones en el día a día y desde su punto de vista de la enfermedad (como es el cáncer de próstata); así como, desde los factores identitarios, sociales, económicos y políticos según el contexto cultural correspondiente.

Fortaleciendo la pregunta ¿Qué es la vida cotidiana? Es necesario comprender sus componentes. Uribe (2014) afirma que la *vida cotidiana* es la esfera común de construcción de la subjetividad y la identidad social, constituida por 5 ámbitos de heterogeneidad son el Personal: el Familiar; el Cultural; el Laboral; y el de la Sociedad civil. Retomando la idea de Uribe, dichos ámbitos resultan ser transversales, ya que se relacionan mutuamente. Si existe una alteración en alguno de los ámbitos anteriormente mencionados genera consecuencias en el desarrollo de los otros.

B) Construcción de *la vida cotidiana*

En este sentido, la *vida cotidiana* se muestra como una perspectiva para el estudio de las masculinidades. Uribe (2014) afirma que la identidad social se construye a partir de la influencia que ejercen las instituciones dominantes en los individuos, y gracias a los procesos de socialización que se encargan de transmitir valores, actitudes, costumbres y tradiciones. La incorporación de estos últimos a los modos de vida, permiten a los individuos aprender las identidades que el desarrollo socio cultural en el que se encuentran inmersos les ofrece, entre las instituciones dominantes mencionadas destacan: la familia, la educación, la religión, la sociedad civil, la política y los medios de comunicación (p. 101). Esta autora también menciona que de esta manera los elementos de entorno físico pueden determinar la identidad social, lo que quiere decir que la

dimensión espacial, el conocimiento de las características simbólicas, culturales y sus significados valorativos y emocionales, conforman la base nuclear para la conformación de la identidad social, misma que será defendida por las personas dado el sentido de pertenencia adquirido a lo largo de la vida en dicho espacio y entorno cotidiano (p.103).

Para Uribe (2014) la “construcción social de la realidad cotidiana” se entiende como un marco institucional que surge tras la intervención de hombres y mujeres como sujetos sociales. Dichos sujetos intervienen a partir de las ideas, actitudes, motivaciones, visiones, deseos, capacidades, posibilidades y conflictos que son manifestados a partir de los hechos y procesos continuos, dinámicos y plurales y que se adquieren de acuerdo al contexto social tanto individual como colectivo. Al referirnos a la *construcción de un saber* y una práctica dentro de la *vida cotidiana* es elemental considerar factores como el tiempo y el espacio ya que éstos tienen un valor fundamental. La construcción de la realidad cotidiana es la objetivación de lo que cada individuo concibe en su conciencia a nivel individual y subjetivo, es de acuerdo con sus necesidades, cuando se traslada a un plano social a través de la interacción y la comunicación (p.108).

Según Uribe (2014)

Para comprender la identidad desde la perspectiva de componente de la vida cotidiana propone que la identidad es dinámica ya que se encuentra expuesta a constantes cambios en los distintos escenarios en los que se efectúan las relaciones sociales, siendo en todo momento un derivado de procesos históricos que se aprecian en fenómenos como la socialización y la transculturación que a su vez se complementan con la asimilación cultural del presente. La identidad social puede ser influida por factores físicos externos, ajenos al individuo, factores como la dimensión espacial, el conocimiento de las características simbólicas, culturales y sus significados valorativos y emocionales, estos conforman la base de la identidad social ya que los individuos han creado un sentido de pertenencia hacia determinados espacios y entornos cotidianos (p.103).

De igual manera Uribe (2014) plantea que la *vida cotidiana* se puede entender gracias a los sistemas simbólicos, que influyen en el comportamiento de manera indirecta, ya que cada individuo tiene una percepción distinta de la sociedad. Dichos sistemas simbólicos pueden ser los imaginarios colectivos, la cosmovisión, la concepción de género, los procesos religiosos y los sistemas morales que son parte de una cultura, con significados que son enviados a distintos modos de vida.

La cotidianidad no se enfoca solamente en la vida familiar, laboral y distracciones, sino que también implica las motivaciones, deseos, capacidades, posibilidades, ritmos y conflictos de cada individuo en interacción social. Esto es gracias a la subjetividad del ser y el convivir, debido a que la vida cotidiana se integra por la pluralidad de los sentidos y simbolismos y adquiere una forma a través de los espacios y la vivencia en del tiempo, así que no se puede limitar al hacer social desde una perspectiva objetiva (p. 104, 105).

C) Características de la vida cotidiana (tipificaciones)

De acuerdo con Uribe (2014) la *vida cotidiana* presenta características fundamentales que la destacan como una esfera de realidad ya que está dotada de sentido, como discurso en los gestos, y en lo simbólico que ocurre diario en la sociedad. Además, es el conjunto de vivencias que acontecen entre los individuos con deseos, capacidades, posibilidades y emociones. Se nutre de hechos y procesos dinámicos tales como factores sociales, económicos, políticos y culturales en general, gestados en espacios y tiempos determinados con pluralidad de sentidos y simbolismos. Uribe (2014) asegura que la cotidianidad se compone de la necesidad, la experiencia, el conocimiento y la visión de futuro como procesos históricos, sociales y culturales que lleva a los individuos a construir su propia realidad individual y colectiva (p.106).

Uribe (2014) afirma que la *vida cotidiana* encierra además lo obvio o normal y lo corriente de la realidad social mostrando algo del día a día, definiendo los

discursos que se reproducen en los cursos de acción. En esta reproducción social cotidiana se dan eventos donde la subjetividad se socializa, interrelacionando la subjetividad, la objetividad, la identidad y realidad social. Al mismo tiempo la *vida cotidiana*, se construye mediante las relaciones sociales compartidas, experimentadas e interpretadas de acuerdo con la subjetividad, predominado el deber y el saber para la construcción de la realidad social como un conjunto acciones tipificadas (p.106).

Por su parte y la tradición fenomenológica, autores como Berger y Luckmann (1967) plantean un término que nos es útil en este punto que es el de las “tipificaciones”, que se presentan en cualquier situación de la *vida cotidiana*. Una característica de las *tipificaciones* es que ignoran los rasgos individuales y particulares y se enfocan en las características genéricas y homogéneas. Las personas “tipifican” todo el tiempo, constantemente mediante el lenguaje, desde el momento en que se llama a algo por su nombre. Esto es debido a que están presentes y son adquiridas a través de los procesos de socialización a lo largo de la vida de los individuos, aunque el individuo puede crear algunas de éstas, la mayoría es pre construido y derivado de la sociedad. Dichas como tipologías son socialmente aceptadas debido a que han logrado institucionalizarse, han sido puestas a prueba a lo largo del tiempo, pasando a ser herramientas tradicionales y habituales para la vida social (citado por Ritzer p. 268, 269 1993).

Otro término de gran relevancia además de comprender las *tipificaciones*, es el de las “*recetas*”. Dicho concepto es similar al de *tipificaciones* incluso es utilizado como sinónimo y se caracterizan por una diferencia: las *recetas* según Schütz y Luckmann 1973 “tienden a tener relación con las situaciones, mientras que las *tipificaciones* se refieren más bien a las personas” (citado por Schütz, p. 269 2008). Dichos autores proponen que bajo determinadas situaciones consideradas problemáticas y en algunas situaciones nuevas, las personas tendrán que de crear nuevas recetas y tipificaciones para manejarlas, en caso de que las recetas, no sirvan o que no sean válidas. En otras palabras, si el conocimiento disponible de una persona no es suficiente esta deberá incorporar nuevas recetas o tipificaciones para resolver determinada situación.

Partiendo de la idea anterior en la que Schütz denomina la propia intersubjetividad como “el mundo de la vida”, éste permite a las personas experimentar que este mundo existe y no dudan. Como hace mención Ritzer (1993) al proponer el “mundo de la vida” como si fuese uno solo, siendo que en realidad cada persona tiene su propio mundo. Si bien existen dentro de ellos características en común que comparten entre todos, ya que es un mundo intersubjetivo, desde la perspectiva de la dialéctica del pensamiento tanto los actores como las estructuras se influyen recíprocamente (p. 272, 273). Para Berger y Luckmann la institucionalización es una “suerte de proceso recíproco de tipificación”. Para dichos autores las instituciones no conforman fenómenos macro y, son externas y coercitivas. Una de las características desde esta perspectiva es que las instituciones “controlan el comportamiento humano estableciendo pautas de conducta definidas de antemano” Berger y Luckmann 1967 (citado por Ritzer, p 284, 285 1993).

Para Berger y Luckmann (1967) las *tipificaciones* y *las recetas* tienen una importancia elemental, que se puede apreciar en la definición de las “estructuras sociales”, ya que la suma total de estas tipificaciones y de las pautas recurrentes de interacción establecidas por intermedio de ellas. Un elemento fundamental para el análisis de las tipificaciones es el lenguaje, un sistema de símbolos vocales, en específico y el más importante a nivel social ya que además de apoyarnos en la comunicación, también tiene la función de acumular significados y conocimiento, que se puede transmitir a generaciones futuras (citado por Ritzer, p. 283, 284 1993).

D) Vida cotidiana desde la Fenomenología

Partiendo desde la Fenomenología, la *vida cotidiana* de los varones parte del significado que ellos mismos le dan a sus acciones y el cómo es expresado. Según Schütz 1973 (citado por Ritzer 1993) lo que se denomina como “el mundo de la intersubjetividad” se origina “porque vivimos en él como hombres

entre otros hombres⁴ con quienes nos vinculan influencias y labores comunes, comprendiendo a los demás y siendo comprendidos por ellos” (p. 10). Por otra parte la intersubjetividad se experimenta en el presente vivido del individuo, en el que nos hablamos y escuchamos los unos a los otros, así mismo en el que se comparte el tiempo y el espacio con los otros. El eje central del postulado de la intersubjetividad de Schütz (2008) no fue la interacción física de las personas sino la comprensión recíproca entre las conciencias, es decir la forma en que se relacionan intersubjetivamente unas con otras (p. 268). Estas interacciones según Berger y Luckmann (1986) llevan a un individuo a actuar en un contexto social. Es posible entonces ver el fenómeno de las masculinidades y sus emociones como un estudio de la vida cotidiana dado que es un mundo que origina pensamientos y acciones, y que está sustentado como real para estos (p.37).

Ritzer (1993) afirma que “los elementos del reino cultural varían de unos individuos a otros a causa de que las experiencias personales difieren” (p 273, 274). Lo que quiere decir que las personas van a tener un nivel de conocimiento mayor o menor de lo que implican las situaciones previamente experimentadas, no solo en el contenido de la situación sino también al significado de las experiencias anteriores, de igual manera la intensidad, duración y secuencia de dichas experiencias constituirán el acervo del conocimiento de cada individuo. Para Schütz y Luckmann (1973) el componente privado no es completamente producto del actor sino que también se ven determinadas por cuestiones sociales (citado por Ritzer p.2741993).

De igual manera Schütz (2008) propone que se tiene que entender los significados y los motivos así como sus diferencias. Los primeros se refieren a la manera en que los actores determinan que aspectos del mundo social son importantes para ellos, un tipo de significado es el subjetivo, en éste se definen ciertos componentes de la realidad como significativos gracias a la construcción

⁴Se toma literalmente de la traducción de la versión castellana de la edición consultada, del francés les *hommes* usado en esta lengua como genérico para nombrar al ser humano sea varón o mujer, individuo o persona

mental de la misma realidad. El segundo tipo es el significado objetivo, en éste se encuentran todos los significados que existen en una cultura mismos que comparten los actores en colectividad, ya que son comunes y no idiosincrásicos, cualquier persona puede acceder a ellos (p. 279).

En cuanto a los *motivos*, según Schütz (2008) asegura que son las razones que explican las acciones de los individuos, y se dividen en dos tipos: “*para*” y “*porque*”. Los primeros se conforman de las razones por las cuáles la persona realiza ciertas acciones con la finalidad de alcanzar determinado objetivo o producir una ocurrencia futura. Estos motivos solo se presentan si la acción se ejecuta; son subjetivos y son parte de la conciencia profunda, así como del flujo real de la misma, lo que los vuelve inaccesibles para la persona, así como para el observador científico. La única manera de captarlos es mediante la retrospectiva, una vez que la acción se haya ejecutado independientemente de que se haya cumplido el objetivo o no.

En cambio, los motivos “*porque*” se caracterizan por ser objetivos, los cuales permiten el estudio retrospectivo a través de determinados métodos científicos; al ejecutarse una acción el actor y el científico tiene acceso a las razones que explican determinada acción. A diferencia de los *motivos “para”*, los *motivos porque*, son accesibles para el actor y para el observador, representan una visión retrospectiva de los factores pasados que son causa de una conducta individual. Dichos factores pueden ser antecedentes personales, la psique individual, el entorno, entre otros. A pesar de tener cierto nivel de acceso los motivos no se puede conocer plenamente, ya que, los actores como los científicos solo pueden analizar los motivos típicos. Por ello Schütz (2008) creía que toda interacción social se basaba en una reciprocidad de motivos, “Los motivos “*para*” del actor se convertirán en motivos “*porque*” de su coparticipe y viceversa”

Schütz 1973 (citado por Ritzer 1993) entiende seis características elementales en el “mundo de la vida”:

La primera, se caracteriza por una tensión especial de la conciencia, o mejor

conocido por Schütz como estado de alerta, en dicho estado el individuo se encuentra bajo total atención a la vida y sus requisitos;

Segundo, el actor no duda de la existencia de este mundo. De nuevo a diferencia del actor, en el mundo de la ciencia social, el científico duda del mundo de la vida, y es esa duda lo que le permite analizarlo científicamente;

La tercera, es en el mundo de la vida donde las personas trabajan; es decir, emprenden una acción en el mundo externo basada en un proyecto y caracterizada por la intención de producir mediante el movimiento corporal el estado de cosas proyectado. Es el trabajo lo que se encuentra en el núcleo del mundo de la vida.;

En la cuarta, hay una forma específica de experimentar el propio "self" por la que el "self" trabajador se vive como un "self" pleno;

En la quinta, el mundo de la vida se caracteriza por una forma específica de socializar que implica el mundo intersubjetivo común de la comunicación y la acción social; y

Finalmente, en el mundo de la vida existe una perspectiva específica del tiempo que implica la intersección del flujo del tiempo personal y del flujo temporal de la sociedad. Por el contrario, en el mundo de los sueños o de las fantasías el paso del tiempo de una persona está desligado del paso del tiempo en la sociedad. Es decir, podemos fantasear, sobre la vida en la Edad Media mientras vivimos en el siglo XX.

E) La sociedad como realidad subjetiva

Para comprender la internalización de la realidad desde la perspectiva de Schütz, se tiene que entender que la sociedad existe como realidad objetiva y subjetiva. Por ello se tiene que comprender un fenómeno social en términos dialecticos: un proceso que consta de tres fases, la externalización, la objetivación y la internalización. Dicho proceso no es secuencial, sino que

sucedan simultáneamente en la sociedad o en un determinado sector de ella. La subjetividad de una persona puede llegar a ser objetivamente accesible, incluso significativa, a pesar de que exista una incongruencia entre los procesos subjetivos entre una persona y otra. La internalización se puede considerar como la base, ya que, como primer punto se encuentra la comprensión de los propios semejantes y segundo, la aprehensión del mundo en cuanto a realidad significativa y social. (p. 162,163).

La aprehensión comienza cuando “el individuo asume el mundo en el que ya viven otros” (Schütz, p. 163 2008). Lo que significa que al asumir éste puede ser modificado y en casos mayores hasta recreado. La internalización no implica solo comprender como lo menciona Schütz (2008) “los procesos subjetivos momentáneos del otro: sino que también comprendo el mundo en él que vive y ese mundo se vuelve mío” (p. 163). Esto quiere decir que “No solo vivimos en el mismo mundo sino que participamos cada uno en el ser del otro” (p. 163). De acuerdo con dicho autor, un individuo puede considerarse miembro de una sociedad en el momento en que logra dicho grado de internalización. La socialización se puede entender como la inducción amplia y coherente de un individuo en una sociedad o de un determinado sector de ella, y se encuentra dividida por grados. La socialización primaria, que se enfoca en la niñez y durante este periodo el sujeto se convierte en un miembro de la sociedad. En el nivel posterior o socialización secundaria, el individuo ya socializado puede incorporarse a sectores nuevos en el mundo objetivo de su sociedad.

La idea anterior nos este postulado se puede entender que la socialización primaria es la más importante, debido a que implica un aporte mayor al aprendizaje cognoscitivo; implica cargas emocionales que tienen relación con los significantes. Esto facilita el proceso de aprendizaje, A raíz de esa identificación con los significantes, A raíz de esa identificación con los significantes, el individuo puede identificarse a sí mismo, adquiere una identidad subjetivamente coherente y plausible, lo que se puede entender como “el yo”, y facilita el proceso de aprendizaje “El yo” refleja las actitudes que los otros significantes adoptaron hacia él, y llega a ser lo que los significantes consideren

el de él. Schütz (2008) asegura que “La socialización primaria crea en la conciencia del niño una abstracción progresiva que va de los roles y actitudes de otros específicos, a los roles y actitudes en general” (p. 166). Una vez que se ha generalizado dentro de la conciencia, el individuo se ha identificado tanto con los concretos como con la generalidad de otros en determinada sociedad.

Schütz (2008) afirma que partiendo de esta idea se estabiliza y continua su auto identificación, ya que aunado a la identidad “vis – a vis” que consiste en este, aquel, y otros significantes, también adquiere una identidad general con determinada coherencia, que permite incorporar diversos roles y actitudes internalizados. Entre las características de dicha identidad se encuentra la auto identificación, y está cargada de normas sociales (p. 167). El mundo de la niñez está diseñado para hacerle sentir una atmosfera estructural de confianza, una estructura en la que “todo está muy bien”. Schütz (2008) asegura que la socialización primaria tiene secuencias de aprendizaje que han sido socialmente definidas. A cierta edad tienen que aprenderse determinadas cosas, con cambios constantes de acuerdo a lo socialmente establecido con sus debidas limitaciones, como edad o género por mencionar algunos ejemplos (p. 170).

Schütz (2008) menciona que una característica de la composición de la realidad es que siempre predominará la realidad objetiva “disponible”, ya que el contenido de la socialización está determinado por la distribución social del conocimiento. Esto es debido a que las personas no pueden internalizar la totalidad de lo que se objetiva como realidad en su sociedad, aunque esta sea relativamente simple (p. 168). La socialización primaria concluye “cuando el concepto del otro generalizado se ha establecido en la conciencia del individuo” (Schütz, p. 172 2008) lo cual le permite la posesión subjetiva de un yo y un mundo, volviéndolo un miembro efectivo dentro de determinada sociedad. Ahora bien, la socialización secundaria según Schütz (2008) “es la internalización de sub-mundos institucionales o basados sobre instituciones” (p. 172). También se puede entender como “la adquisición de vocabularios específicos de “roles”, lo que significa, la internalización de campos semánticos que estructuran interpretaciones y comportamientos de rutina dentro de un área institucional”.

Desde la perspectiva de Schütz (2008) resulta, necesaria la socialización secundaria ya que no existe una sociedad que funcione simplemente con la primaria (p. 172). La socialización secundaria presenta un problema fundamental: en todo momento presupone un proceso de socialización primaria, asegurando que en el individuo ya tiene un yo formado y un mundo internalizado. Los procesos emocionales implicados en la socialización se encuentran directamente vinculados con los roles con los que se ha identificado el individuo. Algunos procesos pueden llegar a ser, neutrales o más o menos emocionales u objetivos; por ejemplo, esto lo determina el área social y la institucionalización (p. 180). Las cargas afectivas pueden alcanzar un grado de inmersión y compromiso hacia la nueva realidad hasta el grado de volverle institucionalmente necesario (p. 181).

Schütz (2008) afirma que la socialización no tiene fin y los contenidos internalizados se ven amenazados en su realidad subjetiva, por ello la sociedad se debe someter a mantenimientos de la realidad, esto, con la finalidad de salvaguardar hasta cierto punto la simetría entre la realidad subjetiva y la objetiva (p. 183).

F) La interpretación de la acción humana

Para Schütz (2008) el conocimiento del mundo en general, hablando en términos de sentido común o en el pensamiento científico supone construcciones; es decir, conjuntos de abstracciones, generalizaciones, formalizaciones e idealizaciones, que van de acuerdo con el nivel retrospectivo en el que se encuentre la organización del pensamiento. En el presente estudio sobre las emociones masculinas, la perspectiva del sentido común se vuelve relevante pues el diagnóstico de cáncer, genera en estos varones, un proceso de re significación e interacción en la vida cotidiana.

Schütz (2008) asegura que el mundo social se caracteriza por contar con un sentido particular y una estructura de “significatividades” para las personas que

viven, piensan, actúan dentro del mismo. Las personas han preseleccionado y preinterpretado dicho mundo gracias a una serie *deconstruccionesdesentidocomún* sobre la realidad cotidiana. Los objetos del pensamiento son los que determinarán la conducta de las personas, defendiendo el objetivo de su acción así como los medios con los que cuenta para alcanzarlo, lo cual quiere decir que es un mecanismo para que las personas se orienten y se relacionen con su medio natural y sociocultural (p.37).

Las personas adultas según Schütz (2008) contemplan el mundo intersubjetivo de la vida cotidiana, mismo en el que actúan los individuos con sus semejantes. Éste mundo de la vida cotidiana existe desde antes del nacimiento de la persona que lo experimenta en el presente, e igual al que han interpretado y experimentado sus predecesores (p. 39). El mundo intersubjetivo no es privado o propio de cada persona adquiere la particularidad de ser subjetivo ya que vivimos como hombres en interacción con otros hombres, quienes se vinculan por influencias y labores comunes, en las cuales la comprensión de los otros conmigo y yo hacia los otros es recíproca (p. 41). Lo que significa que el pensamiento del sentido común supera las diferencias en las perspectivas individuales que resultan de esos factores mediante dos idealizaciones básicas.

Schütz (2008) afirma que las personas, que desde la concepción se encuentran inmersas en determinado mundo social y que viven su existencia cotidiana en el mismo, lo experimentan como construido alrededor del lugar que ocupan en él, se encuentra disponible a su interpretación y a su acción. En todo momento se encuentra referenciado a la situación real, misma que desde la bibliografía está determinada, por las relaciones con los otros individuos del medio social.

CAPÍTULO 3. Metodología

El presente capítulo, es la exposición del camino metodológico para lograr los objetivos de investigación; por ello en éste se realiza una revisión de algunos de los principales autores enmarcados en la investigación comprensiva-interpretativa cualitativa: qué es la investigación cualitativa, sus principales características, porqué se recurrió a la misma para esta tesis y su objeto de estudio, su importancia, así como las técnicas y procesamiento de datos, la selección de la muestra, los instrumentos para la recolección de datos que se utilizaron, el procesamiento del dato cualitativo, y las consideraciones éticas de la investigación en general y para esta tesis.

3.1 Metodología Cualitativa impartida

Denzin y Lincoln (2012) argumentan que la investigación cualitativa “constituye un campo de investigación que entrecruza disciplinas, áreas y objetos de estudio” (p. 46). Este tipo de investigación, se ve envuelta por diversos factores, como una familia de términos, conceptos y presupuestos, mismos que se relacionan directamente con, el positivismo, el posfundacionalismo, el pos positivismo, el posestructuralismo, entre otras perspectivas de investigación cualitativa así mismo, usa métodos que se encuentran vinculados de alguna manera con los estudios culturales y los interpretativos. Dentro de la gran diversidad de métodos y enfoques con perspectiva cualitativa se pueden destacar los estudios de caso, la investigación participativa, los métodos de entrevista, la observación participante o no, y los métodos visuales, entre otros.

Existen parámetros que permiten realizar un análisis cualitativo. Corsaro y Heise, 1990 y Mangabeira, 1995 (citado por Coffey y Atkinson p. 211 2003) proponen cuatro principios para realizar un análisis: 1) Los acontecimientos tienen prerequisites; 2) Un acontecimiento no puede darse sino cuando hayan ocurrido todos los prerequisites; 3) La ocurrencia de un evento usa todos sus prerequisites y 4) un acontecimiento no se repite hasta que las condiciones que se creó se desgasten en algunas consecuencias.

Para Denzin y Lincoln (2012) en investigación de tipo cualitativo, resulta complicado definir específicamente un concepto que la refiera por completo, debido a que no cuenta con una teoría o un paradigma que sea distintivamente exclusivo. Los investigadores que optan por caminos metodológicos cualitativos, recurren a diversos recursos y herramientas, entre las que destacan, por mencionar algunas, el análisis de relatos, contenidos y discursos, la fenomenología, la hermenéutica, las entrevistas, las encuestas, la observación participante, entre otras prácticas de investigación. Muchos de los métodos se han empleado y aplicado en múltiples contextos dentro del área de humanidades, las ciencias sociales e incluso la psicología, adquiriendo cierta esencia de acuerdo a la disciplina en la que se esté utilizando (p.55).

Buscando una definición concreta sobre la investigación cualitativa, es necesario abordar a Nelson *et al.* (Citado por Denzin y Lincon, 2012) quienes afirman que “la investigación cualitativa constituye un campo interdisciplinario, transdisciplinario, y a veces contra disciplinario, que entrecruza las humanidades con las ciencias sociales y físicas. Al mismo tiempo este campo es inherentemente político, y está conformado por posiciones éticas múltiples” (p. 56). Entendemos la investigación cualitativa, como un conjunto de prácticas que cubre en diversas historias disciplinarias un conglomerado de tensiones y contradicciones, según sea la naturaleza del proyecto, sus métodos y la forma que adquieren sus descubrimientos e interpretaciones Denzin y Lincoln (2012).

Existen diversas diferencias dada la naturaleza y finalidad de la investigación científica, según Denzin y Lincoln (2012) “los estudios cuantitativos enfatizan la medición y el análisis de reacciones causales entre variables, no entre procesos. Su trabajo se realiza en un marco libre de valoraciones” (p. 62). De igual manera los autores Denzin y Lincoln (2012) aseguran que los investigadores cualitativos recurren a herramientas como historias de vida, narrativa histórica, crónicas en primera persona, por mencionar algunas, a diferencia de estos métodos los investigadores cuantitativos, quienes comúnmente recurren a herramientas como modelos matemáticos, tablas y

gráficas estadísticas, así como la redacción en tercera persona

De acuerdo a Denzin y Lincon (2012) la investigación cualitativa surge a principios del siglo XX, como una práctica interpretativa moderna, que sufrió altibajos debido a que se tenía la idea de que al ser observadores competentes y calificados tenían la posibilidad de crear conocimiento objetivo, claro y preciso a partir de sus propias observaciones del mundo social, abarcando inclusive las experiencias de los otros. A raíz de esto, surge la necesidad de establecer un método, lo cual llevó a los investigadores a que de manera permanente se enfocaran en el desarrollo de métodos cualitativos interpretativos para las disciplinas humanas, cayendo en cuenta que a partir de fenómenos y objetos de estudio como el género, la clase social, la raza y la etnia, es imposible generar observaciones objetivas.

Por su parte Flick (2007) propone que la investigación cualitativa se encuentra en establecimiento dentro de las Ciencias Sociales principalmente y en la Psicología, hoy en día existe una gran cantidad de métodos específicos los cuales surgen a partir de distintas premisas y a su vez de propósitos distintos. En particular cada método se basa en una comprensión específica hacia su objeto de estudio, lo que quiere decir que no pueden ser independientes del proceso de investigación ni del problema que se está estudiando pues se especifica en su objeto de estudio, Por esto la investigación de tipo cualitativo tiene una gran relevancia y se vuelve específicamente importante dentro del campo de estudio de las relaciones sociales, ya que se han pluralizado los mundos vitales (p. 15).

De acuerdo con Flick (2007) los resultados dentro de las Ciencias Sociales son poco perceptibles y utilizados en la vida cotidiana. Para cubrir los estándares metodológicos, las investigaciones de tipo cualitativo y sus hallazgos suelen estar lejos de las preguntas y problemas cotidianos. De igual manera dicho enfoque metodológico ha demostrado que una cantidad considerable de los ideales de objetividad formulados previamente no se pueden satisfacer, más allá de

todos los controles metodológicos que presentan las investigaciones y sus hallazgos. Existe influencia directa de intereses y el fondo social y cultural de los implicados, dicha influencia se presenta directamente en la formulación de las preguntas e hipótesis de investigación al igual que la interpretación de los datos y las relaciones (p. 17). Hay diferencias notables entre las ideas centrales que guían la investigación cualitativa a las que se encuentran en la investigación cuantitativa. (Flick, 2007, p.18,19) propone 4 características principales:

- 1.- Convivencia de los métodos y las teorías.
- 2.- Perspectivas de los participantes y su diversidad.
- 3.- Capacidad de reflexión del investigador y la investigación.
- 4.- Variedad de los enfoques y los métodos en la investigación.

Mason (1996) afirma que la investigación cualitativa no puede ser reducida a un conjunto simple y prescriptivo de principios, proponiendo tres elementos a considerar para entender la investigación cualitativa:

1. Está fundada en una posición filosófica que es ampliamente interpretativa en el sentido de que se interesa en las formas en las que el mundo social es comprendido, experimentado y producido.
2. Está basada en métodos de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen
3. Se encuentra sostenida por métodos de análisis y explicación que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto (citado por Vasilachis et al., p. 252006).

Marshall y Rossman (1999) proponen que la investigación cualitativa es pragmática, interpretativa y está asentada en la experiencia de las personas. Esto resulta una gran aproximación al estudio de los fenómenos sociales, sus métodos

suelen ser de tipo naturistas e interpretativos, recurriendo a múltiples métodos de investigación. Así el proceso supone tres principios:

- 1.- La inmersión en la vida cotidiana de la situación seleccionada para el estudio.
- 2.- La valoración y el intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos.
- 3.- La consideración de la investigación como un proceso interactivo entre el investigador y esos participantes, como descriptiva y analítica, que privilegia las palabras de las personas y su comportamiento observable como datos primarios (citado por Vasilachis et al., p. 26 2006)

Strauss y Corbin (1990) definen tres componentes elementales en la investigación cualitativa:

- 1.- Los datos cuyas fuentes más comunes son, para ellos, la entrevista y la observación.
- 2.- Los diferentes procedimientos analíticos e interpretativos de esos datos para arribar a resultados o teorías
- 3.- Los informes escritos o verbales (citado por Vasilachis et al., p. 29 2006).

Los datos que se mencionan anteriormente siempre tienen que mantener la relación con la pregunta de investigación para poder ser recolectados intencionalmente y, cuando corresponda puedan ser recogidos en situaciones naturales, los datos deben ser ricos y enfatizar la experiencia de las personas y el significado que le otorgan en sus vidas a los sucesos que experimentan, a procesos y a estructuras Miles y Huberman 1994 (citado por Vasilachis et al., p. 29 2006). Existen diferentes tipos de datos, Atkinson, 2005 (citado por Vasilachis *et al.*, 2006) propone los siguientes: narrativas personales, las historias de vida y otros documentos de vida, las películas y las imágenes, la cultura material y los artefactos tecnológicos, el discurso oral, estos datos se entrelazan particularmente con una estrategia analítica (p.29).

Según Morse, 2005 (citado por Vasilachis et al. 2006) afirma que los métodos

cualitativos pueden utilizarse de manera válida y confiable para evaluar, documentar mecanismos de cambio micro analíticamente y para registrar transformaciones estructurales en la sociedad (p. 31, 32).

Morse (2003) propone que podemos recurrir a la investigación cualitativa cuando:

- 1.- Sabemos poco sobre de un tema.
- 2.- Cuando el contexto de investigación es comprendido de manera deficiente.
- 3.- Cuando los límites del campo de acción están mal definidos.
- 4.- Cuando el fenómeno no es cuantificable.
- 5.- Cuando la naturaleza del problema no está clara o cuando el investigador supone que la situación ha sido concebida de manera restrictiva y el tema requiere ser reexaminado (citado por Vasilachis et al. 2006)

3.2 Justificación metodológica cualitativa

La metodología se puede apreciar como el vehículo para acceder y alcanzar determinado conocimiento. El presente apartado, sirve para sustentar la razón por la que se recurrió a la metodología de tipo cualitativa para el proyecto de investigación y se usó para esta tesis de licenciatura. Los objetivos planteados en la presente investigación exigen un exhaustivo mecanismo de análisis, dada la complejidad y la naturaleza del fenómeno a investigar, misma que se ve enmarcada dentro de un modelo cuantitativo comprensivo e interpretativo de la realidad. As la presente investigación busca comprender fenómenos tales como, las emociones, el malestar psicológico, los roles sociales, así como las características de cada uno de ellos.

Respaldando esto, Maxwell 1996 (citado por Vasilachis et al., p. 31 2006) afirma que la investigación cualitativa puede ser empleada con cinco finalidades.

- 1.- Comprender los significados que los actores dan a sus acciones, vidas y experiencias, y a los sucesos y situaciones en los que participan.
- 2.- Comprender un contexto particular en que los participantes actúan y la influencia que ese contexto ejerce sobre sus acciones.

- 3.- Identificar fenómenos e influencias no previstos y generar nuevas teorías fundamentadas en ellos.
- 4.- Comprender los procesos por los cuales los sucesos y acciones tienen lugar.
- 5.- Desarrollar explicaciones causales válidas analizando como determinados sucesos influyen sobre otros, comprendiendo los procesos causales de forma local.

Dentro de la investigación cualitativa, Flick (2007) propone que los textos tienen tres propósitos fundamentales, que van más allá que los datos esenciales en los que se basan los hallazgos. Sirven como la base de las interpretaciones y el medio central para presentarlos y comunicarlos; por ejemplo, la hermenéutica objetiva que ha convertido la teatralización del mundo en un programa. Para ser más precisos las entrevistas comprenden los datos que se transforman posteriormente en transcripciones, y es aquí donde surge el texto, para así producir interpretaciones, o bien la investigación comienza en el registro de conversaciones y situaciones naturales para llegar a transcripciones y posterior a interpretaciones (p.43).

Dicho esto, Flick (2007) menciona que la investigación cualitativa en el ámbito psicológico, en específico con respecto a temas de salud mental, al enfocarse en la variedad de perspectivas sobre el objeto y los significados subjetivo y social relacionados con la misma. Entre dichas perspectivas se encuentran tanto la del paciente como la de los familiares o los profesionales con los que se relaciona, ya que dicha investigación se encarga de estudiar el conocimiento y las prácticas de los participantes. Mediante el análisis de las interacciones acerca de la enfermedad, así como las formas de enfrentarse a ella en cierto ámbito, además se busca describir las interrelaciones entre el contexto del caso para explicar dicha relación con el mismo. Todo esto se logran sin dejar de lado los puntos de vista y las prácticas de campo son distintas gracias a las diferencias entre las perspectivas subjetivas y los ambientes sociales en cuestión (p.20).

Para Flick (2007) la investigación cualitativa se basa en un enfoque teórico, que tiene como particularidad, el hecho de que asume jerárquicamente el supuesto de que los sistemas culturales de significado enmarcan de alguna manera la percepción y la creación de la realidad, tanto subjetiva como social (p. 37). La investigación cualitativa presenta rasgos que se presentan en las diferentes posiciones teóricas, entre estos se encuentran la referencia a casos, la construcción de la realidad y el uso de textos como material empírico, gracias a dichos rasgos Flick (2007) plantea ciertas preguntas:

- ¿Cómo se puede comprender el proceso de construir la realidad social en el fenómeno en estudio, pero también en el proceso de estudiarlo?
- ¿Cómo se representa o se produce la realidad cuando se (re)construye con fines de investigación?
- ¿Cuál es la relación entre el texto y las realidades?

3.3 La Técnica de la Entrevista

Para la presente investigación, se recurrió a la “entrevista semiestructurada”, como técnica cualitativa, utilizando como instrumento principal a una guía de preguntas previamente construida para el proyecto general de CONACyT⁷. La finalidad fue recabar información sobre la experiencia subjetiva de los informantes claves previamente seleccionados, con el objeto de conseguir de ellos su definición de la situación específica en salud masculina y cáncer de próstata de los varones en contextos en los que laboran las distintas instituciones implicadas en la atención de esta población específica.

Nahoum, 1985 (citado por Caballero, 1998) define entrevista como la conversación verbal entre dos o más seres humanos, entrevistado y

⁵ Esta tesis es parte del proyecto en mención: “Percepción de riesgo y proceso social salud/enfermedad/atención del cáncer de próstata en tres estados de la república mexicana con distintos niveles de marginación”.

entrevistador. Tiene como finalidad mantener un intercambio verbal que ayude a reunir ciertos datos de interés. Para Caballero (1998) la entrevista busca establecer una efectiva apertura de los canales de comunicación. Entrevistar significa entrever uno al otro, el manejo de la entrevista como técnica demanda conocimiento previo del contexto donde se va a llevar a cabo la interacción. EL autor propone seis elementos fundamentales para una correcta comunicación interpersonal integra: Destinador, Destinatario, Referente, Código. Medio de transmisión y un mensaje.

De acuerdo con Schwarts y Jacobs (1984), la entrevista se utiliza para reconstruir la realidad de un grupo social, los individuos entrevistados son tratados como fuentes de información general. Se solicita que hablen en nombre de gente distinta de ellos mismos, teniendo como objetivo recabar la información acerca de los procesos y las convenciones culturales que trascienden a sus propias vidas personales. Se tiene que hacer saber al entrevistado que en todo momento debe asumir la identidad de un miembro de su grupo al formar constelaciones, siendo uno de los miembros a pesar de las diferencias personales. De igual manera el entrevistador tiene la opción de preguntar directamente sobre determinados problemas generales o interpretar las respuestas individuales, con la finalidad de que “arrojen luz sobre las actitudes, las situaciones y los patrones generales”.

A) Entrevista Semiestructurada

Díaz *et al.* (2013) asegura que las entrevistas semiestructuradas son todas aquéllas que presentan un alto grado de flexibilidad. Por encima de las estructuradas, ya que surgen a partir de preguntas previamente planeadas, que tienen la característica de ajustarse a los entrevistados, dicha posibilidad de adaptación es su mayor ventaja, debido a que permite motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos. Respaldo este postulado, Flick (2007) propone que las entrevistas semiestructuradas son “todas aquellas que ofrecen un grado de flexibilidad aceptable, a la vez que mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con

los propósitos del estudio [...] es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista, de manera relativamente más abierta, que en una entrevista estandarizada o un cuestionario” (citado por Díaz et al.2013).

Con la finalidad de llevar a cabo correcta y satisfactoriamente una entrevista semiestructurada, así como, facilitar las condiciones ambientales que surgen a raíz de la entrevista, Martínez (1998) propone las siguientes recomendaciones para llevar a cabo entrevistas semiestructuradas, (citado por Díaz et al. 2013). Mismas que permiten llevar a cabo correcta y satisfactoriamente una entrevista semiestructurada, además de facilitar condiciones ambientales que surgen a raíz de la entrevista naturalmente.

- Contar con una guía de entrevista, con preguntas agrupadas por temas o categorías, con base en los objetivos del estudio y la literatura del tema.
- Elegir un lugar agradable que favorezca un diálogo profundo con el entrevistado y sin ruidos que entorpezcan la entrevista y la grabación.
- Explicar al entrevistado los propósitos de la entrevista y solicitar autorización para grabarla o video grabarla
- Tomar los datos personales que se consideren apropiados para los fines de la investigación.
- La actitud general del entrevistador debe ser receptiva y sensible, no mostrar desaprobación en los testimonios.
- Seguir la guía de preguntas de manera que el entrevistado hable de manera libre y espontánea, si es necesario se modifica el orden y contenido de las preguntas acorde al proceso de la entrevista.
- No interrumpir el curso del pensamiento del entrevistado y dar libertad de

tratar otros temas que el entrevistador perciba relacionados con las preguntas.

- Con prudencia y sin presión invitar al entrevistado a explicar, profundizar o aclarar aspectos relevantes para el propósito del estudio.

3.4 Selección de la Muestra

La Comisión Nacional para la *Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento* (s.f) asegura que ciertas poblaciones, en específico las que son institucionalizadas, cargan con determinadas responsabilidades, gracias a sus enfermedades y condiciones ambientales. Al proponer una investigación que presenta riesgos y no incluye un componente terapéutico, rigurosamente se tiene que invitar a los participantes a asumir dichos riesgos de la investigación, a excepción de las investigaciones que se encuentren directamente relacionadas con las condiciones específicas de las personas involucradas. Lo anteriormente mencionado puede ser llevado a cabo mediante un consentimiento informado. Comúnmente los investigadores por encuestas seleccionan bajo un muestreo estadístico (aleatorio) a la población que será estudiada, mientras que los investigadores cualitativos tienen como característica, ser menos conservadores, buscan generar sus propios patrones de interacción en un grupo, con la finalidad de asegurar la validez de su “lógica de muestreo”.

La selección de los varones informantes (ver tablas 2 y 3) se realizó con base en los siguientes criterios de inclusión:

- Varones diagnosticados hace un año o más y en tratamiento y/o curación de cáncer
- Para la selección de los participantes se identificaron características que pueden representar una diversidad importante en la experiencia. Se tomaron en cuenta la variabilidad y diversidad en cada uno de los tipos de informantes como:
 - Diagnóstico temprano o tardío de la patología: ya que representa un curso diferente tanto para la búsqueda como para la adherencia al tratamiento. Asimismo para las condiciones de sobre-vida, relaciones familiares y de

pareja.

- Edad: rango entre 40 y 70 años que representan ciclos de vida diferentes y por ende percepciones diferentes del problema: etapa reproductiva, andropausia, adulto mayor y por ende percepciones diferentes del problema.
- Nivel de educación: la literatura señala que la educación, y en particular la alfabetización contribuyen en gran medida a la salud de las personas.
- Si cuenta con seguro de salud: seguro popular, IMSS, ISSSTE, sin seguro, Esta variable está directamente relacionada con la accesibilidad al diagnóstico temprano, tratamiento (incluye medicamentos), control y seguimiento de la patología.
- Pertenencia a contextos con índices de marginalidad diversos y que pueden presentar particularidades culturales.

3.5 Trabajo decampo

La presente tesis se desarrolló como parte del proyecto: “Percepción de riesgo proceso social salud/enfermedad/atención del cáncer de próstata en tres estados de la república mexicana con distintos niveles de marginación” 2017-1-29008, que se divide en tres fases: la primera se llevó a cabo en el estado de Nayarit con nivel medio de marginación, posteriormente en la Ciudad de México con un nivel bajo de marginación, y finalmente en el estado de Chiapas con un alto nivel de marginación. El proyecto está a cargo de un equipo de trabajo constituido por profesionales de distintas áreas de estudio, quienes participaron en las diversas actividades que surgieron durante el proceso. El proyecto en mención busca conocer mediante los testimonios, las experiencias y opiniones de todas las personas relacionadas con el cáncer de próstata. Para esto, las entrevistas se aplicaron a pacientes diagnosticados con cáncer de próstata, organizaciones civiles, varones sin la enfermedad, pareja afectiva del varón, familiar o amigo del varón, médicos y otros miembros del personal de salud, tales como trabajo social, entre otros.

Para la realización de esta tesis se identificaron a 17 varones diagnosticados

con Cáncer de Próstata y que en el momento de la entrevista, se encontraban bajo tratamiento o seguimiento en el Hospital General de la Ciudad de México. El hospital pertenece a la Secretaría de Salud y recibe a población abierta con ubicación calle Dr. Balmis, num, 148, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México. Los médicos a cargo de la atención de los pacientes que reunían los criterios de inclusión fueron los encargados de seleccionar a partir de la revisión primero de los expedientes clínicos, y a posteriori invitar a los pacientes para que formaran parte del estudio con una entrevista. Aquellos que accedieron a brindar su testimonio para fines exclusivos del proyecto se les leyó puntualmente un *consentimiento informado* (Ver Anexo 1), mismo que recalca los objetivos de la investigación, su participación es voluntaria, así como, la posibilidad de abstenerse a responder ciertas preguntas o finalizar la entrevista el momento que así lo desee.

Las entrevistas se realizaron entre 29 de noviembre del 2018 al 25 de febrero del 2019 en cubículos individuales de consultorios, dentro de las instalaciones del hospital. Con la finalidad de proporcionar mayor comodidad y confidencialidad a los entrevistados, el cubículo asignado generalmente fue el más lejano al área principal de consulta. Una vez leído el *consentimiento informado* mencionado previamente, el entrevistador procedió a comenzar con la entrevista, las cuales fueron realizadas por dos miembros del equipo de investigación (ver en Anexos la Guía de entrevista).

3.6 Procesamiento del dato cualitativo

En el proyecto y en consecuencia en esta tesis, partimos de las grabaciones de las entrevistas semiestructuradas; posteriormente, con cada una de las entrevistas se realizó un proceso de transcripción literal por duplicado, el cual se capturó en Word. Como parte final del procesamiento de datos, se realizó una codificación de la información ayudados por una Guía (ver anexos) y el uso del software del *Atlas / Ti 8*.

Con respecto a la recuperación y conservación de datos, de acuerdo a Schwarts y Jacobs (1984) hay dos mecanismos para recuperar y conservar los datos obtenidos: 1) tomar notas durante el transcurso de la entrevista o 2) la utilización

de un magnetófono para posteriormente transcribir las mismas. Los autores en mención, aseguran que el uso de esta herramienta permite al entrevistador concentrarse totalmente en la entrevista sin distraer tanto al entrevistado como a sí mismo al estar tomando notas o intentando retener la información que le refiere el entrevistado.

En relación con la *transcripción literal*, Baena y García (1997) destacan la importancia de mantener un respeto a la literalidad de todo lo que se ha hablado durante la entrevista y se tiene que ver reflejado íntegramente al momento de la transcripción, de manera que ésta responda de manera real y fiel a las características particulares del habla, tanto del entrevistador como del entrevistado. Incluyendo dentro de la transcripción factores como los “silencios”, “las risas”, “palabras cortadas”, “otros sonidos”, “ruidos” e incluso “comentarios del transcriptor”, los cuales al igual que los sonidos y los ruidos se redactan entre *corchetes* (p.47-50) que es como esta investigación lo realizó.

Por su parte, en la etapa de procesamiento del dato enmarcado a la Codificación consiste en recapitular los trabajos de codificación y búsqueda en modo manual. Sin embargo, gracias al surgimiento y al avance de la tecnología, en el campo de la investigación se ha notado un progreso de gran relevancia. En específico, el avance propuesto por Coffey y Atkinson (2003), con respecto a los programas computacionales con los cuales se codifican los datos textuales de tipo cualitativo. Anteriormente, los analistas cualitativos solían llevar a cabo el manejo práctico de datos, así como, las estrategias de codificación y recuperación manualmente, mediante el uso de papel, bolígrafo y tarjetas. Los autores consideran que estos programas, no representan un avance conceptual significativo con respecto a la clasificación manual de los datos, ya que, ellos utilizan dicha estrategia como su función principal de manejo de datos; sin embargo, constituyen un ahorro significativo de tiempo, además de sintetizar y facilitar la actividad del analista (p. 204).

Estos programas, están creados para permitir al analista puntuar segmentos de datos, añadiéndoles palabras de codificación para así posteriormente poder buscar los datos, recuperarlos y recolectar todos los segmentos, mismos que se

identifican con el mismo código o de igual manera una combinación de palabras de código (p.204). Entre los programas más conocidos y usados, se encuentran: Ethnograph, QUALPRO, Kwalítan, Martin, HyperQua12, NUD.IST, y ATLAS/ti.

Coffey y Atkinson (2003) se refieren en específico al ATLAS/ti, el cual tiene la particularidad de que permite al analista crear vínculos explícitos como códigos, entre los elementos. Gracias a las funciones con las que cuenta el programa, dichos vínculos analíticos pueden ser trabajados de manera gráfica en dicho programa, estratégicamente esto sirve para crear interacciones elementales entre las ideas y los datos, genera categorías y conceptos analíticos. Sin embargo, uno de los aspectos de mayor importancia es que cubre la necesidad que surge por revisar de manera detallada y sistemática las ideas, y lograr cotejarlas con los datos. Este proceso de intercambio que se presenta entre las ideas y los datos quiere decir que los conceptos y las hipótesis que surge siempre deben ser revisadas, modificadas, abandonadas o desarrolladas (p. 214, 215).

Si bien dentro del mundo de los programas y herramientas tecnológicas no existe dicho avance de igual manera, no se puede negar que existen ventajas considerables a la hora de realizar el análisis de datos dentro de la metodología cualitativa, debido a que los métodos computarizados permiten realizar el trabajo con mayor velocidad y amplitud de la búsqueda. En ocasiones suele apreciarse como la herramienta más valiosa de la comprobación de hipótesis en el curso del análisis de los datos, pues “el computador no busca en los archivos de datos sólo hasta que encuentra el primer ejemplo que "sirve" para ilustrar un argumento. Ni se detiene después de encontrar sólo una o pocas citas apropiadas o viñetas” (Coffey y Atkinson, 2003, p.205).

Para Coffey y Atkinson (2003) al hacer uso de los métodos computarizados de esta índole es necesario previamente los procedimientos de codificación de texto, como: transcripciones de entrevistas, notas de campo, registros transcritos, documentos, etc. Lo cual implica marcar el texto con la finalidad de

añadirle partes particulares o segmentos de dicho texto. Los programas cuentan con características que resultan avances significativos de valor práctico para la codificación y búsqueda manuales. Se puede manejar múltiples códigos, incluso códigos entrelazados, a la vez que se pueden conducir búsquedas múltiples, en las cuales se utilizan de manera simultánea una o más palabras de código p. 205,206).

Otra ventaja práctica a la hora de realizar análisis de tipo cualitativo con el uso de computadores es la facilidad y rapidez con la que se realiza el “escudriño” a datos textuales de gran volumen. Dicha ventaja suele explotarse principalmente en casos de lenguaje y significado, actualmente se han desarrollado e instrumentado diversos programas que tienen como objetivo la búsqueda sistemática de conjuntos de datos textuales, los cuales tienen como objetivo ser multifuncionales como lo mencionan Coffey y Atkinson (2003) “hacer grandes volúmenes de fuentes documentales, buscar en ellos para encontrar términos particulares (tales como nombres propios) o localizar secuencias específicas de palabras y letras” (p. 207). En resumen, los programas no realizan el análisis de un dominio por sí mismo, sino que son una herramienta elemental y de gran practicidad para la ejecución básica de dicha tarea (p. 210).

3.7 Consideraciones éticas de la investigación

El protocolo fue revisado y aprobado por el *Comité de ética y el de Investigación* del Instituto Nacional de Salud Pública de México y además de cada uno de los hospitales participantes; en este caso en específico, el *Comité de ética* del Hospital General la Ciudad de México (Ver Anexo 2). A cada uno de los varones que fueron entrevistados, se les informó minuciosamente y con detalle, sobre los objetivos de la investigación y la relevancia de su participación. El consentimiento, fue incluido de manera verbal al iniciar la grabación de la entrevista. Cada entrevistado, recibió una copia de la carta de *consentimiento informado*, misma que fue firmada, tanto por el entrevistado, como por el entrevistador y los testigos (generalmente el familiar que acompañaba al varón).

En todo momento se recalcó que su participación era anónima y su identidad estaba protegida mediante un código único de identificación. Además, se aclaró el compromiso por parte del entrevistador y todos los miembros del equipo a no utilizar los datos obtenidos con fines distintos a los del presente estudio.

Al respecto, Ruvalcaba (2008) afirma que el investigador tiene la obligación de realizar una reflexión sobre las consecuencias de su trabajo, en función de la sociedad, aunado a esto, los problemas teóricos y metodológicos que implica su labor. De acuerdo con el “artículo 5” *La constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* Ruvalcaba (2008) interpreta que la investigación social, independientemente de sus riesgos, es una actividad legal y honesta, la cual implica cuestiones éticas y morales. Esto tiene validez siempre y cuando el ejercicio profesional no violente los derechos del grupo investigado. De no suceder esto, y no buscar el daño o la ofensa a terceros, “como ciudadanos mexicanos tenemos derecho a ejercer investigación social sin cortapisas del estado, de los gobernantes, de los caciques locales o incluso del propio grupo estudiado” (p.26).

Aluja y Birke, 2003 (citado por Ruvalcaba, 2008) aseguran que: “algunos de los principios fundamentales bajo los que cualquier científico se tiene que guiar son: Honestidad, objetividad, integridad, ser cuidadoso (por ejemplo, con el manejo de datos) y disponer apertura (compartir ideas, datos, recursos, herramientas de trabajo), saber mantener la confidencialidad, libertad de expresión y búsqueda, eficiencia, ser competente en su campo y tener un sentido de responsabilidad social”.

Según *Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento* (s.f) el informe Belmont explica que los códigos están constituidos por reglas, generales y específicas, que guiarán al investigador en su trabajo. En diversas ocasiones las reglas no están diseñadas para resolver situaciones complejas, o en ciertos casos entran en conflicto, siendo difíciles de interpretar o aplicar. Por ello un conjunto de principios éticos de mayor amplitud proporcionarán una base sobre la cual las

reglas específicas se puedan formular, criticar e interpretar. Existen tres principios o conceptos generales constituidos en relación con las investigaciones que involucran sujetos humanos. No son tres principios absolutos, ya que otros pueden llegar a ser adecuados de igual forma, no obstante. los tres principios en mención se caracterizan por ser amplios, además de estar redactados a nivel general, lo cual auxilia tanto a los científicos como los sujetos, a entender las consideraciones éticas propias de la investigación. Los principios anteriormente mencionados se dividen en: *Distinción Entre Práctica e Investigación; Principios Éticos Básicos y Aplicaciones.*

Dentro de los “principios éticos básicos” *Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento* (s.f) se encuentra el respeto a las personas, este se constituye como mínimo de dos convicciones éticas. La primera dicta que “los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas” (p. 4). De esta manera el principio de respeto a las personas presenta dos exigencias morales separadas: la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida. Dentro de las “Aplicaciones” se pueden destacar: el consentimiento informado, evaluación de riesgo/beneficio y la selección de sujetos de investigación.

El “consentimiento informado” según *Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento* (s.f) pretende proporcionar a los sujetos, según sus capacidades la oportunidad de elegir lo que les sucederá. Esto se presenta cuando se han satisfecho las normas adecuadas para realizar un consentimiento informado. Siendo indiscutible su importancia, existen posturas que generan controversia sobre la naturaleza del mismo. Existen tres factores que componen un consentimiento informado: “*información, comprensión y voluntad*”. Dentro del factor de la “*Información*” se tiene como objetivo el asegurar que se proporcione información suficiente a los sujetos, incluyendo: “el procedimiento de la investigación, sus

propósitos, riesgos y beneficios anticipados, procedimientos alternos (cuando se incluye terapia) y una declaración ofreciendo al sujeto la oportunidad de hacer preguntas y retirarse en cualquier momento de la investigación” (p. 8).

La “*Comprensión*” dentro del consentimiento informado según *Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento* (s.f) es la manera y el contexto en el que se va a compartir la información, está resulta de gran importancia. Sí la información se comunica de manera desorganizada y rápida puede influir en el sujeto, truncando la oportunidad para realizar preguntas y aclarar detalles. El investigador adquiere la responsabilidad de asegurarse que el sujeto haya comprendido la información. Dentro del factor de “*Voluntad*” exige condiciones libre de coerción y de influencia indebida, La coerción se presenta cuando una persona amenaza con dañar evidente e intencionalmente a otra persona con la finalidad de conseguir su consentimiento. Mientras que la influencia indebida se presenta gracias a una oferta de recompensa excesiva, inapropiada o deshonestas, con la finalidad de obtener el consentimiento (p. 9,10).

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen los resultados más relevantes que se han obtenido mediante el análisis de los datos recabados de las entrevistas de los varones diagnosticados con cáncer de próstata en el Hospital General de la Ciudad de México. Como primer punto se realiza la caracterización de los varones entrevistados. Seguidamente se realiza un análisis sobre los cambios y las continuidades en los roles y su significado para los varones que fueron entrevistados. en el tercero apartado se identifica y especifica cuál fue la esfera social perspectiva de la vida cotidiana que se ve afectada de mayor manera en varones a partir de su experiencia ante el diagnóstico y padecimiento del cáncer de próstata. En cuarto lugar se identificaron y caracterizaron las emociones que se manifiestan los varones a partir de su experiencia ante el diagnóstico y padecimiento del cáncer de próstata. Finalmente se analiza la relación entre las emociones y las manifestaciones del malestar psicológico en los varones entrevistados a partir de su experiencia ante el diagnóstico y padecimiento del cáncer de próstata.

4.1 Caracterización de los varones entrevistados

La muestra seleccionada está compuesta por 17 varones, con un rango de edad entre los 33 a 85años, residentes principalmente en la Ciudad de México y el área conurbada del Estado de México. Algunos de ellos viudos o solteros. Con respecto a su escolaridad, la mayoría reportaron un grado máximo de estudio de secundaria completa o incompleta; sólo dos reportaron no tener estudio o primaria

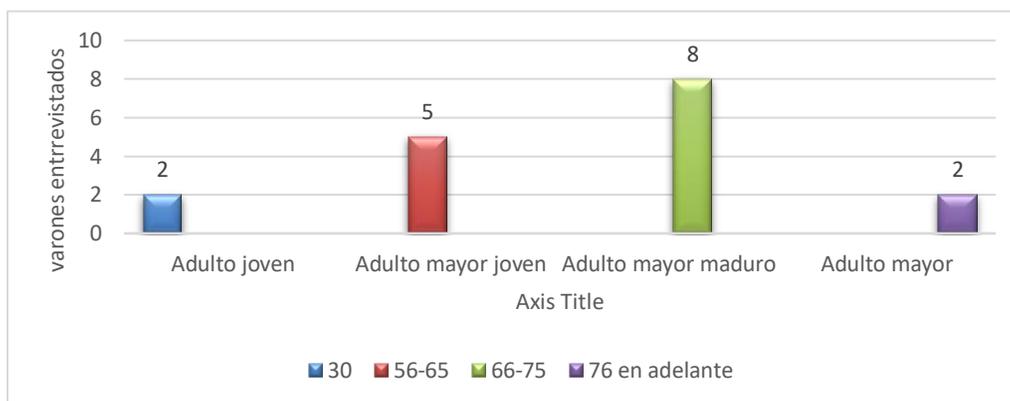
Tabla 2. Características Socio demográficas de los varones entrevistados diagnosticados con cáncer de próstata

Código	Nombre Ficticio	Edad	Lugar De Residencia	Lugar Natal	Escolaridad	Estado Civil	Hijos
Pmex Hg -1	Ángel	33	Ajusco Cdmx	Pachuca Hidalgo	Secundaria Trunca	Casado	No
Pmex Hg - 2	Francisco	61	Iztapalapa Cdmx	Distrito Federal	Secundaria Trunca	Soltero	No
Pmex Hg -3	Andrés	65	Estado De México	Guanajuato	Primaria	Casado	2
Pmex Hg -4	Ramiro	66	Cdmx	_____	Secundaria/ Dibujo	Casado	4
Pmex Hg -5	Raúl	69	Tlalnepantla Cdmx	Puebla	Secundaria	Casado	6
Pmex Hg -6	Pedro	56	Santa María La Rivera	Cdmx	Preparatoria	Soltero	No
Pmex Hg -7	Roberto	70	Zumpango Edo Méx	Tequixquiac Edo Méx	Sin Estudios	Soltero	No
Pmex Hg-8	Eduardo	75	PeralvillaCdmx	Cdmx	Secundaria Trunca	Viudo	2 Adopción
Pmex Hg -9	Alejandro	72	Cdmx	Nararanshan Michoacán	Licenciatura En Arte Dramático / Diplomado	Soltero	No
Pmex9 Hg -10	Rogelio	65	Cdmx	_____	Licenciatura Trunca En Administración	Casado	2 Biológicos
Pmex Hg -11	Emmanuel	85	Azcapotzalco Cdmx	Toluca	_____	Viudo	3
Pmex Hg -12	Alberto	65	Xochimilco Cdmx		Secundaria Trunca	Casado 2 Veces	3
Pmex Hg -13	Lorenzo	81	Cdmx / Chiapas	Cintalapa, Chiapas		Divorciado	2
Pmex Hg -14	Ernesto	67	Santa Marta Acatitla Cdmx	Cdmx	Secundaria	Casado	7
Pmex Hg -15	Julio	74	Unida Arbolillo, Tlalnepantla (CDMEX)originario de Tehuacán	Edo Méx	_____	_____	_____
Pmex Hg -16	Carlos	67	Zacamihualco	Veracruz	Primaria Trunca	Casado	2
Pmex Hg -17	Ezequiel	40	Álvaro Obregón (CDMEX)	_____	_____	_____	_____

Fuente: Elaboración propia, (2020).

La *edad* de los varones se encuentra en un rango de los 33 a 85 años, concentrándose en la etapa de vida *adulto mayor maduro* de los 65 a los 75 años con 8 pacientes, seguido por *adulto mayor joven*, de los 56 a 65 años, con 5 pacientes, posteriormente se encuentra el *adulto mayor* de los 76 años en adelante, con 3 pacientes, y por ultimo *adulto joven* con un solo caso de 40 años de edad.

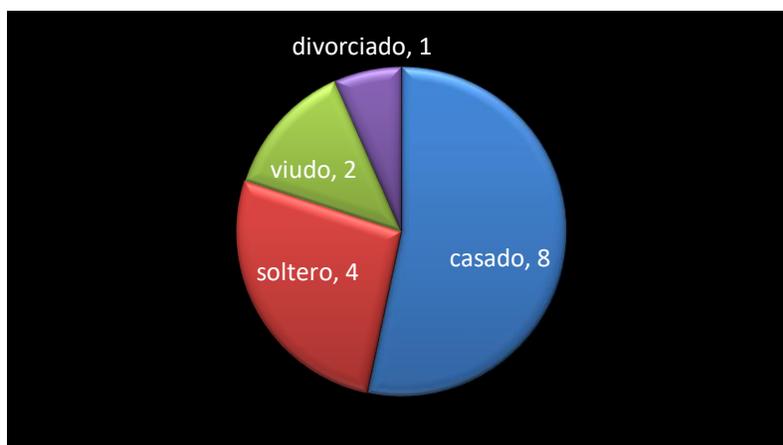
Gráfica 1. Edad



Fuente: Elaboración propia, 2020

A continuación se grafica el *estado civil* de los pacientes entrevistados, 8 de ellos son casados, 4 solteros, 2 viudos y 1 divorciado.

Gráfica 2. Estado civil



Fuente: Elaboración propia, 2020.

En la gráfica número 3 se muestra el *número de hijos* que tienen los pacientes entrevistados, de los cuales: 5 no tienen ningún hijo, 4 de ellos tienen 2 hijos, 2 tienen 3 hijos, 1 tiene 4 hijos, 1 tiene 6 hijos y por ultimo un varón tiene 7 hijos

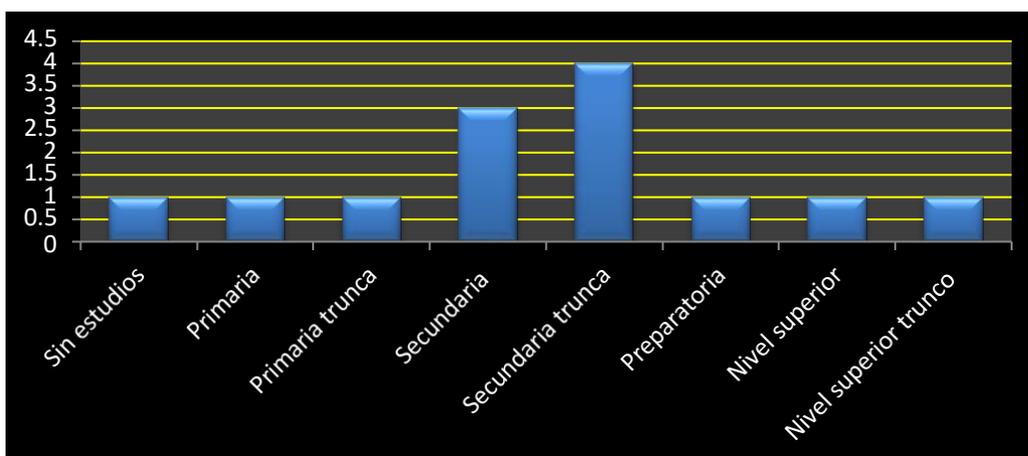
Gráfica 3. Número de hijos



Fuente: Elaboración propia, 2020

En la gráfica número 4 se muestra la *instrucción escolar y el grado máximo de estudios* cursados por los pacientes entrevistados, predominando el grado de secundaria trunca entre ellos con 4 varones, seguido de secundaria concluida 3 varones, el resto de los grados es ocupado por 1 varón según el caso

Gráfica 4. Escolaridad



Fuente: Elaboración propia, 2020

En la tabla 3. Se pueden apreciar la condición laboral antes y después de ser diagnosticados con cáncer de próstata, según la categoría de riesgo con respecto a la enfermedad, lo cual nos permite entender en algunos casos las razones por las que han dejado o modificado sus actividades laborales.

Tabla 3. Condición laboral

Código	Nombre Ficticio	Categoría de riesgo	Tratamientos a pacientes	Trabajo antes del CAPO	Trabajo después del CAPO
Pmex Hg -1	Ángel	Alto riesgo	Radioterapia (39 sesiones)	Repostero. Taxista. Policía patrullero. Chofer / camión. Vendedor ambulante. Reportero.	Negocio / venta de ropa y regalos
Pmex Hg - 2	Francisco	Alto riesgo	Cirugía y tratamiento hormonal	Carpintero. Servicio de limpia.	No trabaja No actividades
Pmex Hg -3	Andrés	Alto riesgo	Radioterapia y tratamiento hormonal	Albañil- Vendedor / tianguis. Chofer. Fabrica chocolatera. Pollero	No trabaja
Pmex Hg -4	Ramiro	Riesgo medio	Tratamiento Hormonal	Dibujo publicitario. Diseñador gráfico.	No trabaja
Pmex Hg -5	Raúl	Alto riesgo	Cirugía	Encargado de una tortillería / molinero	Tortillería / limpieza
Pmex Hg -6	Pedro	Alto riesgo	Radioterapia y tratamiento hormonal	Carnicero Despachador / Gasolinera	No trabaja No actividades Ayuda programa gubernamental
Pmex Hg -7	Roberto	Alto riesgo	Tratamiento hormonal, cirugía y Radioterapia (39 sesiones)	Reparación / lavadoras Campo Taller de torno Panadero (prisión) Recolector / reciclables	Recolector de reciclables
Pmex Hg -8	Eduardo	Alto riesgo / quimioterapia	Radioterapia (44 sesiones) y tratamiento hormonal	Comerciante / tianguis	No trabaja
Pmex Hg -9	Alejandro	Alto riesgo	Radioterapia (40 sesiones)	Actor	Actor
PmexHg -10	Rogelio	Alto riesgo	Tratamiento hormonal	Ventas / autopartes	Asesor de dirección
Pmex Hg -11	Emmanuel	Alto riesgo	Tratamiento hormonal	Comerciante / muebles	No trabaja
Pmex Hg -12	Alberto	Alto riesgo	Tratamiento hormonal	Mantenimiento General	Trabajo en mantenimiento esporádicamente

Pmex Hg -13	Lorenzo	Alto riesgo	Está en estudios para definir qué tratamiento le dan.	Supermercado Ventas Limpieza / metro Aserradero	No trabaja
Pmex Hg -14	Ernesto	Alto riesgo	Tratamiento hormonal y radioterapias (lleva 12 sesiones)	Ventas / autopartes	Comerciante / tianguis 2 días por semana Recolector de reciclables
Pmex Hg -15	Julio	Alto riesgo	Inyecciones hormonales	_____	_____
Pmex Hg -16	Carlos	Alto riesgo	Cirugía	Soldador Fundición Albañil Pintor Yesero	Fundición de metales Soldador
Pmex Hg -17	Ezequiel	Alto riesgo	Cirugía, radioterapia (33 sesiones) y tratamiento hormonal, quimioterapia.	_____	_____

FUENTE: Elaboración propia, (2020).

En la gráfica número 5 se puede apreciar la condición laboral actual de los pacientes entrevistados, en ésta se puede apreciar como la mayoría de ellos han de alguna manera continuando con su vida laboral, algunos en trabajos alternativos o eventuales que se encuentran dentro de sus posibilidades, el resto no trabaja actualmente

Gráfica 5. Condición laboral actual



Fuente: Elaboración propia, 2020

4.2 Cambios y continuidades en los roles y su significado para los varones entrevistados

En el presente apartado se muestran los resultados obtenidos en la presente investigación, sobre los cambios y continuidades de los varones en su rol de proveedor, dedicación a algunos trabajos pesados que demandan el uso de la fuerza, subalimentación, algunos aspectos sobre su sexualidad antes y después de los tratamientos, y algunas *prácticas de riesgo* como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, así como de algunas drogas, contrastando así los discursos obtenidos de las entrevistas con las principales propuestas de los autores revisados sobre masculinidades y salud-bienestar.

Los estudios sobre los hombres como seres marcados por el género comenzaron a realizarse en América Latina hasta fines de la década de los ochenta. Hasta ese momento, la identificación de los varones con lo humano, y con una serie de privilegios hacía invisible su problemática de género (Viveros, 2004). Autores como Chiodi, Fabbri y Sánchez (2019) aseguran que desde la perspectiva de la *construcción de su subjetividad*, hay condiciones para que los varones logren cumplir las expectativas relativas a su rol social. La *socialización primaria* les inhibe el registro de sus propios malestares, lo cual conlleva a un deterioro en el auto cuidado debido a que los varones llegan a los servicios de salud con cuadros avanzados de la enfermedad, lo cual torna complicada la intervención médica y los mismos *procesos desocialización*.

A) Ser Proveedor

Uno de los factores principales que abordan los estudios sobre “masculinidad dominante”, es el rol de proveedor; acción que realizan los varones a fin de obtener ingresos para sus hogares como una actividad socialmente estructural. En nuestra investigación, los discursos de algunos varones entrevistados, muestran cambios en dicho rol. El Sr. Andrés explica que como consecuencia de los efectos secundarios del tratamiento, no puede trabajar ni emplear su tiempo en actividades que remuneren un ingreso económico tras los efectos secundarios del tratamiento. De esta manera ha habido una reestructuración de

los integrantes del hogar para la proveeduría para mantenerse y sufragar gastos de la enfermedad y del mismo hogar: hoy dependen del apoyo económico tanto de su esposa como de sus hijos. Esta situación hace que en el momento de la entrevista exprese que *no se siente conforme* con esta situación actual por la que atraviesan con respecto a las cuestiones laborales y económicas, expresando su deseo de incorporarse nuevamente a sus actividades laborales lo antes posible:

Pus ya voy pa tres años [...] Que no estoy trabajando, dos años [...] Pues ahorita está un poquito castigado, pero pues ahí, ahí vamos saliendo lo bueno es que ella trabaja [...] Y mi hija trabaja y mi hijo también entonces ahí nos [...] Apoyamos unos con otros ¿no? [...] Ahí la vamos sobrellevando [...] Entonces pues, eso fue el, el cambio pues que ya te, pues te tienes que cuidar un poco más de lo que comes ¿No? Y, y este, tocante a este, lo económico, pues que ya no aportaba yo pa la casa ¿no? [Riendo] [...] Pues depender de uno pues, no es lo mismo que te digan: ten papá cien pesos o ten, no, a que yo me gane, pues voy y cobro mi semana, que cosa tengo mi, mi dinero ¿No? [...] Sí, cambió mucho pues ya ahorita estoy viejo, ya no es fácil que me den trabajo así como quiera ¿No? Entonces, pero sí, pues yo creo que todavía puedo acomodarme todavía en algún trabajillo por ahí, pero pus ya necesito ya también dejar esto porque también te, te trunca la vida porque pues cuando no tienes que venir a antígeno que tienes que venir a laboratorio, que tienes que venir al médico, entonces a veces pues no puedes estar en un trabajo también, falte y falte y falte, pues no se puede luego ¿No? [...] Pero, pues espero que ya eso ya, ya tenga un fin

Andrés 65años

Dicho cambio se ve reflejado en distintos niveles. Algunos pacientes, se desestabilizan económicamente, debido a que los gastos destinados a los medicamentos en ocasiones superan el ingreso del proveedor, truncando así la posibilidad de adquirirlos y continuar con el tratamiento. En varios casos esto ha motivado a que la pareja haya incursionado en el mundo laboral como es el caso del Sr. Alberto o el Sr. Carlos, y nos dicen al respecto:

Iba yo caminando después de un trabajo, venia yo caminando y sentí un dolor muy fuerte entre, entre la entropierna y me paré y una sudoración y vómito, sudoración y vómito y no quiero decirle así horas, fueron 30 minutos por día y se suspendió, dije bueno pues que será, no, no me percaté y dije bueno pues ya es el proceso del cáncer yo creo que ya se está ya

acelerando, ya va a suceder lo inevitable [...] Y dije, pues ya ni modo, ni le dije nada a mi esposa, ni siquiera le dije pues me pasó este... llegué y me tomé las pastillas porque me habían dado primero las pastillas de esas pastillas me tomaban yo 3 diarias [...] Pero como el costo era bastante, es bastante, \$2,350 me salían [...] Eran, este, 18pastillasen ese precio, entonces yo tres diaria, entonas me las acababa yo en una semana[...] Y yo decía y ora el trabajo y el dinero y él, la mujer que tengo yo la admiro y la quiero ahora un poco más, no por la enfermedad sino por la forma de ser, porque da todo por mí, yo decía, pues ella tenía sus ahorros en el banco, dispuso de todo ¿y sabes qué? no importa ahí está y ahí está y ahí está

Alberto 65años

Ahorita la que trabaja es mi esposa, o sea como vendemos en el tianguis. Entonces ella es la que... ella es la de su puesto, pues ella siempre ha tenido su puestecito de venta [...] Entonces cuando yo no tengo trabajo, soy el apoyo de ella [...] De ahí sale para... y de mis hijos no nos ayudan porque, pues tu bien sabes que apenas se puede ayudar uno de ellos

Carlos 67años

Sin embargo, algunos varones a pesar de las limitaciones que se presentan a raíz de la enfermedad, que les impiden trabajar, buscan alternativas para continuar en alguna labor remunerada y que demande de un menor esfuerzo pero apenas les permite cubrir con gastos personales y aportar económicamente a su hogar. Ante estas situaciones la familia tiene que hacerse partícipe para cubrir dichos gastos de la enfermedad y otros que van surgiendo dentro de la dinámica doméstica de la pareja y en algunos casos de la familia. El Sr. Alberto y el Sr. Raúl nos dicen al respecto:

Entons, este, por ejemplo ahorita no puedo trabajar lo pesado porque si me causa dolor [...] Sí me causa dolores, hacer mucho esfuerzo y como le digo me dijeron que evite las hemorragias porque es muy riesgoso [...] No, definitivamente, apenas trabajé, gane 400 pesos, ¿Qué son 400 pesos? O sea puedo decirte, yo necesite hacer y para lo que ella necesite, que ella gana más que yo sinceramente porque luego trae 500, 600 pesos, claro, no en un día ¿No? Los trae en tres, cuatro días, pero nos alcanzan para comer

Alberto 65años

Mis hijos, mis hijos [...] Sí, es donde pus ahí me van apoyando porque pus

tantito de que nos dan, me, me un poquito yo ocupo de, gastos y nos apoyamos entre todos ahí, el agua, la luz

Raúl 69

Son pocos los hombres con cáncer de próstata que mantienen íntegramente su rol de proveedor, y lo compaginan con los tratamientos. Es el caso del Sr. Rogelio quien continúa trabajando en una actividad alternativa que no comprometa su condición médica, ya que su pareja no trabaja. Este nuevo empleo no demanda fuerza física en exceso, sin embargo, para obtener un ingreso extra que les permita cubrir los gastos del hogar y de la familia, ha tenido que aceptar trabajos extra (eventuales). Nos comparte lo siguiente:

Y ahorita estoy como supuestamente así diplomáticamente soy asesor de dirección de la empresa, pero en el argot de la empresa soy el gato de todos, ¿no? [...] Bueno porque le ayudo a las secretarias y almacenan a todos porque yo estoy puesto y dispuesto de tener un empleo [...] Entonces yo estoy en una buena disposición porque yo sé que ahorita un empleo para mi es vital. Porque tengo una pareja, porque tengo una hija, porque tengo una casa [...] pero pues te das cuenta que, si es necesario el estar actualizado dirigente en el área económica porque no puedes decirle a tu hija, no hay para comer [...] O no hay para tus cuadernos, para tus libros ¿no? [...] Como que no sabía qué hacer, mira tenemos que activarnos no, entonces yo a veces los vecinos me decían, necesito ir a Querétaro y yo sé que tu manejas échanos la mano no, sí, pero yo ando sin empleo, te damos una lana, iba a Querétaro me gana que los 2,000, que los \$ 2000, los \$1,500, \$1,300 yo le hice de todo ¿no? había una señora que luego me decía, es que no puedo subir mis botellones del agua y mi basura, yo se la tiro señora no, no se preocupe yo hago la obra del día no, ni le iba cobrar[...]Y llegaba y me decía ten 50 pesitos, eran para fruta o para mi hija ¿no? yo decía pues a todo dar no [...] Yo siempre he estado como soy huérfano de padre siempre he estado en el área productiva, siempre puesto y dispuesto, se loquees tener hambre y no tener ¿no? [...] Entonces yo no me puedo ambientar en esa área, sino tengo trabajo formal, pero puedo buscar algo para traer alimento, luego había un vecino que me decía, hay dice: necesito cortar un árbol, pero esta legrándote, tienes el permiso, no pues que sí, pero me da miedo, pues vamos a cortar el árbol no, tardamos una semana casi 15 días que la otra siguiente dijo, no todavía sigue alto y va a crecer, cómo vamos

a mocharlo más, pues otra semanita, me dio \$ 3,000 pesos, como me sirvió eso, me hicieron la gloria [...] no como que no sé yo a veces he pensado que en mis dos matrimonios yo soy a la antigüita como antaño [...] El hombre trabaja y la mujer al hogar ¿no? [...] En sentido yo soy a la gueña pero pues mala mente porque yo digo pues por mí no hay problema, yo lo poco o mucho que Dios me dé estoy dispuesto a compartirlo ¿No? pero mmm pues en esta situación, yo como le digo, no es para que medes a mí, es para que tu estés consciente de que si pasa algo tú puedas continuar tu vida sin llevar muchos altibajos de la vida, sugerencia, ahorita te puedes colocar bien y tiene una carrera lo que es más no, es psicóloga

Rogelio 65años

B) Alimentación

Hernández (2005) utiliza la frase “Ser fuerte como roble” misma que en la sociedad contemporánea occidental representa una de las características del ideal masculino. En esta concepción al hombre se le atribuye características de ser potente, independiente, poderoso, autónomo e inmovible, y no mostrar ninguna señal de “debilidad” teniendo *como deber*, ser resistente y soportar aun por encima de sus fuerzas, con una actitud totalmente firme hasta llegar si es el caso, inclusive a la intransigencia. Entre los varones entrevistados observamos cambios al respecto, en el tema concreto de su alimentación. Debido a que algunos pacientes aseguran haberse visto después de su diagnóstico la necesidad de cambiar sus hábitos de auto cuidado, dejando atrás esa imagen de fortaleza, ya que tienen la intención de alcanzar un bienestar físico. Esa es su prioridad ahora. Esto se puede apreciar, cuando mencionan que siguen al pie de la letra las indicaciones que les recetan los médicos y que dan seguimiento y complementan a su tratamiento. Entre dichos discursos destaca el de los señores Ramiro, Ángel y Andrés quienes son explícitos al narrar su cambio alimentario:

Pero le digo a mi esposa, mientras no falte frijolitos, salsa y sopita, mira yo con eso la hago y tortilla le digo, yo con eso la hago, no, no necesito carne, no me acostumbré, entonces no, no soy tan exigente lo que haiga yo me lo como. [...] Procuero no comer, eh, como lo de siempre pero, procuero no comer, evito, trato de evitar la carne de res y la de puerco, si

acaso como un pedacito pero será cada mes o cada dos meses si mi esposa llega a hacer, ay, porque luego hacia chicharrón en salsa, "hijo, nombre" me encantaba a mí pero, ahora cuando llega a hacer, que ya casi no lo hace, a, a raíz de lo que empecé yo a tener se limitaron ellos

Ramiro 66

Yo, ya de, más desde que me diagnosticaron eso, más con más ganas me he cuidado más [...] Ya no como mucha carne roja, como muchos vegetales, muchas Frutas, muchos [...] Así es, ya me he cuidado bastante

Ángel 33

Pues cambio, este, que ya, este, con el problema ese de la enfermedad pues tienes que comer lo menos, este, sales posibles, lo menos grasas posibles ¿No? Entons, este, pues, hay que bajarle a eso, ciertas cosas con mucha grasa no hay que comer [...] Porque dicen que no sé qué causan ¿No?

Andrés65

Algunos discursos manifiestan abiertamente el cambio y la percepción que tuvieron del mismo cambio durante el proceso que implica la enfermedad, el interés por no descuidar su tratamiento y la disciplina para continuar con las indicaciones y recomendaciones que les puntualiza el médico tratante. Esto se aprecia en los testimonios siguientes:

En cada chequeo pus todo me salió púes bien todo normal, hasta mi médico me, me felicitó, lleve todo al pie de la letra, todos los tratamientos, de alimentación pues, como ustedes me indicaron, todo llevo al pie de la [...] Lo que si me prohibieron un tiempo fue la carne de puerco, chicharrón tal, pues le digo pues es lo que me dan, si pero dice: déjalo un poco [...] come de vez en cuando échate un taco pero pues si llevo todo normal, indicación que ustedes me dieron [...] Ustedes lo habrán visto en todos mis exámenes, todo salió normal, todo positivo[...]:Esta última vez me inyectaron, me sacaron sangre y pues todo me salió positivo todo estaba bien, hasta ahora sí que mi médico me felicitó [...] "Usted es la única persona que ha llevado al pie de la letra todo" [...] Pues por mí mismo [loha logrado] Porque ahora sí que me quiero

Francisco 61años

En la alimentación me dieron una alimentación, muy estricta, Porque yo estaba acostumbrado a comer cosas, por ejemplo, tomar leche. [...] comer quesos, tomarme un jugo, un yogurt, comer naranja, piñas, me gustaba comer eso [...] Todo eso me quitaron [...] No puedo comer carne de

puerco, no puedo comer barbacoa. [...] No puedo comer carne de res, pero solamente azada. [...] No puedo comer tanto huevo, por más de una vez a la semana [...] No puedo comer frijoles, no puedo comer lentejas, garbanzos, no puedo comer todo eso [...]: Entonces qué es lo que como, nopales asados, este, sopa de, sopa de verdura, sopa de pasta y pues pollo, es lo que puedo, eso es mi alimento[...] Tomaba café con leche, entonces pues digo ya no puedo tomar eso [...] Yo solito, yo solito me los preparo [...] diferencia que luego me invitan a comer, vente a comer, pero no voy porque pus no puedo comer la comida que ellos comen.

Roberto 70años

Pero existen continuidades y resistencias con respecto a la alimentación. La mayoría de los pacientes que han sido diagnosticados con cáncer de próstata reciben indicaciones sobre los cambios que tienen que hacer en sus dietas, dichas indicaciones, son específicamente diseñadas por un especialista (nutriólogo) sino por el mismo médico que realiza el seguimiento de cada caso, pero da pie a que los pacientes malinterpreten o no sigan las recomendaciones en cuanto a su alimentación, que a final de cuentas es parte de su proceso de tratamiento. Al preguntarle al Sr. Raúl y al Sr. Ernesto sobre su alimentación y ejercicio nos comparten lo siguiente:

Me dijeron que todo normal [...] No, no, no, [negando cambios en su alimentación] No, nada de eso [No cambió nada] [...] Pues pollito, frijolitos, arrozito y sopita y eso es todo porque la carne de puerco también dijeron que hace mucho daño [...] Pues hay veces, no comemos diario, y aparte que no hay billete, está bien caro [...] Mi ejercicio era cargar costales [...] Subir maízenla camioneta y bajarles, repartirles, eso era lo que mi patrona me mandaba a hacer

Raúl 69años

Sobre la dieta yo como normal, yo como carne de puerco, carne de res, pollo, pescado [...]: No, grasas no, eso sí no [...] Casi no tomo [refrescos]

Ernesto 67años

C) Prácticas de riesgo (alcohol, cigarro, trabajo pesado)

Chiodi, Fabbri y Sánchez (2019) aseguran que existen ciertos comportamientos masculinos, que se consideran socialmente como legítimos o esperados. Una de las principales características de dichos comportamientos, son las situaciones de riesgo, entre las que destacan demostrar que tienen mucha resistencia al alcohol o a las drogas. Estas conductas suelen presentarse comúnmente en la adolescencia debido a que es esta la etapa de la vida donde se refuerzan los estereotipos y valores propios de la identidad de género, incrementando las conductas temerarias y violentas. Analizando esto podemos apreciar dentro del discurso de los varones entrevistados cómo han cambiado ciertas conductas de riesgo, como el dejar de consumir sustancias nocivas para su salud; en ocasiones a pesar de que algunos de ellos han abandonado dichas prácticas antes de padecer cáncer de próstata, es la misma enfermedad la que les orilla no reincidir, los señores como Lorenzo y el señor Ernesto han dejado de consumir alcohol a raíz de la enfermedad, con la intención de tener un mejor auto cuidado

Pues ya ve que de joven, de joven no se cuida uno, que la verdad ya ve que yo creo que es rara la persona, el joven que se cuida [...] Ya de grande casino, solamente que yo no esté tomando medicamentos, si me tomo la copa, pero entre familiar pues ¿No? Ya... [...] Pero ya agarrar el vicio así, ya no, gracias a dios ya no [...] Ya no he fumado gracias adiós

Lorenzo 91 años

*Bueno alcohol tomé toda mi vida, a hoy ya, desde que me dieron el de, detectaron La enfermedad lo dejé
Ernesto 67 años*

De igual manera una de las prácticas de riesgo más comunes es el consumo de cigarrillos de tabaco. Algunos varones entrevistados muestran un cambio notorio con respecto a dicho consumo, ya que al enterarse del diagnóstico de cáncer de próstata interrumpieron tajantemente su consumo, debido a que no quieren poner en riesgo el avance del tratamiento que reciben actualmente, ni perjudicar

más su condición. El Sr. Ramiro es un ejemplo de ello y manifiesta que en su familia existían antecedentes de muerte por cáncer de próstata y a pesar de tener dicha información no prestó el interés necesario para realizarse chequeos o detener su consumo de cigarrillos, sino hasta el diagnóstico de su propia enfermedad. Ahora reflexiona sobre lo que vive y decide cambiar sus hábitos:

Le digo para que no les pase lo que a mí, les digo: cuídense, yo por no, por no hacer mi chequeo, sabiendo que muchos de la familia por parte de mi papá habían muerto de cáncer, le digo yo sabiéndolo, nunca me hice el estudio [...] Ahorita ya tiene, cinco años que ya una cajetilla me la fumaba cada 15 días o cada 20 me duraba, a raíz de lo del cáncer, eh, dije: ya no

Ramiro 66 años

Existen También continuidades dentro del consumo del cigarro de tabaco, casos como el de Don Raúl, que particularmente no han abandonado dicha práctica, y que a pesar de haber disminuido considerablemente la cantidad de consumo, no lo ha abandonado por completo:

*Queda uno satisfecho y ahí, una cajetilla me dura, este, dos tres meses, porque me fumo cada ocho días, uno, o así, cuando se me antoja, pero me dura mucho
Tiempo una cajetilla*

Raúl 69 años

En este tema nos encontramos con la experiencia del Sr. Alberto y el testimonio del Sr Eduardo quienes previo al diagnóstico de cáncer de próstata, además de consumir alcohol y fumar tabaco, consumía otro tipo de drogas y aseguran que actualmente ha dejado atrás dichos hábitos de consumo ya que mantiene la creencia de que la enfermedad misma ha sido resultado de su forma de vivir:

Yo fumaba marihuana, este, consumía pasillas, piedras, entonces este, me dije pues es el resultado de mi forma de vivir [...] El consumo desmedido de tales sustancias y yo dije, bueno pues yo que hago, total, mi esposa se va a quedar sola, ya voy a ser la, pronto esto va a medir el resultado, no sea desesperado en eso, yo estoy en espera de eso y me siento aún todavía bien, hasta el momento hasta esta fecha en la que estamos ahorita

Alberto 65 años

Esa es la verdad ¿No? , este, pero no deja uno de proyectarse como buen, como buen, este, como buen viejo pueril que soy, yo soy un viejo pueril en realidad, no, no quiero aceptar mis 76 años, mi alcoholismo, y a veces pienso que soy el, el alfa y el omega ¿No? [...] Mucha locura, mucha locura, fue mucha actividad de drogas, mucha actividad hijo de alcohol, mucha actividad

Eduardo 66años

De igual manera Chiodi, Fabbri y Sánchez (2019) aseguran que los roles estereotipados de géneros, llevan a los varones a dar la espalda a sus problemas de salud, negando que éstos los vuelve vulnerables en cierta medida, dificultándoles pedir ayuda o incorporar medidas de auto cuidado. Existen continuidades claras ante dicho estereotipo social. Ejemplo de esto es la imagen de fortaleza masculina que busca preservar el Sr. Ramiro a lo largo de la entrevista, principalmente cuando se refiere a sus hijos:

Si yo no tuviera los catéteres, pues no, no, no habría tanto problema, yo, yo vería la forma de trabajar, afortunadamente, no, no soy de los que están esperando o esperando la muerte [...] No me, no me gusta doblegarme, no quiero que mis hijos me vean, de, hay papá [Cambia su tono de voz] te estás doblando ¡No! Yo no soy así [...] A veces lloro, pero ellos no quiero que me vean [tono de llanto][...] Pero le digo, no me gusta, bueno me enseñó mi papá no doblegarme, yo lo veo, lo veía a él, y era una muestra de, de decir ¿no? es macizo del fuerte, mi abuelo murió a los 108 años, derecho y viendo bien, nunca se enfermó, mi papá por las tres caídas que tuvo tiene cinco años que falleció, a los 90

Ramiro 66años

Por otra parte, los varones entrevistados como los señores Andrés, Raúl y Lorenzo, quiénes previo al diagnóstico del cáncer de próstata, se encontraban realizando actividades laborales de alto riesgo, principalmente en actividades donde tenían que cargar objetos pesados, nos cuentan en qué consistía su trabajo y que les han recomendado no cargar cosas pesadas,

trabajo pues, o sea [...] Cosas pesadas, lo de macuarreadas de carga en cosas pesadas, no todo el día, cuando ya vine aquí me dijeron que ya no debería de cargar yo tantas cosas pesadas ¿No? [...] Y este, namas eso pues, pero[...]No, solo en el trabajo [...] Que era que... [...] Sí era trabajo pesado, este, que hay que descargar ese tráiler, que, trae 35 toneladas, entre cinco, seis, orale, vuelta y vuelta y [...] Con el cemento ¿No? Eso pues es mucho

ejercicio ¿No? Ahorita pues como estoy pues no, por todo hace tiempo que no trabajo ¿No? [...] Hay días que parece que no pero sí, te [...] Me afecta mucho pues

Andrés 65años

Antes era molinero, molía la masa [...] Ya después pues este, ya como ya, fui enfermándome del, la, la, de esta porque cuando cargaba costales grandes [...] Eso y pues no me fajé y pues nunca me imaginé que iba a pasar todo esto doc, lo de la hernia pues por tanta fuerza que hace uno con los costales [...] Es cargar masa y descargar, luego cargar los costales a la tina para que se cosa, luego hay que mover, todo eso es muy duro, muy pesado, ya después ya no, ya me quede de encargado de la tortillería, pero ya después me falló tantito lo de, ya no estoy bien de la mentalidad porque, ya no es igual porque pa´ dar cambio

Raúl 69años

De joven allá trabajé mucho tiempo en un aserradero [...] Y ahí hacen, ahí que este, peso que este, carga uno muchas, muchas cosas pesadas que es la madera pues, que en aquel tiempo se sacaban los durmientes, de, de, de, ahí de madera de ocote, para, para el tren [...] Y eso era una cosa, muy, muy, muy pesada pues [...] Porque uno estaba uno joven ¿No? No, no siente uno nada que el cuerpo y, con fuerza [ríe] porque pues... Esta uno en su mero, digo de la juventud

Lorenzo 91años

D) Sexualidad

Brito, 1997 citado por Hernández (2005) afirma que la sexualidad es una de las facetas en la que cual el varón se prueba a sí mismo y a los otros como un ser “*hombre*”. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones los varones han perdido la actividad sexual debido a los efectos secundarios⁸ que experimentan los pacientes, al someterse a los distintos tratamiento, que independientemente cada uno de ellos tienen repercusiones en distintos niveles y de distintas maneras sobre el cuerpo y la sexualidad de los pacientes.

Además de continuar con la idea de que las conquistas de las mujeres les generan una mayor reputación: a mayor conquista y relaciones sexuales una mayor condecoración con respecto a su hombría. Esto se ve reflejado dentro del

⁸Para mayor comprensión revisar Sociedad Americana Contra el Cáncer (2017)

discurso de varones entrevistados, como es el caso del Sr. Raúl, quien hace referencia a la práctica de tener diversas parejas sexuales, misma que por la condición de la enfermedad a pesar de que tuviera la oportunidad de realizar el acto sexual, físicamente no podría llevarlo a cabo; en confianza dice:

A ver que le pueden decir y otra vez me dijo, vino, vine y ya me dice que, que este, que si tenía, eru, erucciones [erecciones] o algo así, le digo: no la verdad desde que me operaron, no, no se ha podido hacer nada, completamente por ahí y por eso yo quisiera saber por qué motivo ahí se acabó todas las erucciones [erecciones] [...] Y me dijo el doctor, me estaban cotorreando los doctorcitos, me dicen; no pus este, ¿Y qué tal tiene de novias? Le digo: pues no tengo novias pero pus ya ve que este, como me dijo... Las tiernitas o no sé qué, le digo: pues aunque haiga tiernitas, uta, no puedo, haiga, le digo aun que se me presentara algo así de tiernitas no hay nada, estábamos ahí cotorreando con el doctor, le vamos a dar, este, unas pastillas para que tenga erucciones [erecciones] y no sí no tengo dinero, pus como las compro, no las compre, y ese es el problema que tengo, quien sabe a qué se debería, se me, todo falló eso, a que se debe? Usted como doctor a que se debe eso de que...

Raúl69

Castañeda (citado por Hernández, 2005) afirma que la identidad masculina se encuentra estrechamente relacionada con la sexualidad, definiéndose como *verdaderos hombres* a partir de su desempeño sexual, procurando un mayor rendimiento sexual aún por encima de la comunicación con su pareja. Dentro del discurso de los varones entrevistados se puede apreciar peculiarmente, la importancia que le han dado a la pérdida de su sexualidad, ya que manifiestan de diferentes maneras dicho cambio, ya que a pesar de que han intentado retomarla

No, ya no he tenido relaciones [... continua diciendo...] Expresivo bonito ¿No? eh, [Cambia su tono de voz] y una ocasión, el día de, el 14 de Febrero le digo: chaparra prepárate te, te voy a dar tu regalo en la noche y dice: ¿sí? Le digo: sí, prepárate y ya, nos fuimos al baño a prepararme y cuando regresé ya estaba bien dormida, [truena la boca] [se quiebra su voz] Ya estaba ahí yo solo, le había puesto un, yo como soy dibujante le había puesto un, un decorado bien bonito con un letrero así y no, la encontré dormida [voz/llanto] la quise despertar y ya no, no, me quede con las ganas, después, en su cumpleaños, no, el día de las madres, el día de las madres, vuelvo a hacer lo mismo, le, y la vuelvo a encontrar dormida y dije: ya no, no le voy a...

Ramiro66

Pero este, sí, o sea ese fue el cambio veces quiero como tener erecciones pero pues no sé, como que él, como que se pone duro el miembro, pero, pero, como que no hace erección pa arriba sino como que esta caído hacia abajo y si lo intento levantar, como que duele ¿No? [...] Como que se te hace el, este, miembro más pequeñito [...] Y como que, cuando tienes una erección, se pone como duro, pero como que lo sientes muy delgadito, delgadito

Andrés65

Hernández (2005) asegura que la sexualidad del varón, además de estar relacionada con la búsqueda del placer, también se encuentra relacionada directamente con la conservación de la autoimagen y la imagen de masculinidad que percibe las demás personas de él. Además de que al órgano reproductor masculino (pene) se le atribuye un valor que en esencia es símbolo del poder. Dicho autor asegura que para la mayoría de los hombres no existe el sexo sin la penetración, generando así una relación “*hombre – pene*”. Esto se ve reflejado dentro de los discursos de los entrevistados, quienes han experimentado cambios en su sexualidad, tras los efectos colaterales del tratamiento para el cáncer de próstata, ellos aseguran no tener relaciones por la falta de erecciones y los cambios que han notado en supene y testículos, como adelgazamiento y reducción de tamaño, los señores Pedro, Ernesto y Ángel narran en su testimonio su experiencia con respecto a su sexualidad.

Antes si me gustaba, me fascinaba el sexo pero cantidad [...] Y dada mi situación, si de repente me masturbaba o usaba una piruja y todo eso, pero cuando me dieron las radiaciones aquí dije, puta, esa es como una enfermedad, como que me la quitaron y se me quito ya el deseo libido de sexo y todo eso, ya, ya no es tan grueso [refiriéndose a su pene]

Pedro56

Pero lo que sí siento es que los testículos también como que ya se me achicaron [...] Y el pene también, ¿Qué cree? Que, como que si se recortó mucho [...] Y respecto alas

relaciones pues no, no, no [refiriéndose a que ya no tiene]

Ernesto 67

Nada, nada, entonces yo le digo, no, no, no siento dolor, no, yo orino bien, digo el único problema de que pus también ya estoy capado ¿no? Se puede decir, porque ya, sexo ya nada [...] No me lo prohibieron, simplemente no hay deseo [...] Pero no sé, no he tratado, oh, no he, porque veo así por ejemplo una película y si, todavía siento la actividad en, en mi miembro, pero no, no a qué, pero no, no he tratado.

Ángel 33

4.3 Esferas sociales que se ven afectadas tras la experiencia ante el diagnóstico, padecimiento y tratamiento en varones con cáncer de próstata

En este apartado se exponen los resultados encontrados, entre las cinco esferas sociales que constituyen la vida cotidiana de una persona, con el objetivo de identificar cuál es la que se ve afectada en mayor magnitud a raíz del proceso de la enfermedad, entre ellas la esfera *personal* en ésta los varones expresan más allá de los cambios, como se ha visto afectado a nivel personal su ritmo o dinámica diaria. Posteriormente se aborda la esfera *familiar*, en ésta se muestra cómo la enfermedad ha tenido repercusiones dentro de la familia, tanto de manera directa como indirecta y en distintos niveles. En tercer lugar se encuentra la esfera social *laboral*, donde se especifican los cambios que vivieron los varones y las razones por las que no pudieron continuar con sus actividades laborales de la misma manera, previa al diagnóstico de cáncer de próstata. Posteriormente se abordó la esfera *cultural*, en la cual se hace un repaso a los cambios en cuanto a la perspectiva de percibir el significado de los sucesos, así como su perspectiva sobre la masculinidad. Para finalizar el apartado se cierra con la esfera sociedad civil, en éste se ubican las formas en las que el paciente se agrupa o desagrupa a raíz de la enfermedad.

Dadas las condiciones contextuales de los varones entrevistados, que han sido diagnosticados y sometidos a distintos tratamientos, se puede apreciar que la

esfera social que se ve afectada de mayor manera es la *laboral*, Aunque como lo menciona Uribe (2014) las esferas son transversales y dependen una de la otra para la correcta consolidación y función de la vida cotidiana de las personas, ejemplo de esto es el segundo lugar, la esfera familiar, que se ve afectada en su mayoría por las cuestiones económicas, ya que la mayoría de los varones ha perdido la posibilidad de trabajar de la misma manera, previo al diagnóstico, lo cual genera desestabilización a nivel familiar afectando la dinámica de la misma. En tercer lugar, se encuentra la esfera personal, en ésta se puede apreciar nuevamente la estrecha relación que mantiene con la economía, ya que los varones presentan distintas necesidades, además de malestares físicos que se presentan y manifiestan como secuelas de la enfermedad y daños colaterales del tratamiento. Posteriormente al abordar la esfera cultural y sociedad civil, nos podemos percatar que no existen afectaciones graves, que fundamentales para la funcionalidad de la persona, sin embargo limitan y dificultan los procesos institucionales por los que hay que atravesar, además de afectar aspectos como el acompañamiento y los mecanismos de afrontamiento ya que se limitan sus redes de apoyo personal

A) Personal

Tras el diagnóstico y durante el proceso de tratamiento los varones experimentan distintas situaciones que por la naturaleza de la enfermedad se ven limitados a la hora de solucionarlas, ejemplo de esto, son sus gastos personales, el hecho de enfrentar solos la enfermedad ya que no tienen familiares que los acompañen, problemas a la hora de orinar o retener la orina, o en casos específicos la intervención médica sin consentimiento. Situaciones que no han logrado resolver y afectan las funciones cotidianas a nivel personal, generando en los pacientes un estado de *malestar psicológico*, independiente al malestar físico propio de la enfermedad.

Algunos casos como el del Sr. Raúl muestran que, a pesar de continuar laborando en un trabajo alternativo, en el cual aún puede desempeñar

determinadas actividades, en ocasiones no solo surge la necesidad de trabajar para proveer los gastos del hogar, sino que se presentan distintas necesidades personales. En su caso, a veces se le dificulta comprar las prendas de vestir que requiere, ya que son elementales para que pueda continuar con sus actividades sin tener complicaciones por los efectos colaterales de la enfermedad y el tratamiento. El señor Raúl nos explica lo siguiente:

Pero el problema que tengo, este de que le digo, de que le hablé cuando me habló la doctora ayer, me habló por teléfono, le digo, ¿Qué problemas más tiene? Le digo: la verdad le voy a ser, soy sincero, este, le digo, como yo no tengo dinero y no trabajo casi, como pa suficientes gastos de lo que yo tengo ahorita, mire, mis, trucitas cuestan caras, valen 180 las trucitas, traen 10, 10 este, 10 trucitas [...] Que pus, porque cada que tantito, porque si yo trabajara duro no puedo porque a la hora de hacer fuerza me sale la pipi

Raúl 69

Se presentan casos de varones, que al no contar con ningún familiar o al no estar casados ni tener hijos que le pueda apoyar en cuestiones de acompañamiento, se ven en la situación de pedir favores a sus conocidos para que les acompañen cuando la institución les obliga a llevar a alguien, y en otras ocasiones a asistir solos a sus consultas. El Sr. Pedro nos afirma lo siguiente:

Sí, tengo que venir acompañado pero no tengo a nadie. No tengo quien me acompañe
Pedro56

Dentro de la esfera personal, la cuestión económica tiene un trasfondo mayor ya que implica perder la autonomía y comenzar a medida de otras personas, personas que en algunos casos eran a quienes se les proveían. El señor Andrés explica que además de perjudicarlo de forma económica, la situación laboral, le afecta de manera personal, debido a que no se siente cómodo con la situación de no tener el dinero suficiente para disponer en el momento que se requiera, esto a pesar de que sus hijos le apoyan con determinados gastos a raíz de la enfermedad:

O sea que, o sea que, si ya te ves, este, pues ya no se siente uno también porque, bueno pues yo en lo personal siempre me ha gustado ganarme mi dinero y [...] traer dinero para cualquier cosa que se te antoja, me voy a comer a llame voy para acá o sea traer dinero en la bolsa y ya pues así ya no es lo mismo pues [...] Bastante

porque aunque tus hijos te apoyen y eso pues te apoyan en los gastos de casa y todo eso, pero, pero así en lo personal siempre uno necesita...

Andrés 65años

En ocasiones la enfermedad del cáncer de próstata manifiesta secuelas en los pacientes, influyendo en su vida cotidiana, secuelas que algunas veces no son visibles, pero que generan un malestar en los pacientes influyendo en la correcta función y ejecución de sus actividades diarias, el hecho de no retener la orina, genera en los paciente un malestar emocional, por el estrés que les experimentan, incluso tras la idea de llevar a cabo una tarea ya que esa retención no es algo que puedan controlar a voluntad. El señor Andrés y el señor Raúl nos platican sobre su experiencia lo siguiente:

La única molestia era la, que la próstata, molestaba en la orina [...] Y sigue pues, esa no se ha quitado es como, como me dicen que tengo, de esta, cuando te gana la orina [...] Incontinencia, pues, o sea eso yo creo que, creo que ya ni se quita [riendo] eso dicen ¿No? [...] Sí, en las noches me paro luego muchas veces al baño, dos tres veces, a veces un poco más, depende si tomo agua en la noche y otras veces poquito más ¿No? Me da coraje porque, este, o sea, a veces te gana la gotita de orina, o sea eso es lo que sí me, es, es molestito [...] Me incomoda pues, este, que no te puedes tampoco así vas, si quieres ir al baño tienes que ir rápido porque si no te gana la gotita.

Andrés 65años

Que pus, porque cada que tantito, porque si yo trabajara duro no puedo porque a la hora de hacer fuerza me sale la pipí [...] Aparte de que, pus, necesito tróucitas desechables [pañales] Porque si me pongo trusas normales nome sirven, entonces ese son dos, dos problemitas que tengo [...] Es no hay erucciones [erecciones] y no hay, le digo lo de la pipi

Raúl 69años

B) Familiar

Pasando a la segunda esfera, la familiar, dentro de la vida cotidiana, se ve trastocada, y experimenta cambios, que lejos de unificar a los miembros de la familia tras la enfermedad, los separa. Es el caso del Sr. Ángel quien decide mantener en privado su enfermedad, aislándose de todos, a excepción de su esposa:

Ni a mi familia, ni a mis hermanos, ni a mis sobrinos, ellos no saben, y este, tengo un amigo médico, que luego dice: ¿Cómo esta tío? Tengo que verlo, lo de su, esa, su antígeno está alto, y yo: sí, y ya incluso le dije a mi hermano que me habían hecho a las radioterapias por, que estaba mi próstata crecida, pero en sí, en sí que sepan que yo tengo cáncer, no.

Ángel 74años

Dentro de los testimonios se puede apreciar cómo la familia se ha visto en la necesidad de involucrarse en nuevas actividades, con la intención de apoyar al paciente, desde el control de sus medicamentos hasta cambiar el régimen alimenticio de todos los miembros, dejando de consumir ciertas cosas que eran de su agrado, a modo de *solidarizarse con el otro* para apoyar la dieta del paciente, el señor Andrés y el señor Ramiro nos comparten lo siguiente:

Pues, ahorita con la enfermedad, ya, [tose] Ya sí pues, porque ya, porque te toca esta pastilla, que esto, que esto y que el otro, pero antes pues no, o sea nadie se preocupaba por nada, o sea, no había, la única que si tenía sus medicamentos era mi esposa pues, por la diabetes ¿No?

Andrés 65 años

Procuro no comer, eh, como lo de siempre pero, procuro no comer, evito, trato de evitar la carne de res y la de puerco, si acaso como un pedacito pero será cada meso cada dos meses si mi esposa llega a hacer, porque luego hacia chicharrón en salsa, “hijo, nombre” me encantaba a mí pero, ahora cuando llega a hacer, que ya casi no lo hace, a, a raíz de lo que empecé yo a tener, se limitaron ellos.

Ramiro 66años

A pesar de que algunos varones diagnosticados con cáncer de próstata continúen trabajando, la familia se ve en la necesidad de compensar el ingreso económico que los pacientes aportaban. Tal es el caso del señor Raúl el Sr. Ernesto y el Sr. Carlos quiénes no logran solventar sus gastos básicos como antes de la enfermedad, lo cual implica un cambio drástico en las actividades generales. Se puede apreciar en el discurso la postura que adoptan los entrevistados, con respecto a la posición del trabajar en equipo para solventar los gastos ya que no pueden ser proveedores nucleares, los entrevistados nos explican lo siguiente:

Sí, es donde pus ahí me van apoyando porque pus tantito de que nos dan, me, me un poquito yo ocupo de, gastos y nos apoyamos entre todos ahí, el agua, la luz [...] Ajá, ajá y luego somos 10, entonces ahí nos apoyamos entre todos un poquito
Raúl 69años

Son solo mis ingresos Bueno mi, mi, mis hijas de cierta manera al principio [...] Porque con todos los estudios, eso sí, pagué todos sus estudios [...] Si, mis hijas sí, que son mil pesos, vienen dos, más bien ahorita vino una porque ahorita tienen un poco de gripa, pero siempre vienen dos, que son mil pesos, toma, quinientos, quinientos es lo que nos toca y ellos pa, ellas pagaban todo
Ernesto 67años

No ahorita la que trabaja es mi esposa, o sea como vendemos en el tianguis [...] Entonces, ella es la de su puesto, pues ella siempre ha tenido su puestecito de venta [...] De ahí sale para... y de mis hijos no nos ayudan porque, pues tu bien sabes que apenas se puede ayudar uno de ellos
Carlos 67años

El impacto del diagnóstico en la familia de algunos varones, al ser proveedores únicos, afirma que su familia sufrió una desestabilización a raíz de la enfermedad con la que fueron diagnosticados. Es el caso de los varones que aun tienen bajo su cobijo afectivo y económico a hijos jóvenes que dependen directamente de ellos como fuente de ingreso y protección, como es el caso del señor Rogelio, que además de tener una hija que estudia la secundaria, su esposa no trabaja fuera del hogar, ni tiene intenciones de hacerlo. Este conjunto de situaciones son las que generan malestar emocional al paciente, quien nos platica lo siguiente:

Estaban las dos juntas y les dije, de los estudios arrojó esto tengo cáncer, hay un tratamiento, ya lo empecé, ya lo compré mi medicamento, ya empecé, necesito que ustedes se me pongan las pilas, que entiendan la situación y todo, y me dijeron si está bien, mi esposa empezó como a ponerse como, más bloqueada que yo, como con conejita lampareada ¿no?
Rogelio 65años

Algunos varones muestran sentimientos de vergüenza debido a que los roles de protección se han invertido en la esfera familiar. Es el caso del señor Alberto, quien sus hijos han asumido el papel de protectores ante la enfermedad de su padre, aun por encima de la situación personal por la que han atravesado anteriormente y su hermana le apoya con los gastos elementales de sus medicamentos, el señor Alberto nos comparte lo siguiente:

Sí, mi hermana me ayuda. O sea cuando recién que me recetaron las medicinas, la pura pastilla, ella me compro las primeras. En ese tiempo me salieron en \$1200, ella me dio todo el dinero [...] Yo le pedí para una caja. Prestado, porque le dije: me lo vas a prestar y dice: no, dice, sabes qué a ver tu receta, ya la vio y dice a, dice, tenla, se metió a su casa, sacó dinero, "Ten, comprarlas", mi hermana y ella es mayor que yo, le digo, pero es que, ella vende licuados y este, sí, todo lo que se refiere a licuados [...] Me da pena, no se los digo pero me da pena que me tiendan la mano después de haberlos dejado a ellos y no los quiero hacer responsables de nada de lo que tengo, como me dicen: pues te ves bien, pero el momento que cuando el cáncer te invada, vas a sufrir, queremos ver que podemos hacer por ti, hay drogas para el dolor, sí ya lo sé, ¿Tú crees que no lo sé? La morfina, la dormilera, una inyección que son bajo costo, pero yo no pretendo esto-

Alberto 65 años

C) Laboral

Tomando en cuenta que todos los pacientes entrevistados fueron diagnosticados en un nivel de la enfermedad muy avanzado, a excepción del Sr. Ramiro quien se encuentra en nivel medio, las actividades laborales se ven afectadas desde distintas perspectivas y en distintos niveles operativos. En varias ocasiones se dan como *efectos colaterales* de los tratamientos que reciben, ya que el cuerpo se ve imposibilitado para cierto esfuerzo físico, lo cual vuelve disfuncional hasta cierto punto a algunos varones para el ámbito laboral

En cuanto a la dimensión laboral dentro de la vida cotidiana, encontramos testimonios de varones que explican las razones por las que ya no les permiten los médicos continuar con sus actividades laborales, debido a que al realizar esfuerzos mayores podrían tener complicaciones posteriores, influyendo negativamente en su tratamiento. Esto afecta no solo a cuestiones económicas, sino también directamente sobre el bienestar físico y el malestar emocional,

ejemplo de estos casos son el del Sr. Andrés y el Sr. Ramiro, quiénes están conscientes de que ya no pueden incorporarse a los trabajos que realizaban anteriormente por la condición actual de su enfermedad:

Entons le tuve que, estuve trabajando de albañil hasta que me surgió esta enfermedad ya y ya me dijeron que ya no podía yo cargar cosas pesadas y eso [...] Y actualmente no estoy ni trabajando ¿No? [...] Pus ya voy pa tres años. Que no estoy trabajando, dos años

Andrés, 65años

Como teníamos mercancía de lo que nos quedaba a nosotros, la fui vendiendo poco a poco, me dio tanto coraje, que dije: ¡ya no quiero ser dibujante! Y ¡ya no! [Se quiebra su voz] [...] [A punto del llanto] Pero cuando ya me propuse trabajar que fue hace tres años, [momento de silencio] fue cuando me detectaron el cáncer [...] [voz con llanto] y ya me limité [...] Ya, no pude porque me sentía yo mal

Ramiro 66años

Algunos pacientes a pesar de continuar con su vida laboral en trabajos alternativos que no demandan mayor esfuerzo al que se les sugiere médicamente, resienten los estragos de los gastos de medicamentos, debido a que sus ingresos no son suficientes para cubrir todos los gastos, incluso a modo de broma, el personal del Hospital General platican complacientes como el señor Raúl.

Pero, aparte de eso, todo está bien, creo yo que llevo una vida, más menos regular, sin preocupaciones de nada, digo no me hace falta nada afortunadamente [...] Sí me, me preocupe cuando tenía yo, sabía yo que tenía que comprarla Medicina y es muy cara [...] Ahí sí me preocupe

Ángel 33años

Entonces me dijo que me presentara tarde y si vine y me dijo: ¿Qué pasó ya se compró la, la, los inyecciones? Pus no tengo dinero, no que tiene tortillerías, no, no tengo, yo ayudo, yo ayudo, si tuviera dinero pus compro las capsulas y paque se, digo, las inyecciones pa que se capsulice, entonces si me cotorreo, que dice: no, usted tiene una cadena de tortillerías, que, como que no lo va a comprar. No tengo doctor, no tengo, quiere de una vez quédese y lo vamos a preparar, pa que, lo vamos a preparar ya para que este, todo marche todo esto y sí ya me quedé y Me operaron

Raúl 69años

D) Cultural

El experimentar en “carne propia” el proceso del cáncer de próstata desde los síntomas, diagnóstico y tratamiento, genera cambios relacionados con los propios contextos en los que se está involucrando por la enfermedad, así como la manera en que el paciente se desenvuelve en ellos. Otro cambio es en la forma en que los pacientes perciben su enfermedad y en determinados casos la percepción de su masculinidad ante la sociedad. Don Andrés explica cómo ha sido ese cambio en su percepción con respecto a la prevención de la enfermedad y en términos de salud en general, sin embargo, asegura que al ser más joven no se le presta la precisa atención y se descuida la salud:

Yo creo que tampoco lo hacen o sea aun que tu les digas, o sea hasta que no, así es uno pues, hasta que no se siente uno mal es cuando [...] Cuanto, te tratas de atender, pero antes te sientes bien, no te interesa pues [...] Pero sí, sería bueno que, que este, pues que tomáramos conciencia de las cosas y nos atendiéramos, ¿Verdad? Sería lo más [...] Lo más ideal para prevenir cosas, pero, no... [...] Por allá de retirado, pero te digo más que nada es eso y este, pues ora sí que, mi experiencia que ya viví que pues no me siento mal, pero pues sí, sí sería bueno que, este, las personas que, con las que platicas si te hicieran caso, dijera noyó sabes qué, vete a checar eso porque sabes que te puede pasar así ya sí pero pues [...] Yo creo que tampoco lo hacen o sea aun que tu les digas, ose hasta que no, así es uno pues, hasta que no se siente uno mal es cuando [...] Cuanto, te tratas de atender, pero antes te sientes bien, no te interesa pues [...] Pero sí, sería bueno que, que este, pues que tomáramos conciencia de las cosas y nos atendiéramos, ¿Verdad? Sería lo más... lo más ideal para prevenir cosas, pero, no... Y sí, yo les digo a mis hijos y eso, sabes qué, pus hay que estar pendientes, hay que atenderse pues [...]: O sea hay que ir a, aunque no te sientas malo vea hacerte un estudio de la próstata [...] Para ver como estas ¿No? O sea para, para que vayas checando pues y no, no, este, y una cualquier cosa que te detecten pues que se pueda atender a tiempo ¿No?

Andrés 65años

Sí por que les he dicho, por ejemplo [...] El que está mi hijo, el que tengo en mi casa tiene como 38 o 39, le hemos dicho que vaya hacerse los estudios de la próstata, le digo vete hacerte los estudios por qué usted ya está en edad de los tienen que hacerse [...] Mmm no, le he dicho a el por qué ahorita está consciente que a los cuarenta y tantos, porque lo están diciendo en la tele hay

que ir a ver lo de la próstata y todo eso [...] También ya le dijimos que se haga estudios, pero como es un poquito más necio, nada más dice que sí pero [...] No creo que se los hayan hecho todavía

Carlos 67años

Los varones entrevistados nos permiten apreciar dentro de su discurso el significado que le han atribuido a la muerte a raíz de la enfermedad. El cáncer según Sontag (1977) es considerado como una enfermedad “misteriosa” debido a que existen prejuicios y miedos que han propiciado que se generen metáforas complicadas, de tal manera que se dificulta su comprensión, en ocasiones su cura: para esta autora se tiene la idea actualmente en la cultura occidental que el cáncer es una enfermedad intratable y caprichosa, lo que significa que es relativamente incomprendida. Los pacientes que entrevistamos todos presentan una *desmoralización* al enterarse del diagnóstico de la enfermedad, debido a que popularmente el cáncer se interpreta como sinónimo de muerte. Ejemplo de dicha interpretación cultural es el caso de don Ramiro y don Eduardo quienes experimentaron lo siguiente:

Si yo no tuviera los cateters, pues no, no, no habría tanto problema, yo, yo vería la forma de trabajar, afortunadamente, no, no soy de los que están esperando o esperando la muerte [...] No me, no me gusta doblegarme, no quiero que mis hijos me vean, de, hay papá [Cambia su tono de voz] te estás doblando ¡No! Yo no soy así [...] A veces lloro, pero ellos no quiero que me vean [tono de llanto] [...] Pero le digo, no me gusta, bueno me enseñó mi papá no doblegarme, yo lo veo, lo veía a él, y era una muestra de, de decir ¿no? es macizo del fuerte, mi abuelo murió a los 108 años, derecho y viendo bien, nunca se enfermó, mi papá por las tres caídas que tuvo tiene cinco años que falleció, a los 90 [...] Mamás por las caídas, él quería llegar a los cien [...] Entons yo lo veía siempre fuerte [...] Y era lo que a mí me motivaba y yo decía, le digo: no va a poder esta fregadera y afortunadamente, eh, y yo me siento bien, eh, no sé, no sé doctor, como, como, como está lo de mi cáncer, cuando me lo detectaron tenía yo 28.8 [...] Ningún tipo de enfermedad, por lo del caso es que también mi hermana la mayor de mí tiene 25 años que murió de cáncer de páncreas [...] Y tíos han muerto de cáncer [...] Por qué cree que le dije que yo presentía que iba a morir de cáncer, pero [...] Sí, pero nunca, nunca se me ocurrió hacerme Un estudio [...] Y yo sabiendo

Ramiro 66años

Porque volvemos a lo mismo, yo he visto los dolores de cáncer, no, no, no entonces no sé qué sea en realidad, el miedo a morir hijo, o al dolor para mí que es miedo al dolor, deberás [...] No, ni quiero [...] No, no, respeto lo alternativo ,no nada de, nada de otros doctores [...] Absolutamente

Eduardo 75años

E) Redes sociales

Para finalizar el apartado se cierra con la esfera sociedad civil, en esta esfera se ubican las formas en las que el paciente se agrupa a raíz de la enfermedad, así como aborda la situación de la necesidad de acompañamiento, al generar nuevas redes de apoyo o fortalecer las que ya está constituido. Don Ángel nos dice al respecto:

A mí no me gusta molestarla [...] Para nada ¿no? Solamente cuando, cuando es necesario, al principio cuando me mandaron de urología a oncología... [...] yo lo que no quiero es molestar gente, ¿No? ¿Para qué? Sí, si me puedo mover yo solo, me estorba más, llevarla a ella, que luego no me hace caso de que le digo, ponte ahí, porque sé que ahí le van a dar el lugar o algo o no, y, luego, no me estoy aquí contigo, y le digo: no, tú vete para allá, y no, no, no, no, si me hace caso pero luego hay veces no, [risa] quiere estar a fuerzas pegada conmigo ahí ¿No?

Ángel 33años

Hay casos de varones que, dadas las circunstancias de su enfermedad y el contexto hospitalario, generan nuevas redes de apoyo mediante amistades con otros pacientes que atraviesan por una situación similar, agrupándose según las afinidades y personalidad del paciente. Algunos varones como el señor Ángel no se abren fácilmente a las nuevas relaciones y a pesar que interactúan no se relacionan entre sí

Así de, de tratar de hacer, alguien me hace la plática se la contesto, pero que yo vaya a buscar a alguien a hacerle la plática, casi no, yo soy muy, muy reservado, incluso cuando voy a mis clases de baile, yo, luego el maestro me dice: ¡vente para acá, Toño vente! Y ya me voy para allá, pero así, así que sea y muy amiguelo, no, yo más, más tenía muchas amigas, muchas, y este, amigos muy pocos, bueno, más, más amigas, en el baile se da mucho, de las amigas.

Ángel 33años

Para otros varones como el señor Andrés y Carlos les es más fácil relacionarse con otros varones son diagnosticados con una enfermedad similar a la que padecen

O sea, o sea de esos precisamente de esos son de los que te han mandado, que mira este té es muy bueno y que esto, que el otro [refiriéndose a una receta] Que, yo también me lo tomo, y pues compartimos experiencias ¿No? De la vida de ellos, la vida de cómo vive uno [...] eso y te digo, la, más que nada aquí cuando vengo por medicamento, vemos a la gente que también que viene por lo mismo y ya pláticas con ellos y ya son los que te dicen, no pues sabes qué, que yo sí me siento así y así y yo también así y así, ya tengo tiempo, tanto tiempo atendiéndome y ya me operaron [...]Le digo: pus a mí no, y así, platicamos ¿No? Pero este, Así con gente por fuera, pus, pus ora sí que casi

Andrés 65años

Sí, encontramos, con lo de la operación, ahora sí que entre los enfermos nos conocimos que veníamos a lo mismo [...]pues si nos juntamos varios a que vienes tú, de que te van a tratar, que te van hacer a ti y todo, con la familia, pues con sus esposas y ellos pues si se hace amistad, como le dijera ya conoce uno de que estas enfermo, de que te van a operar a ti, y ahí empieza uno el chisme, conoce uno a de otras personas y ya hace uno de amistad también

Carlos 67años

Los entrevistados presentan una característica similar en la mayoría de los discursos, han perdido contacto con sus amigos, por lo tanto al no verlos cotidianamente no se han generado las redes de apoyos con los amigos de los pacientes entrevistados, en este casi el señor Andrés y el señor Raúl, quienes nos explican lo siguiente:

Pues fíjate que ya se, se fueron quedando, o sea, yo, si tenemos amistades, pero, como trabajaba de ventas, ya, ya normalmente lo demás pus no, amistades nomas del trabajo y eso pero nada más, o sea, algunas por ahí, dos, tres amistades, que, que sí pus sí son amistades de, de hace años, ¿No? Que sí las sigues frecuentando, pero las de más amistades, que duran cinco años, ocho años, de un trabajo y equis cosa, pues conoces gente pero pues la frecuentas mientras tu estas trabajando y ya normalmente pues no sigues esas amistades, luego ya se queda, normalmente así es, vas conociendo, duraste en una empresa cinco años, tienes amistades ahí, convives el tiempo que estás ahí con ellos, y pero ya, te sales de ahí, pues normalmente, no las, no las [...] Frecuenta uno, conoces otras amistades, donde entras a otro lado y así,

pero así, amistades, amistades, de eso, pues si hay por ahí dos tres que, pues son amistades que, que siempre van a ser amistades hasta que ya no existan me imagino, ¿No?

Andrés 65años

Muy raros, como casi no, nadie, yo me la de mi casa cuando voy a ayudarle a la señora de sus tortillas a recoger, ya le ayudó a lavar los fierros, todo lo de la tortillería, de ahí ya yo a mi casa me meto y ya no salgo

Raúl 69años

4.4 Las emociones y el *malestar* en varones diagnosticados con cáncer de próstata

Autores como Pradera *et al.* (2012) aseguran que el malestar psicológico (MP) se puede manifestar en las personas de distintas maneras, compartiendo una característica peculiar: los síntomas psicológicos. Entre dichos síntomas destacan el “humor disfórico” el cual se puede interpretar como un estado de ánimo, duelo, dificultades financieras, dificultades en la vida personal o laboral o en respuesta a tragedias en las noticias. Este humor se puede interpretar como una actitud hostil o irritable. Sentimientos de inutilidad, indefensión [necesidad de protección], culpabilidad, pérdida de la autoestima, anhedonia [falta de placer] o desesperanza. Estos son las principales manifestaciones del malestar psicológico para los autores en mención, aun que añaden a la lista de síntomas un síndrome que denominan *síndrome de desmoralización*.

Una de las características del MP según Hernández *et al.* (2006) es que al ser un estado reactivo, puede ser cambiante, dependiendo en la mayoría de los casos de un suceso que genere estrés a los pacientes, mismo que ocasionará cambios emocionales y comportamentales. Esto incitará al paciente a intentar cambiar, debido a que se sentirá incomodo, y a que se verán afectadas de manera distinta las esferas sociales, buscando recuperar tanto su funcionalidad como su emotividad, lo cual lo llevaría a una estabilización o estado de bienestar. Uribe y colaboradores proponen que existen dos tipos de manifestaciones entendiéndolas desde la perspectiva emocional, se pueden

apreciar como alteraciones, en distintos niveles de intensidad y formas en las que se expresa; la primera es un estado de ánimo depresivo en este se expresan los síntomas del malestar de manera externa mediante: llanto fácil, pérdida de interés, alteraciones del sueño o irritabilidad. Mientras que en el segundo el estado de ánimo se direcciona hacia el tipo ansioso, en el cual se manifiestan mediante síntomas corporales internos como: miedo, pérdida de control, inconformidad, irritabilidad, agitación, desesperación, entre otros similares.

Por su parte Gil (2016) asegura que a pesar de que las emociones cuentan con una base biológica, misma que comparten todos los seres humanos, existen ciertos fenómenos afectivos principales como la “ira”, siendo esta emoción una de las que podemos encontrar en todas las culturas y contextos históricos. Ante esto, se puede entender que según el contexto en el que se estén estudiando las emociones de determinados individuos, éstas pueden tener variaciones entre una sociedad llotra.

A) La ira

A continuación identificaremos los discursos que expresan “ira” entre nuestros entrevistados. Para esto es elemental abordada a Nussbaum 2008 (citado por Gil 2016) quien asegura que la ira es conformada por opiniones sobre quién es responsable de qué y sobre el modo de funcionamiento de la causalidad del mal (p. 212). Reforzando la idea propuesta anteriormente se puede apreciar cómo los pacientes entrevistados experimentan la emoción de ira, a raíz de diversas situaciones, entre las cuales destacan los malos tratos por parte del personal en las diversas instancias que tienen que frecuentar para realizar desde trámites hasta su tratamiento en general. Inclusive al estar recibiendo el tratamiento, los efectos secundarios en términos médicos les generan dicha emoción debido a la falta de información clara.

Existen situaciones en las que los pacientes entrevistados experimentan malestar psicológico y sin están conscientes de ello, debido a que la

enfermedad se manifiesta de distintas formas, dejando secuelas no solo a nivel físico, ya que muchas de éstas se encuentran relacionadas directamente con las emociones de los pacientes. En el caso del señor Pedro y el señor Eduardo en que la emoción de ira, se expresa en concreto hacia los efectos secundarios del tratamiento y las secuelas que experimenta al padecer la enfermedad, ya que no pueden continuar con sus planes y se ven truncadas muchas de sus metas pues la enfermedad les resta funcionalidad:

O sea sé que esta mugre enfermedad te debilita un chorro pues y luego llegan momentos en los que te sientes así como y no sé cómo pero yo digo, que te quedas en la pendeja así, como 2, 3 horas así sentadito, como idiota dices, wow está mal. [...] Pero generalmente, ahorita me levanto como a las 11 de la mañana, no hago nada y que como hace rato te dije, una amiga y eso me lo dijeron los polis. Estoy parasitando, no hacemos nada [...] Pues no tengo ánimos, no tengo nada un proyecto que digas "OH quiero esto" [...] Como antes que decía, Voy a estudiar voy a conseguir esto, voy a conseguirlo otro, me voy a casar, voy a tener una casa, ahorita no [...] Sí, antes si los tuve pero ahorita ya nada [...] Ahorita lo único que me enfoque es en tener mi casa con mi comida y arreglarla a mi gusto y ya [molesto]

Pedro 56años

El Sr. Pedro muestra síntomas de *malestar emocional* hacia el estado de ánimo depresivo las principales características son la pérdida de interés y la irritabilidad, debido a que ya no tiene metas por cumplir, lo cual le genera un sentido de inutilidad, baja autoestima, desesperanza y humor disfórico, originado por su pérdida de funcionalidad en la mayoría de las esferas sociales. Incluso bajo un análisis más detallado sobre su sintomatología es posible que padezca un síndrome de desmoralización.

Es respirable el cáncer, cambio, cambio para mi completamente el panorama de 5 años para acá, hay periodos donde quiero ser positivo [...], y me sugieren terapia ocupacional, la tengo por supuesto, me sugieren, mil sugerencias, pero ya lo que se clava hijo, ya te produce inquietud ¿no? [...] Vender, bailar, me gusta mucho bailar [...] Este pero volvemos a lo mismo hijo ¿No? Se baila con los pies, yo estoy enfermo de los pies, imagínate

Eduardo 75años

Con respecto al señor Eduardo presenta características de tipo ansioso como

inconformidad e irritabilidad por la misma razón de no poder realizar sus planes con la misma facilidad con la que lo hacía antes, lo cual lo en camina a un sentimiento de inutilidad, manteniéndolo en un estado de estrés prolongado. Una de las ocasiones en que los pacientes entrevistados experimentan emociones como la ira, es cuando reciben un mal trato por parte del personal de la institución en la que son atendidos, así como por parte de los trabajadores de las instancias que tienen que visitar durante el proceso de diagnóstico y tratamiento, para realizar los trámites correspondientes. A pesar de estar satisfechos con los servicios de salud la ira se puede percibir cuando expresan que deben ser tratados de diferente manera, ejemplo de lo mencionado anteriormente es el caso del Sr. Rogelio y el Sr. Emanuel quiénes nos comentan al respecto:

Y de todas mis consultas de todo el tratamiento, de hecho, estoy porque me, a mí me dicen que nada más son tres años, te dice, así como si fuera una voz de esperanza, este, las personas que están en torre de gobierno dice, tres años he, ya vas para tu último año, en lugar que te dijera, cómo estás, no, buen día ¿no? [...]Necesitas trabajador social, torre de gobierno, este director y son una serie de tejes y manejo entre ellos Que dices, ¡wou! y para entre año y año hacen lo que le llaman renovación de lo que es el resumen clínico [...]: Pero se tardan de dos a tres meses, y si tú no por descuido por asares de, no lo hiciste, pues ya se te fue el medicamento y si no tienes para comprar, ya suspendiste el tratamiento [...]una ocasión me paso el primer año y tuve que comprar el medicamento, el medicamento en las pastillas esta accesible para mi economía, pero las inyecciones

Rogelio 65años

Don Rogelio denota *malestar emocional* originado por la emoción de la ira, se puede apreciar que a partir de recibir un mal trato el expresa irritabilidad, inconformidad, desesperación, debido a que no está en sus manos el cambiar la situación, experimentando un estado de desesperanza.

Digo, digo, en, pus hay ocasiones en que tiene uno que tener contacto con las personas, díganos ya de, solicitar una cita o cosas y ahí son los problemas porque pus... Eh, ciertas ocasiones le ponen a uno demasiados peros [...] Pero pues que le dijera, no afecta [...] Sí, hay ocasiones en que pus sí, yo he pensado ¿No? No lo digo nada más por mí '¿No? sino por lo que yo veo de las personas [...] Que vienen aquí y que pus no les dan él, la atención que, que, que merecieran [...] No toman en cuenta muchas veces, mi opinión, no toman

en cuenta que son personas que vienen enfermas [...] O familiares que vienen enfermos, quiero decir acompañando al enfermo y lógico lo que quieren es una atención adecuada ¿No? Pero pus muchas veces no es, no es la que deben de tener las personas, le repito pensando en que viene uno enfermo [...] Pero encuentran con ciertos obstáculos y pus, es, es, es lo que pudieran de alguna forma tratar de que... Mejorará ¿No? [...] Mmm, pero sí, sí, sí, fuera factible que, pues la, quienes atienden a los enfermos piensen que están atendiendo a un enfermo [...] No que les vienen a quitare tiempo ni cosas por el estilo
Emmanuel 85 años

Al realizar la pregunta sobre ¿Qué sucedería si se presentara la situación, en la que el paciente dejara de recibir la ayuda por parte del seguro popular? “Gastos catastróficos” varones como el señor Ramiro manifiestan su agradecimiento por las atenciones recibidas, sin embargo expresa una emoción de ira, ya que a pesar de que buscarían alternativas muestra su inconformidad pues no recibirá el tratamiento que necesita y él se encuentra en la mejor disposición para tratar su enfermedad.

Yo creo que ya es el momento de si me apoyaron no puedo ser tan exigente [...] Sí, sí me dieron todo lo que mejor se pudo y si me dicen que hasta aquí me, me apoyan okey, no, no, no, pus no me sentiría mal [...] Pus si porque pus ya ¿Qué haría? [refiriéndose a que abandonaría su tratamiento sin el apoyo] Y, y na más es, como le digo por mi parte, poner todo y ahora si como, como le digo [...] Pus no me dejó, con esta fregadera no va a poder conmigo y si estoy saliendo bien y siendo y mientras yo me sienta bien, no me preocupo

Ramiro 66 años

La ira se manifiesta algunas ocasiones en los varones entrevistados por razones de desinformación, debido a que no tienen conocimiento total de las consecuencias, efectos y demás cosas que se les han realizado, de esta manera expresan su ira hacia los médicos de la institución principalmente, atribuyéndoles la responsabilidad de las complicaciones con respecto a su salud, ejemplo de lo anterior mencionado es el señor Ernesto quien nos comparte lo siguiente:

Eh, eh, hipertensión [...] Sí pero no es, pero yo pienso que crónica, pero esa, pero esa enfermedad me vino aquí mismo [Golpea mesa] [Cambia tono de voz, molesto] [...] Cuando me empezó a dar la hipertensión [...] Porque estuve un mes y medio hospitalizado, no sé que me hicieron ni me llevaron, este y aquí le

dan tantas cosas que pues me alteré de... Mi sistema y fue como me empezó a venir [la enfermedad del cáncer

Ernesto 67

Don Ernesto nos permite apreciar manifestaciones más claras, debido a que dentro de su testimonio expresa claramente su malestar, no solo con palabras sino que muestra su ira golpeando la mesa, el señor asegura que la enfermedad la adquirió durante el proceso de tratamiento de su hipertensión, responsabilizando de alguna manera a la institución por su actual cáncer de próstata, la relación con la ira y el MP se ve por su pérdida de control, desesperación, irritabilidad, inconformidad, desesperanza y humor disfórico, debido al estrés prolongado que experimenta.

B) Miedo

Gil (2016) plantea que el miedo a la muerte es omnipresente, no obstante adquiere distintas formas para las personas, dependiendo si quien lo experimenta por ejemplo, cree en la existencia de vida después de la muerte o no cree en esa idea. Para Nussbaum (2008) “el temor es modelado por pensamientos relativos a qué agencias dañinas existen en el mundo, su grado de peligrosidad y cómo prevenirse contra ellas”(citado por Gil 2016 p.212). En los varones entrevistados se puede apreciar como el miedo se manifiesta de distintas maneras según sus creencias, pensamientos y en función de su lenguaje.

Los varones entrevistados, expresan emociones de miedo, ante la incertidumbre por la continuidad del programa gubernamental que les apoya con los gastos del tratamiento del cáncer de próstata. Dicha emoción se puede apreciar precisamente dentro del discurso, cuando mencionan que no tienen la certeza de que sucederá al finalizar el periodo de apoyo por parte de dicho programa. No obstante ellos reafirman la figura de fortaleza, asegurando que se sienten bien, aun que les preocupa el hecho de no continuar con su tratamiento.

El miedo como emoción mantiene una estrecha relación con el MP el miedo es una característica que conforma la consolidación del MP. En el caso del señor Andrés y el señor Eduardo, al experimentar miedo por la incertidumbre de la

continuidad en el programa que les apoya con sus gastos experimentan un MP que se manifiesta como desesperación, irritabilidad y miedo dentro del estado de ánimo ansioso, además de presentar humos disfórico y desesperanza, una característica clave a diferencia de la emoción de ira es que en el miedo los pacientes muestran síntomas de indefensión, debido a que se sienten vulnerables sin el respaldo del programa:

Sí, pero te digo que ya se acaba esto en febrero pues [...] O sea ya nada más una, una vez más este, me van a dar medicamento pues [...] O sea lo que me preocupa es que este, que, pues yo me siento bien o sea todo normal, lo único que me preocupa es lo de la, la próstata, sí, si va a tener que operarse, pues, este, no sé si entre ya en el programa o ya no pues, ese es, porque ya ve que esa operación es cara ¿No? También [...] eso es lo que me preocupa ¿No? Que ya se va a acabar el programa y este, pues yo, no me han intervenido no se sino vaya a necesitarla pues, o sea

Andrés 65años

No sé, nos, eh, ni idea tengo que cosas no, yo pienso que lo que te he relatado es lo que me ha pasado, no [...] Sin abrigar temor de que se vaya a terminar [...] Yolo supe a raíz de que supe que entro esta persona a la presidencia[López Obrador] y desde entonces yo sentí el impacto emocional. Ay, en la madre, por lo que he visto hijo, por lo que he visto no, las gentes con mucha capacidad económica, no, no logra, y, y también otra cosa que he visto, la gente abusiva que ha hecho uso de, de esta enfermedad tan, tan de moda, quiero llamarlo así, ojala, este, de andar como el médico ese que aquí mismo andaba vendiendo inyecciones el güey, en este pasillo, tuve un encuentro con él en este pasillo, él me suplicaba -No me vayas usted- no, no debes hacer eso médico pues como le llevas de comer a tus hijos, de ese dinero y fue lo único que yo hice

Eduardo 75años

Pacientes como los señores Roberto y Carlos permiten apreciar superficialmente la relación emocional con el MP, expresan el miedo y la inconformidad, por el lado del estado ansioso, de igual manera características de indefensión, sometiendo estas situaciones a un estado de estrés prolongado.

Hice lo que yo a veces, yo no sé leer, yo no sé escribir, pero no soy tonto se las cosas como son, se reaccionar y se cómo soy, a veces piensan que pus uno es tonto no [...] Por eso yo le preguntaba a usted ¿que si esto no me va a

perjudicar en nada con el tratamiento que me están dando? [...] Porque yo también debo de cuidar mi tratamiento que me están dando para poderme yo curar, si es que hay cura de este cáncer.

Roberto 70años

Pero ya después lo fuimos arreglar, y ya cuando venimos aquí metimos el de...el otro, pero nos dijeron que teníamos que traer el del seguro Popular, este reciente para que pudieran, o sea bueno para que me salieran un poco menos el costo [...] Y digo, ya lo arreglamos, lo trajimos aquí, nos lo dieron por dos años y que ahorita no mas es para un año y quien sabe por qué nos lo van a quitar, creo lo van a quitar, iban a poner otro [...] Pues si lo quitan nos dan en la torre, digo, porque poco o mucho si ayuda

Carlos 67años

Otra de las formas en que se manifiesta el miedo en los varones entrevistados es cuando experimentan la idea de la pérdida de la imagen de fortaleza que han formado ante su familia, principalmente, algunos tienen como ejemplo a familiares que han tenido vidas longevas y temen no lograr lo mismo, para otros casos el experimentar miedo a la muerte, se puede apreciar de manera clara, ya que ejemplifican con personas que han pasado por eso y no han logrado superar la enfermedad cuidándose para no pasar por lo mismo. Ejemplo de esto son los testimonios del señor Ramiro y el señor Rogelio quiénes nos platican lo siguiente:

Si yo no tuviera los cateters, pues no, no, no habría tanto problema, yo, yo vería la forma de trabajar, afortunadamente, no, no soy de los que están esperando o esperando la muerte [...] No me, no me gusta doblegarme, no quiero que mis hijos me vean, de, hay papá [Cambia su tono de voz] te estás doblando ¡No! Yo no soy así [...] A veces lloro, pero ellos no quiero que me vean [tono de llanto]: Pero le digo, no me gusta, bueno me enseñó mi papá no doblegarme, yo lo veo, lo veía a él, y era una muestra de, de decir ¿no? es macizo del fuerte, mi abuelo murió a los 108 años, derechito y viendo bien, nunca se enfermó, mi papá por las tres caídas que tuvo tiene cinco años que falleció, a los 90. Entons yo lo veía siempre fuerte [...]Y era lo que a mí me motivaba y yo decía, le digo: no va a poder esta fregadera y afortunadamente, eh, y yo me siento bien, eh, no sé, no sé doctor, como, como, como está lo de mi cáncer, cuando me lo detectaron tenía yo 28.8 [...] [no padece otras enfermedades] Ningún tipo de enfermedad, por lo del caso es que también mi

hermana la mayor de mí tiene 25 años que murió de cáncer de páncreas [...] Y tíos han muerto de cáncer [...] Por qué cree que le dije que yo presentía que iba a morir de cáncer [...] Le digo para que no les pase lo que a mí, les digo: cuídense, yo por no, por no hacer mi chequeo, sabiendo que muchos de la familia por parte de mi papá habían muerto de cáncer, le digo yo sabiéndolo, nunca me hice el estudio [...] entonces, este, cuando vio el doctor mi tomografía era lo que me daba pavor, cuando vio, empecé a ver mi cuerpo en la, en su laptop

Ramiro 66 años

EL Sr. Ramiro dentro de su testimonio nos permite apreciar uno de los ejemplos más claros de MP originado por una emoción, en este caso miedo a raíz de determinada experiencia, dentro del estado de ánimo depresivo, presenta características como el llanto tras narrar su experiencia, por el lado ansioso, las características son la pérdida de control, desesperación y miedo razón por la cual se encuentran en dicho estado de estrés.

Mi padre murió en el 60 [...] Chiquito, emoción no digerida [...] Y luego un hermano que muere de la enfermedad que tengo actualmente, seis años después muere mi hermano [...] Que era de los mayores, de cáncer, este, tengo dos hermanos que han muerto de esto, entonces para mí cuando me dan esta noticia, pues sí fue impactante, porque luego, luego pensé en la muerte

Rogelio 65años

En el caso del señor Rogelio, se pueden apreciar simplemente características como el miedo y la indefensión, limitando dentro de su discurso la externalización de los síntomas, permitiendo apreciar el MP de manera superficial.

Inmediatamente fui, me la hicieron y yo pensé que me lo iban a dar así rápido el diagnóstico, bueno el resultado, de la biopsia y no, tardaron como dos meses, tons ya vine y los recibí y pus me sorprendí porque si me espanté, ¿No? O sea, como cualquier ser humano, dije: cáncer 80%, dije no pues, pensé en mi esposa ¿No? Dije: pus se va quedar sola, ya estoy cercano a la muerte o sea a mí el cáncer no me espanta, pero sí, estaba yo por cierto aceptando que era un, un riesgo alto y no podía yo impedir la muerte ya [...]Que ya nadie me iba a salvar y yo me avoque a la creencia de Jesús, estudié la biblia, estudié la biblia y me fui reanimando por medio de la lectura de la biblia y las reuniones con los que asistía yo, o sea yo nunca le dije al pastor o al hermano le dije, tengo

*cáncer y ando así, ando así, nunca dije nada siempre cayado y todo se lo dije pero a Dios, entonces que puedo decirle, vivo una paz interior y dije: bueno pues ya total acepto mi forma de comportar, mi conducta [...] Mi proceder en la vida, porque yo era bebedor Yo fumaba marihuana, este, consumía pasillas, piedras, entonces este, me dije pues es el resultado de mi forma de vivir [...]: El consumo desmedido de tales sustancias y yo dije, bueno pues yo que hago, total, mi esposa se va a quedar sola, ya voy a ser la, pronto esto va a medir el resultado, no sea desesperado en eso, yo estoy en espera de eso y me siento aún todavía bien, hasta el momento hasta esta fecha en la que estamos
ahorita*

Alberto 65años

El miedo ante la enfermedad se presenta en los varones entrevistados principalmente a raíz de sus propias ideas, ideas que han generado a partir de su experiencia y exposición al ámbito hospitalario o ideas que han adquirido por la experiencia de personas cercanas o conocidas a ellos, debido a que no saben que es lo que pasa o pasará a sus cuerpos por padecer la enfermedad, recurriendo a medidas de emergencia como la medicina alternativa, con la necesidad y el deseo de curarse a como dé lugar, el señor Eduardo y el señor Carlos nos comparten su experiencia:

*Comí mucho gorgojo chino, un año completo, dos tres tratamientos, empieza con uno y termina con cuarenta, tengo ahí una mata no sé cómo se llama, también la vecina que se le murió el yerno de cáncer [...] ella se lo recomendaron y yo ahí tengo la planta, y diario me como una, este, mucha guanábana, eh, y así las sugerencias, ¿no?, acudir a ellas ¿No? [...] Porque volvemos a lo mismo, yo he visto los dolores de cáncer, no, no, no entonces no sé qué sea en realidad, el miedo a morir hijo, o al dolor para mí que es
miedo al dolor, deberás*

Eduardo75

*Le digo, la primera vez que entre, entre muy presionado de que, pues sí, como dijera, la primera da miedo, quien no tenga miedo, el cuerpo tiene miedo[...] Porque eso fue lo que paso la primera vez, pues yo me sentía bien, no pues voy bien [...] Pero el cuerpo, pues es el que ha de decir, pues este a donde me lleva o que [...] Entonces eso fue lo que me paso, por eso la segunda, no pues ya me dije, me van a operar y tengo que estar bien para que
me...*

Carlos67

Otros pacientes, sin embargo, expresan la emoción de forma más clara, debido a que en el momento en que reciben la noticia donde se les diagnostica el cáncer de próstata, abordan la noticia desde una perspectiva emocional, experimentando miedo, debido a la pérdida de sus salud y la incertidumbre de la gravedad de la enfermedad, debido a que el significado del cáncer dentro de los discursos es de muerte.

Tras la falta de empatía por parte de los médicos, pacientes como el señor Roberto muestran características de MP ligadas a la emoción del miedo, mismo que les hacía sentir desesperanza y una pérdida de interés (hasta por 8 meses) incluso por su condición de salud, lo cual psicológicamente es difícil de sobrellevar durante tanto tiempo, debido al estrés experimentado. Por otra parte, el señor Eduardo experimentó una situación similar a la del señor Roberto; sin embargo, el señor Eduardo manifiesta inconformidad, miedo y desesperación ante la situación que vivió por el mal trato, ante la falta de empatía.

Mal. Hubiera querido morirme, porque me lo dijo el doctor entrando, entrando al consultorio me dijo, usted tiene cáncer [...] No, pues me sentí, y así anduve, anduve ocho meses pensando, pensando, pensando, hasta que él me dijo, no se va a morir de eso, se va a morir de otra cosa, entonces.

Roberto 70 años

No me hablaron de gravedad. [...] No, no, no solamente el temor, el, el temor al diagnóstico, no sé, tú has de saber más, que has estudiado como llamarle al, este, al efecto colateral después de un diagnóstico [...] Tú eres psicólogo, tú eres mi médico y tú tienes este, la necesidad u obligación de decírmelo, tienes cáncer, entonces se transforma inmediatamente, no lo digiero, digo tengo cáncer, ¿No? [...] Y estas opciones para el tratamiento de su cáncer, este, yo... pues yo sigo sintiendo esto, este, tristeza pero sin dejar de echarle ganas, echarle ganas a la vida ¿no? [...] Y eso, a esas personas así las ví tristeza, uno solo iba, este, uno solo iba solo, pero el otro llevaba la esposa, llevaba los hijos, llevaba a toda la corte familiar y eso es bueno ¿No? pero yo he sido un hombre solo por mis características

Eduardo 75 años

Incluso no lo aceptaba al principio decía, pues como es posible ¿No? [...] No, hágame otros estudios y hágame otros estudios y... Pero no, salió que sí era positivo

Ernesto 67

En varias ocasiones, el miedo se presenta cuando el padecimiento de la enfermedad que amenaza la estabilidad laboral, o se encuentra en riesgo su trabajo, dicha emoción se manifiesta cuando el varón tiene bajo su “responsabilidad” personas, que dentro de su familia dependen económicamente de la actividad laboral del paciente, se puede apreciar lo latente que se encuentra esta emoción en el discurso del señor Rogelio quien nos explica:

Y ahorita estoy como supuestamente así diplomáticamente soy asesor de dirección de la empresa, pero en el argot de la empresa soy el gato de todos, ¿no? [...] Bueno porque le ayudo a las secretarias y almacenan a todos porque yo estoy puesto y dispuesto de tener un empleo [...] Entonces yo estoy en una buena disposición porque yo sé que ahorita un empleo para mi es vital [...] Porque tengo una pareja, porque tengo una hija, porque tengo una casa Rogelio 65 años

La funcionalidad laboral tanto para las emociones como para el MP se encuentra ligadas. El discurso del Sr. Rogelio con respecto a su responsabilidad, dentro de la familia, en términos de protección y gastos tanto para su hija como para su esposa, mantienen al varón entrevistado bajo un estado de MP, constante y prolongado, presenta, desesperación, a diferencia de los otros un solo objeto en esta caso la situación económica motiva a seguir, sin embargo de igual manera lo limita, pues tiene que buscar los medios para lograr proveer. El estrés circunstancialmente se presenta al “no lograr” proveer como se requiere.

C) Tristeza

La tristeza en los varones entrevistados, se caracterizan principalmente por la pérdida de determinados objetos, tanto físicos corporales, como simbólicos, además de la sensibilización de los pacientes al ver el sufrimiento de otras personas en situaciones similares o más graves que la suya. Otra característica es el acompañamiento durante la enfermedad, el hecho de que los pacientes no cuenten con un apoyo de acompañamiento les genera tristeza, aunque sí tengan apoyos económicos.

El ambiente hospitalario propicia que los pacientes experimenten emociones como la tristeza, al ver y convivir en algunos casos con otros pacientes, que padecen cáncer o enfermedades similares, clínicamente, al compartir dichas experiencias dentro de la convivencia, pacientes como el señor Alejandro y el señor Eduardo aseguran haberse sensibilizado ante la enfermedad del otro, lo cual expone sus emociones dentro de un discurso que principalmente denota tristeza. A todo esto nos comentan lo siguiente:

Sí, sí era, era como un termómetro venir todos los días a ver el sufrimiento del, de las demás personas ¿No? [...] Pero se desarrollaba como un instinto de, de, tal vez sea como de conservación de uno mismo, el hacer amistad con toda es agente [...] Día con día, sí, y ahí ya unos venían, uno iba viendo él, el mejoramiento de los compañeros que estaban ahí o compañeras porque los veía uno a diario [...] Entonces veía uno sabía uno cual no iba a salir

Alejandro 72años

Al estar expuestos al contexto hospitalario pacientes como el señor Eduardo, se encuentran en interacción con otros pacientes en distintas condiciones, generando en el desesperación y miedo, síntomas del malestar psicológico.

No, así que hay, hay, este, comedores que cuestan 20 pesos, Hijo, Y no esta mala la comida, quiere decir que yo debo de atenerme a todo esto...Yo debo atenerme a todo esto y de eso estoy muy consciente, y muy preparado incluyendo la muerte quiero que sepas, pero pues quien la acepta en su sano juicio, ¿nadie verdad? [...] Pero pues no, no deja de estar en mi kardex, no deja estar en mi vida, ¿No? [...] deja para nada, no, si yo siento, no esa depresión enfermiza que veo que se ahorcan, ni siquiera el pensamiento [...] Mi pensamiento ha sido ese del dolor de lo que veo aquí en cancerología, obvio [...] Digo ¡Ay! en la madre, es triste hijo... Es triste, no hay una sola droga que les quite ese dolor a los compañeros

Eduardo 75años

El hecho de vivir con la enfermedad, genera un impacto emocional mayor en los varones que no viven con pareja o hijos, como es el caso del señor Eduardo quien manifiesta dentro de su discurso su preocupación, ya que independientemente del apoyo recibido por parte de sus hijos ha experimentado

tristeza a raíz de la soledad, afirma haber vivido lapsos de profunda tristeza que ha superado, sin embargo lo mantiene preocupado la idea de dejar de comer, lo que podría interpretarse como una depresión debido a los episodios que ha experimentado, el señor Eduardo nos comparte lo siguiente:

Sí, pero muy confundidos, muy preocupados, muy acompañados, muy acompañados, yo me la he llevado solo pero ellos muy acompañados, la familia muy preocupada, esto que me ofreció ayer la hija de mí, y el yerno no tanto, tanto este, de un departamento de calidad, como subieron a mi cuartito y como tengo un baño afuera pero yo procuro hijo, pues es mí, mi capacidad no, pero dentro de mi capacidad, tengo capacidad como para mediar en mi economía [...] Aunque ellos me lo paguen, no es solamente eso, trato de, de, pues si no barrí porque estaba triste, no me va a preocupar mucho no barrer por estar triste [...]Mañana se me va a quitar la tristeza, o dentro de ocho días me ha pasado[...]Es lo que no quiero es dejar de comer, no, yo hacía dieta o no dieta, dejar, dejar de comer porque pues a donde llegaría

Eduardo 75años

La tristeza se ve reflejada en pacientes como el señor Eduardo, dentro de su testimonio, al experimentar dicha emoción nos explica ciertas características de MP que se encaminan hacia un estado de ánimo depresivo, por la pérdida de interés, e irritabilidad y hacia un polo ansioso con características como, miedo y desesperación, de alguna manera presenta indefensión o un previo a experimentar la a raíz del sentimiento de inutilidad. Estas características en conjunto pueden propiciar que el MP pase a una etapa patológica y el paciente pueda padecer algún tipo de depresión.

El Sr. Eduardo expresa la emoción de tristeza dentro de su discurso, el asegura que ha padecido algún tipo de depresión, por la profunda y recurrente tristeza que ha experimentado a raíz del diagnóstico y desde el momento en que los médicos le dieron la noticia sobre su padecimiento, abiertamente el señor

Eduardo nos confía lo siguiente:

Me puse solamente muy triste, una, una tristeza recurrente... Es una tristeza recurrente, me la han manejado como, este, ¿cómo le llaman a esa enfermedad?, ¿Depresión [...]: A veces, si he sentido depresión ¿No

Eduardo 75 años

A raíz del tratamiento los pacientes experimentan estragos físicos, mismos que dejan secuelas en el cuerpo del paciente, por ejemplo en el ámbito sexual. Estas comúnmente se manifiestan como emociones que no son canalizadas de manera correcta, siendo atribuidas a cuestiones ajenas a la enfermedad, en el caso del señor Ramiro, se puede entender en su testimonio que se intentaba involucrar nuevamente con su esposa en lo sexual, sin embargo al no estar en sintonía y no poder ejecutar los deseos, el paciente experimenta tristeza, pues ha tenido una pérdida. El señor Ramiro expresa mediante la tristeza una pérdida específica de su funcionalidad sexual, en efecto al no lograr estabilizar su vida sexual en pareja el señor Ramiro manifiesta síntomas de MP encaminados hacia el estado de ánimo depresivo, es uno de los ejemplos más claros debido a que no reprime nada durante su testimonio, permitiéndonos apreciar a detalle su experiencia, los síntomas más claros son el llanto, la pérdida de interés en el acto sexual, la irritabilidad, aunado a la inconformidad, presenta características como la pérdida de autoestima, el sentido de inutilidad y la anhedonia.

No, ya no he tenido relaciones [...] Ya muy le, muy lejanísimo, eh, que de hecho, pus ni yo, ni yo lo entiendo doc, porque yo le decía a mi esposa: ¿Qué te pasó? ¿Qué, qué onda? Hasta, últimamente no recuerdo si, un año, no recuerdo, yo le pregunte: oyes ¿qué onda? ¿Por qué, te, te cerrabas o qué onda? Le pregunté eso porque, yo era muy expresivo con ella [...] Expresivo bonito ¿No? eh, [Cambia su tono de voz] y una ocasión, el día de, el 14 de Febrero le digo: chaparra prepárate te, te voy a dar tu regalo en la noche y dice: ¿sí? Le digo: sí, prepárate y ya, nos fuimos al baño a prepararme y cuando regresé ya estaba bien dormida, [trueno la boca] [se quiebra su voz] Ya estaba ahí yo solo, le había puesto un, yo ¿No? Pero, igual mi esposa se siente muy contenta porque [Se quiebra su voz] porque no me ve mal, entonces o pi, pienso que en ese aspecto también estoy yo bien, porque yo a mis hijos les he comentado, un día a como soy dibujante le había puesto un, un decorado bien bonito con un letrero así y no, la encontré dormida [voz/llanto] la quise despertar y ya no, no, me quede con las ganas, después, en su cumpleaños, no, el día de las madres, el día de

las madres, vuelvo a hacerlo mismo, le, y la vuelvo a encontrar dormida y dije: ya no, no le voy a... Y a partir de ahí ya no.

Ramiro 66años

Los pacientes en ocasiones se encuentran en la situación de querer recuperar los roles o buscan ser las personas que eran anteriormente, en algunos casos a las obligaciones o el estilo de vida que acostumbraban, aun así, mantienen de alguna manera la imagen ante su familia, esta situación les genera emociones de tristeza que se ven reflejadas en sus discurso. El señor Ramiro expresa su necesidad y deseo de recuperar su vida laboral, debido a que busca ser un ejemplo para sus hijos, mismos que le sirven como motivación para afrontar la enfermedad en sus distintas etapas. A lo que nos cuenta lo siguiente:

Le digo: ya quiero trabajar en forma, quiero ser el de antes [...] Y, y eso el mayorcito que es el que, este, es el tatuador, es el que me hecha la mano le digo: miren hijos, en mi cumpleaños que fue ahora en septiembre, les digo: gracias, gracias, gracias por su apoyo, gracias por lo que me han apoyado, que sino fuera por ustedes ya ni le hecho ganas hijos ¿Pa qué? De qué sirve que yo tenga hijos si ni me apoyan, no hijos les digo: ustedes de una manera u otra no dejan de apoyarme y eso, no puedo defraudarlos

Ramiro 66años

Algunos pacientes viven, una pérdida de funcionalidad dentro del ámbito laboral, como se ha mencionado anteriormente, algunos viven dicha situación antes de que les sea diagnosticado el cáncer de próstata, en conjunto con la enfermedad, los pacientes se han enfrentado a la necesidad de afrontar dicha estabilidad laboral, misma que les ha orillado a buscar destinos alternativos, desde recurrir a sus familiares para solicitar apoyo, hasta tramitar apoyos gubernamentales para poder subsistir, como ejemplo de esto, el señor Ramiro y el señor Pedro nos comparten su experiencia comentando:

Y ya, entons ya tiene casi, fácil dieciocho años, que, que ya no, no, no pude ya trabajar [Cambia tono de voz "melancólico"] y como teníamos mercancía de lo que nos quedaba a nosotros, la fui vendiendo poco a poco, me dio tanto coraje, que dije: ya no quiero ser dibujante... Y ya no [Se quiebra su voz] [Apunto del llanto] Pero cuando ya me propuse trabajar que fue hace tres años,[espacio en silencio] fue cuando me

detectaron el cáncer [...] [voz con llanto] y ya me limité [...] no pude porque me sentía yo mal y luego a los cinco meses me detectan que mis riñones eran, agua lo que, eran orines lo que tenía [...] Porque el cáncer ya está afuera de la próstata. Entonces me, me está invadiendo otros órganos.

*Ramiro 66
años*

El Sr. Ramiro nos comenta, que además de perder la funcionalidad sexual, ha tenido una desestabilización en la cuestión económica, debido a que tuvo una mala racha en el ámbito laboral, la tristeza que experimenta tras lo ocurrido lo dirige a un estado de MP mismo que se caracteriza dentro de los parámetros de ánimo depresivo, manifiesta llanto, pérdida de interés e irritabilidad, dentro de los parámetros de ánimo ansioso, manifiesta pérdida de control, inconformidad, desesperación y miedo, además de experimentar desesperanza y sentimientos de inutilidad.

Pero generalmente, ahorita me levanto como a las 11 de la mañana, no hago nada y que como hace rato te dije, una amiga y eso me lo dijeron los polis, -Estoy parasitando, no hacemos nada. [...] Pues no tengo ánimos, no tengo nada aun proyecto que digas "OH quiero esto" Sí, antes si los tuve pero ahorita ya nada [...] Me gustaría estar casado eso sí. [...] No pues, la única novia que tuve este, como se llama, me fui a estados unidos para hacer más lana y me atropellaron allá y regreso hecho aquí una mierda persona y pues ya desde ahí a el amor le dije... Ya valió madres, sí [...] Pues quien se iba a fijar en un güey que está más jodido y sin dinero.

Pedro 56años

D) Vergüenza.

La vergüenza se puede apreciar dentro del discurso de los pacientes cuando ellos manifiestan principalmente una pérdida o un cambio radical, no solo en objetos físicos. Las pérdidas simbólicas son las que afectan en gran magnitud a los varones; estas observan en los varones de manera específica cuando ellos, con la intención de aparentar que están bien y que pueden soportarlo, esconden tanto sus síntomas como la gravedad de su enfermedad sus familiares

Los varones entrevistados muestran vergüenza debido a que han perdido su imagen de fortaleza, e intentan a toda costa recuperarla o mantener lo que aún conserva de ella. Un ejemplo de esto se aprecia cuando los varones

entrevistados comentan cómo han cambiado radicalmente sus hábitos desde lo más sencillo que es, su alimentación, debido a que ahora tienen que cuidarse para tener un bienestar. Así mismo, se observa cuando al mencionar que han perdido parcialmente su autonomía y ahora requieren el apoyo económico de sus familiares para mantener la estabilidad económica que acostumbraban dentro de la familia, resaltan los deseos hacia recuperar su trabajo justo después de explicar sus carencias. El señor Andrés nos platica su experiencia:

Pues cambió, este, que ya, este, con el problema ese de la enfermedad pues tienes que comer lo menos, este, sales posibles, lo menos grasas posibles ¿No? Entons, este, pues, hay que bajarle a eso, ciertas cosas con mucha grasa no hay que comer [...] Pues sobre todo las cosas, este, de que cargan mucho colesterol, como las carnes rojas, este, huevo... Y este, pues hasta los frijoles te prohíben luego que comas mucho ¿No? [...] Entonces pues, eso fue el, el cambio pues que ya te, pues te tienes que cuidar un poco más de lo que comes ¿No? Y, y este, tocante a este, lo económico, pues que ya no aportaba yo pa la casa ¿no? [Riendo] [...] O sea que, o sea que, si ya te ves, este, pues ya no se siente uno tan bien porque, bueno pues yo en lo personal siempre me ha gustado ganarme mi dinero y... traer dinero para cualquier cosa que se te antoja, me voy a comer allá me voy para acá o sea traer dinero en la bolsa y ya pues así ya no es lo mismo pues [...] Sí, cambió mucho pues ya ahorita estoy viejo, ya no es fácil que me den trabajo así como quiera ¿No? Entonces, pero sí, pues yo creo que todavía puedo acomodarme todavía en algún trabajillo por ahí, pero pus ya necesito ya también dejar esto porque también te, te trunca la vida porque pues cuando no tienes que venir a antígeno que tienes que venir a laboratorio, que tienes que venir al médico, entonces a veces pues no puedes estar en un trabajo también, falte y falte y falte, pues no se puede luego ¿No?

Andrés 65años

La vergüenza en general por la pérdida de algo en específico, como es en este caso la posibilidad de laborar incita a los pacientes a buscar recuperar dicha funcionalidad, en ocasiones cuando no lo logran, experimentan MP como es el caso del señor Andrés, quien buscando recuperar la vida laboral experimenta inconformidad, por su situación actual, además de sentimientos de inutilidad lo cual hacen que se mantenga en un estado de estrés constante.

Otro ejemplo claro es cuando los varones experimentan vergüenza ante la sociedad cuando evidencian sus emociones generalmente, debido a que esto los exhibe de una manera vulnerable, se puede apreciar de manera clara, en el

momento que los varones como el Sr. Ramiro esconden sus emociones ante sus hijos principalmente, a su voz nos comparte lo siguiente:

No me, no me gusta doblegarme, no quiero que mis hijos me vean, de, hay papá [Cambia su tono de voz] te estás doblando ¡No! Yo no soy así [...] A veces lloro, pero ellos no quiero que me vean [tono de llanto]

Ramiro 66años

Una característica notable al manifestar que han experimentado emociones de vergüenza es cuando los varones esconden sus síntomas, a pesar de la gravedad de los mismos prefieren afrontarlos de manera personal, inclusive antes de comentarlo con sus familiares más cercanos hasta que los síntomas los superan y requieren el apoyo tanto, emocional, como económico. El señor Alberto nos comparte su experiencia:

Iba yo caminando después de un trabajo, venia yo caminando y sentí un dolor muy fuerte entre, entre la entrepierna y me paré y una sudoración y vómito, sudoración y vómito y no quiero decirle así horas, fueron 30 minutos por día y se suspendió, dije bueno pues que será, no, no me percaté y dije bueno pues ya es el proceso del cáncer yo creo que ya se está ya acelerando, ya va a suceder lo inevitable [...] Y dije, pues ya ni modo, ni le dije nada a mi esposa, ni siquiera le dije pues me pasó este... llegué y me tomé las pastillas porque me habían dado primero las pastillas de esas pastillas me tomaban yo 3 diarias [...] Pero como el costo era bastante, es bastante, \$2,350 me salían... Eran, este, 18 pastillas en ese precio, entonces yo tres diaria, entonces me las acababa yo en una semana [...] Y yo decía y ora el trabajo y el dinero y él, la mujer que tengo yo la admiro y la quiero ahora un poco más, no por la enfermedad sino por la forma de ser, porque da todo por mí, yo decía, pues ella tenía sus ahorros en el banco, dispuso de todo ¿y sabes qué? no importa ahí está y ahí está y ahí está [...] Entons yo digo, pues, este, a mí me apena porque pues yo era un poco fantasioso, sentirme que ganaba, 10, 000, 5, 000 pesos al día en mi trabajo y yo decía: no a mí... yo compraba lo que yo quería, hacia yo lo que quería y más que nada me lo gastaba en vicio [...] Entonces este, ella me reprendía bastante y yo le decía: no, pues no te preocupes total el cáncer es incurable y tú lo sabes, nada más espera lo mejor y yo trataba muchas de las veces, me ponía mal, porque decía: pues ella porque lo va a pagar, ya mejor que se largue, yo trataba de correrla...

Luego ya en mis momentos de estar solo recapacitaba y decía, no pues esta mujer no tiene la culpa, pero ella es aferrada a quedarse hasta el final conmigo[...] Pero yo no quiero que vea, que sufra, porque había veces que me daban dolores o sudoraciones delante de ella y yo la veía como se ponía y yo trataba de recuperarme, de fingir que estaba bien, “estoy bien no tengo nada eh, es normal, es normal, no hay dolor estoy bien” o sea trataba de consolarla, de decirle: no te preocupes no va a parar de ahí

Alberto 65años

La vergüenza en casos como el del señor Alberto de manifiesta mediante el MP tras perder completamente el estilo de vida que acostumbraba, desde cuestiones alimenticias, de hábitos hasta económicas, claramente manifiesta síntomas de MP de tipo ansioso, ya que expresa una pérdida de control, irritabilidad, inconformidad, desesperación, manifiesta de igual manera un sentido de indefensión, inutilidad y anhedonia.

Otra situación donde los varones entrevistados denotan la emoción de vergüenza es cuando ante otra persona se evidencia alguna pérdida física de su cuerpo o simbólica de su masculinidad, como es el caso de la sexualidad, un ejemplo de dicha vivencia del Sr. Ramiro, el señor Ernesto y el señor Carlos a quienes se encontraron en las siguientes situaciones:

Y ya la segunda vez no se pudo y la que me lo estaba colocando era la doctora, una de esas ocasiones, pero yo así de reojo la vi y ya tercera vez que ya no se pudo meter, le digo, oiga doctora le voy a hacer una pregunta, dice: a ver dígame... Le digo ¿Por qué, por qué, mi pene se está haciendo chiquito? Le digo ahora hasta parece que soy niño, le digo y ¿ahora por qué? Y se empieza a reír y dice: es por lo del medicamento que está tomando de, del, para el cáncer, ya medio me explicó todo [...] Dice: eso le está haciendo efecto haciendo efecto, le digo: oh con razón, no le digo, no, se me está encogiendo [Ríe] se empieza a reír y le digo pues ¡ay,no! manches le digo pues ya no soy que le digo, dice: ¿por qué? Le digo: ha ni te enseñó mejor, pero ya no tenemos relación... Y ahora menos, pus ora, ni ganas me dan ya, a mí

Ramiro 66años

Tras la disminución de tamaño del aparato reproductor masculino, los varones experimentan emociones de vergüenza, pues están perdiendo parte no solo de

su cuerpo si no simbólicamente de su masculinidad, pacientes como el señor Ramiro manifiestan síntomas como pérdida de autoestima, anhedonia.

Pero, en ocasiones pues sí me hace el comentario que si le hace falta...Y posiblemente ahorita ya como que la erección ya se, se acabó, no sé.Y ahora como que sí ya, ya se, o no sé a veces como que en ocasiones como que sí, a veces no querer ¿No? [...] Pero lo que sí siento es que los testículos también como que ya se me achicaron Y el pene también, ¿Qué cree? Que, como que si se recortó mucho [...] Pues no hay, porque yo no le he preguntado porque, pues obviamente uno no se atreve a hacerlo

Ernesto 67años

En cambio, en el caso del señor Ernesto, ni siquiera ha buscado respuestas del por qué con respecto a esos cambios que ha vivido, manifestando pérdida de interés, desesperanza al no involucrarse para buscar soluciones y sentimiento de inutilidad:

Bueno pues ahorita digo los con cambios con mi esposa desde cómo le dijera por lo regular, como ahorita uno no puede hacer nada, sexo con ella [...] Todo eso, Pues ya sabe que se siente, pues yo digo así uno mal, por no poder [...] Pues póngale, pues cada 15 días o porque también ya se va uno se va retirando del, de las cosas del sexo, porque ya es diferente, ya no es constante, ni nada de eso, y este ya ve que uno llega uno cansado o que la señora está enojada, que este que le otro, cuando está enojada ya uno no puede decir, nada, pues sabe uno que lo van mandar, canijo, pues mejor [...] En mi es lo que ha cambiado siento que más en mi porque pues digo me siento mal, porque digo ahora sí, no puedo agarrar a mi vieja, ni nada de eso, es por lo que yo me siento mal[...] Lo que pasa, es que, como le dijera, no se lo he preguntado por qué si yo no le puedo decir nada, me va a decir bueno para que preguntas sí, no vas hacer nada.

Carlos 67 años

Para el Sr. Carlos dicha experiencia manifiesta su MP con síntomas cómo sentido de inutilidad, culpabilidad, desesperanza, encaminándolo hacia un estado de ánimo depresivo, en el que experimenta perdida de interés.

	Nombre	Características y consecuencias del malestar psicológico, relacionadas con el Cáncer de Próstata entre los pacientes entrevistados
Pmex Hg -1	Sr. Ángel	<p>La familia, dentro de la vida cotidiana, se ve trastocada, y experimenta cambios, que lejos de unificar a los miembros de la familia tras la enfermedad, los separa. Las circunstancias le han llevado a decidir mantener en privado su enfermedad, aislándose de todos, a excepción de su esposa.</p> <p>Además asegura haberse visto después de su diagnóstico la necesidad de cambiar sus hábitos de auto cuidado, dejando atrás esa imagen de fortaleza, ya que tienen la intención de alcanzar un bienestar físico. Esa es su prioridad ahora. Esto se puede apreciar, cuando menciona que sigue al pie de la letra las indicaciones que les recetan los médicos y que dan seguimiento y complementan a su tratamiento.</p> <p>Ha experimentado cambios en su sexualidad, tras los efectos colaterales del tratamiento para el cáncer de próstata, ellos aseguran no tener relaciones por la falta de erecciones y los cambios que han notado en su pene y testículos, como adelgazamiento y reducción de tamaño, lo cual le genera determinado malestar psicológico.</p>
Pmex Hg -2	Sr. Francisco	<p>Manifiesta abiertamente el cambio y la percepción hacia sí mismo que tuvo del mismo cambio durante el proceso que implica la enfermedad, el interés por no descuidar su tratamiento y la disciplina para continuar con las indicaciones y recomendaciones que les puntualiza el médico tratante, dicho cambio de percepción cambia por completo la estructura de vida que mantienen los pacientes, generando malestar de diversas formas, ya que se ha confrontado la vida anterior con la nueva y exige un cambio radical para mantener un bienestar, principalmente físico con respecto a su salud.</p>
Pmex Hg -3	Sr. Andrés	<p>Ha perdido parcialmente su autonomía y ahora requieren el apoyo económico de sus familiares para mantener la estabilidad económica que acostumbraban dentro de la familia, resaltan los deseos hacia recuperar su trabajo justo después de explicar sus carencias.</p> <p>Además de perjudicarlo de forma económica, la situación</p>

		<p>laboral, le afecta de manera personal, debido a que no se siente cómodo con la situación de no tener el dinero suficiente para disponer en el momento que se requiera, esto a pesar de que sus hijos le apoyan con determinados gastos a raíz de la enfermedad</p> <p>De igual manera explica las razones por las que ya no les permiten los médicos continuar con sus actividades laborales, debido a que al realizar esfuerzos mayores podrían tener complicaciones posteriores, influyendo negativamente en su tratamiento. Esto afecta no solo a cuestiones económicas, sino también directamente sobre el bienestar físico y el malestar emocional, está consciente de que ya no puede incorporarse a los trabajos que realizaban anteriormente por la condición actual de su enfermedad</p> <p>Asegura haberse visto después de su diagnóstico la necesidad de cambiar sus hábitos de auto cuidado, dejando atrás esa imagen de fortaleza, ya que tienen la intención de alcanzar un bienestar físico. Esa es su prioridad ahora. Esto se puede apreciar, cuando mencionan que siguen al pie de la letra las indicaciones que les recetan los médicos y que dan seguimiento y complementan a su tratamiento.</p> <p>Se puede apreciar peculiarmente, la importancia que le han dado a la pérdida de su sexualidad, ya que manifiestan de diferentes maneras dicho cambio, ya que a pesar de que han intentado retomarla.</p>
Pmex Hg -4	Sr. Ramiro	<p>El malestar psicológico, lleva a experimentar la idea de la pérdida de la imagen de fortaleza que han formado ante su familia.</p> <p>Se manifiesta peculiarmente por llanto tras narrar su experiencia, por el lado ansioso, las características son la pérdida de control, desesperación y miedo; razón por la cual se encuentran en dicho estado de estrés.</p> <p>Experimenta emociones de vergüenza, pues está perdiendo parte no solo de su cuerpo si no simbólicamente de su masculinidad.</p> <p>Además la familia se ha visto en la necesidad de involucrarse en nuevas actividades, con la intención de apoyar al paciente, desde el control de sus medicamentos hasta cambiar el régimen alimenticio de todos los miembros, dejando de consumir ciertas cosas que eran de su agrado, a modo de <i>solidarizarse con el otro</i> para apoyar la dieta.</p> <p>Por otra parte explica las razones por las que ya no les permiten los médicos continuar con sus actividades laborales, debido a que al realizar esfuerzos mayores podrían tener complicaciones posteriores, influyendo negativamente en su tratamiento. Esto afecta no solo a cuestiones económicas, sino también directamente sobre el</p>

		<p>bienestar físico y el malestar emocional, está consciente de que ya no puede incorporarse a los trabajos que realizaban anteriormente por la condición actual de su enfermedad.</p> <p>Está claro que dar la espalda a sus problemas de salud, negando que éstos los vuelva vulnerables en cierta medida, dificultándoles pedir ayuda o incorporar medidas de auto cuidado. Existen continuidades claras ante dicho estereotipo social. Ejemplo de esto es la imagen de fortaleza masculina que busca preservar el Sr. Ramiro a lo largo de la entrevista, principalmente cuando se refiere a sus hijos.</p> <p>Se puede apreciar peculiarmente, la importancia que le han dado a la pérdida de su sexualidad, ya que manifiestan de diferentes maneras dicho cambio, ya que a pesar de que han intentado retomarla.</p>
Pmex Hg -5	Sr. Raúl	<p>A pesar de continuar laborando en un trabajo alternativo, en el cual aún puede desempeñar determinadas actividades, en ocasiones no solo surge la necesidad de trabajar para proveer los gastos del hogar, sino que se presentan distintas necesidades personales, pues no logra solventar sus gastos básicos como antes de la enfermedad, lo cual implica un cambio drástico en las actividades generales. La postura que adopta, con respecto a la posición del trabajar en equipo para solventar los gastos ya que no puede ser proveedor nuclear.</p> <p>Si bien se ha visto en la necesidad de continuar con su vida laboral en trabajos alternativos que no demandan mayor esfuerzo al que se les sugiere médicamente, resienten los estragos de los gastos de medicamentos, debido a que sus ingresos no son suficientes para cubrir todos los gastos.</p> <p>Por otra parte; el consumo del cigarro de tabaco, particularmente no ha abandonado dichas prácticas, y a pesar de haber disminuido considerablemente la cantidad de consumo, no lo ha abandonado por completo</p> <p>Con respecto a la sexualidad, hace referencia a la práctica de tener diversas parejas sexuales, misma que por la condición de la enfermedad a pesar de que tuviera la oportunidad de realizar el acto sexual, físicamente no podría llevarlo a cabo lo cual le desencadena malestar emocional.</p>
Pmex Hg -6	Sr. Pedro	<p>Su estado de ánimo tiende hacia el polo depresivo ya que muestra características elementales como, la pérdida de interés y la irritabilidad, generando un sentido de inutilidad, baja autoestima, desesperanza y humor disfórico, que surge a raíz de la pérdida de funcionalidad en la mayoría de las esferas de la vida cotidiana. Incluso bajo un análisis más detallado sobre su sintomatología es posible que</p>

		<p>padezca un síndrome de desmoralización; debido a que ya no tiene metas por cumplir, al no contar con ningún familiar o al no estar casados ni tener hijos que le pueda apoyar en cuestiones de acompañamiento, se ven en la situación de pedir favores a sus conocidos para que les acompañen cuando la institución les obliga a llevar a alguien, y en otras ocasiones a asistir solos a sus consultas.</p> <p>Incluso ha experimentado cambios en su sexualidad, tras los efectos colaterales del tratamiento para el cáncer de próstata, que asegura no tener relaciones por la falta de erecciones y los cambios que han notado en su pene y testículos, como adelgazamiento y reducción de tamaño.</p>
Pmex Hg -7	Sr. Roberto	<p>En el señor Roberto muestra señales de MP, en donde experimenta miedo e inconformidad, se puede apreciar en este caso como se puntúa el estado ansioso, de igual manera presenta características de indefensión, sometiendo estas las circunstancias a un estado de estrés prolongado.</p> <p>Presenta características de MP ligadas a la emoción del miedo, mismo que les hacía sentir desesperanza y una pérdida de interés (hasta por 8 meses) incluso por su condición de salud, lo cual psicológicamente es difícil de sobrellevar durante tanto tiempo, debido al estrés experimentado.</p> <p>Manifiesta abiertamente el cambio y la percepción que tuvieron del mismo cambio durante el proceso que implica la enfermedad, el interés por no descuidar su tratamiento y la disciplina para continuar con las indicaciones y recomendaciones que les puntualiza el médico tratante.</p>
Pmex Hg -8	Sr. Eduardo	<p>Presenta características de tipo ansioso como inconformidad e irritabilidad, lo cual lo encamina a un sentimiento de inutilidad, manteniéndolo en un estado de estrés prolongado.</p> <p>Manifiesta inconformidad, miedo y desesperación ante la situación que vivió por el mal trato, ante la falta de empatía, ya que al no poder realizar sus planes con la misma facilidad con la que lo hacía antes, una de las ocasiones en que los pacientes entrevistados experimentan emociones como la ira, es cuando reciben un mal trato por parte del personal de la institución en la que son atendidos, así como por parte de los trabajadores de las instancias, experiencia a la que se vio expuesto durante su proceso y tratamiento. Asegura haberse sensibilizado ante la enfermedad del otro, lo cual expone sus emociones dentro de un discurso que principalmente denota tristeza.</p> <p>Al estar expuesto al contexto hospitalario se encuentra en interacción con otros pacientes en distintas condiciones, generando en el desesperación y miedo, síntomas del</p>

		<p>malestar psicológico. Independientemente del apoyo recibido por parte de sus hijos ha experimentado tristeza a raíz de la soledad, afirma haber vivido lapsos de profunda tristeza que ha superado, sin embargo lo mantiene preocupado la idea de dejar de comer, ciertas características de MP que se encaminan hacia un estado de ánimo depresivo, por la pérdida de interés, e irritabilidad y hacia un polo ansioso con características como, miedo y desesperación, de alguna manera presenta indefensión o un previo a experimentarla a raíz del sentimiento de inutilidad.</p> <p>Al no contar con ningún familiar o al no estar casado ni tener hijos que le pueda apoyar en cuestiones de acompañamiento, se ven en la situación de pedir favores a sus conocidos para que les acompañen cuando la institución les obliga a llevar a alguien, y en otras ocasiones a asistir solos a sus consultas.</p>
Pmex Hg -9	Sr. Alejandro	<p>asegura haberse sensibilizado ante la enfermedad del otro, lo cual expone sus emociones dentro de un discurso que principalmente denota tristeza por la exposición emocional que experimentó, al platicar con otros varones y conocer la situación desfavorable a la que se enfrentan, el MP que presenta se encaminan hacia un estado de ánimo depresivo, por la pérdida de interés, e irritabilidad y hacia un polo ansioso con características como, miedo y desesperación; Otro factor de gran relevancia es la pérdida de su actividad sexual, si bien se veía trastocada por la edad se potencializo con la enfermedad, en combinación estos factores influyen en el malestar psicológico que presenta.</p>
Pmex Hg -10	Sr. Rogelio	<p>Las características de malestar psicológico que presenta se manifiestan principalmente por la emoción de la ira, ya que a partir de experimentar un mal trato por parte del personal, él expresa irritabilidad, inconformidad, desesperación, debido a que no está en sus manos el cambiar la situación, experimentando un estado de desesperanza.</p> <p>Tras experimentarla idea de la pérdida de la imagen de fortaleza que han formado ante su familia, presenta miedo y la indefensión, limitando dentro de su discurso la externalización de los síntomas, permitiendo apreciar el MP de manera superficial.</p> <p>El miedo se presenta cuando el padecimiento de la enfermedad que amenaza la estabilidad laboral, o se encuentra en riesgo su trabajo, dicha emoción se manifiesta cuando el varón tiene bajo su "responsabilidad" personas, que dentro de su familia dependen económicamente de la actividad laboral del paciente, respecto a su responsabilidad, dentro de la familia, en</p>

		<p>términos de protección y gastos tanto para su hija como para su esposa, mantienen al varón entrevistado bajo un estado de MP, constante y prolongado, presenta, desesperación, a diferencia de los otros un solo objeto en esta caso la situación económica motiva a seguir, sin embargo de igual manera lo limita, pues tiene que buscar los medios para lograr proveer. El estrés circunstancialmente se presenta al “no lograr” proveer como se requiere. Continúa trabajando en una actividad alternativa que no comprometa su condición médica, ya que su pareja no trabaja.</p>
Pmex Hg - 11	Sr. Emmanuel	<p>Manifiesta la emoción de ira, hacia los médicos de la institución principalmente, expresa claramente su malestar, la relación con la ira y el MP se nota por la desesperación, irritabilidad, inconformidad, desesperanza y humor histórico, debido al estrés prolongado que experimenta.</p> <p>Ahora, al verse en la necesidad de modificar su vida laboral en trabajos alternativos que no demandan mayor esfuerzo al que se les sugiere médicamente, resienten los estragos de los gastos de medicamentos, debido a que sus ingresos no son suficientes.</p>
Pmex Hg -12	Sr. Alberto	<p>Tras perder completamente el estilo de vida que acostumbraba, desde cuestiones alimenticias, de hábitos hasta económicas, claramente manifiesta síntomas de MP de tipo ansioso, ya que expresa una pérdida de control, irritabilidad, inconformidad, desesperación, manifiesta de igual manera un sentido de indefensión, inutilidad y anhedonia.</p> <p>Muestra sentimientos de vergüenza debido a que los roles de protección se han invertido en la esfera familiar, sus hijos han asumido el papel de protectores ante la enfermedad de su padre, aun por encima de la situación personal por la que han atravesado anteriormente y su hermana le apoya con los gastos elementales de sus medicamentos.</p> <p>La desestabilización económica, repercute debido a que los gastos destinados a los medicamentos en ocasiones superan el ingreso del proveedor, truncando así la posibilidad de adquirirlos y continuar con el tratamiento. En varios casos esto ha motivado a que la pareja haya incursionado en el mundo laboral.</p>
Pmex Hg -13	Sr. Lorenzo	<p>Las situaciones de riesgo, entre las que destacan demostrar que tienen mucha resistencia al alcohol o a las drogas.</p> <p>En el periodo de adolescencia las personas refuerzan los estereotipos y valores propios de la identidad de género,</p>

		<p>incrementando las conductas temerarias y violentas, principalmente en los hombres. En el caso del señor Lorenzo ha cambiado ciertas conductas de riesgo, como el dejar de consumir sustancias nocivas para su salud; en ocasiones a pesar de que algunos de ellos han abandonado dichas prácticas antes de padecer cáncer de próstata, previo al diagnóstico del cáncer de próstata, se encontraba realizando actividades laborales de alto riesgo, principalmente en actividades donde tenían que cargar objetos pesados, nos cuentan en qué consistía su trabajo y que les han recomendado no cargar cosas pesadas.</p>
Pmex Hg -14	Sr. Ernesto	<p>Expresa su ira hacia los médicos de la institución principalmente, atribuyéndoles la responsabilidad de las complicaciones con respecto a su salud. expresa claramente su malestar, no solo con palabras sino que muestra su ira golpeando la mesa, el señor asegura que la enfermedad la adquirió durante el proceso de tratamiento de su hipertensión, la relación con la ira y el MP se ve por su pérdida de control, desesperación, irritabilidad, inconformidad, desesperanza y humor histórico, debido al estrés prolongado que experimenta. Responsabilizando de alguna manera a la institución por su actual cáncer de próstata, no ha buscado respuestas del por qué, con respecto a esos cambios que ha vivido, manifestando pérdida de interés, desesperanza al no involucrarse para buscar soluciones y sentimiento de inutilidad.</p> <p>No logra solventar sus gastos básicos como antes de la enfermedad, lo cual implica un cambio drástico en las actividades generales. La postura que adopta, con respecto a la posición del trabajar en equipo para solventar los gastos ya que no puede ser proveedor nuclear.</p> <p>Las situaciones de riesgo, entre las que destacan: demostrar que tienen mucha resistencia al alcohol o a las drogas. Estas conductas suelen presentarse comúnmente en la adolescencia debido a que es esta la etapa de la vida donde se refuerzan los estereotipos y valores propios de la identidad de género, incrementando las conductas temerarias y violentas. Analizando esto podemos apreciar dentro del discurso de los varones entrevistados cómo han cambiado ciertas conductas de riesgo, como el dejar de consumir sustancias nocivas para su salud; en ocasiones a pesar de que algunos de ellos han abandonado dichas prácticas antes de padecer cáncer de próstata.</p>
Pmex Hg -15	Sr. Julio	<p>Su estado de ánimo se mantiene con características depresivas: con pérdida de interés por actividades cotidianas, muestra irritabilidad y su autoestima se percibe disminuida; sus relaciones interpersonales han disminuido y no muestra interés por conservarlas.</p>

		<p>Se expresa inconforme con la situación actual por la que atraviesa, considera que él podría ser mejor, de no ser por diversos factores como la atención recibida no solo para el sino para todos los pacientes en general.</p>
Pmex Hg -16	Sr. Carlos	<p>El miedo y la inconformidad, son señales claras del malestar emocional dirigidas hacia el lado del estado ansioso, de igual manera características de indefensión, sometiendo estas situaciones a un estado de estrés prolongado.</p> <p>raíz de sus propias ideas, ideas que han generado a partir de su experiencia y exposición al ámbito hospitalario o ideas que han adquirido por la experiencia de personas cercanas o conocidas a ellos, debido a que no saben que es lo que pasa o pasará a sus cuerpos por padecer la enfermedad, recurriendo a medidas de emergencia como la medicina alternativa, con la necesidad y el deseo de curarse a como dé lugar</p> <p>Manifiesta su MP con síntomas cómo sentido de inutilidad, culpabilidad, desesperanza, encaminándolo hacia un estado de ánimo depresivo, en el que experimenta pérdida de interés.</p> <p>Una de las causas principales de su MP es que no logra solventar sus gastos básicos como antes de la enfermedad, lo cual implica un cambio drástico en las actividades generales. la postura que adopta, con respecto a la posición del trabajar en equipo para solventar los gastos ya que no puede ser proveedor nuclear</p> <p>La desestabilización económica, repercute debido a que los gastos destinados a los medicamentos en ocasiones superan el ingreso del proveedor, truncando así la posibilidad de adquirirlos y continuar con el tratamiento. En varios casos esto ha motivado a que la pareja haya incursionado en el mundo laboral.</p>
Pmex Hg -17	Sr. Ezequiel	<p>Se presenta un estado de ánimo depresivo ante una situación particular que genera MP al paciente, con respecto al simbolismo atribuido a su sexualidad, debido a que a pesar de que su vida sexual ha disminuido de manera drástica e independiente al cáncer de próstata era un factor de gran relevancia para él, razón por la cual se ha desmoralizado y se mantiene negado a la idea de dicha pérdida, por otra parte las prácticas de alto riesgo le han llevado a experimentar situaciones que actualmente le repercuten en relación al cáncer de próstata, principalmente exceso de abuso de sustancias, al recibir los tratamientos correspondientes se siente molesto y no merecedor de lo que le sucede</p>

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

El estudio nos permitió conocer a profundidad a los varones, ahora tenemos conocimiento de sus datos socio demográficos lo cual nos permite entender y contextualizar las diversas situaciones por las que atraviesan, los varones entrevistados se encuentran en un rango de edad de los 30 a los 91 años, siendo en su mayoría adulto mayor maduro de los 65 a los 75. Predominan los hombres casados, seguido por los solteros, los viudos y un divorciado, en dicho orden. El rango de número de hijos es de 0 a 7 hijos. De los 17 varones participantes solo 1 vive en el estado de Chiapas, el resto residen en el Estado de México o de la Ciudad de México. Actualmente 7 de los entrevistados no trabajan, solo 4 de ellos mantuvieron sus actividades laborales previas a la enfermedad, 3 de ellos buscaron un trabajo alternativo que pudieran desempeñar y solo uno de ellos labora en un trabajo eventual.

La presente tesis tuvo como objetivo analizar las manifestaciones del malestar psicológico en varones a partir de su experiencia ante el diagnóstico y padecimiento del cáncer de próstata en pacientes. Como mencionan Fraile y Verdú (2012) existen diversas situaciones que generan el malestar emocional, entre ellas las enfermedades orgánicas, dolor físico, algún tipo de discapacidad o cuando existe una perspectiva de muerte. Lo expuesto anteriormente permite concluir que existe una relación estrecha, entre las emociones y el malestar psicológico, con los pacientes entrevistados para el estudio. Esto debido a que presentan altos niveles de estrés, que surgen a raíz de la enfermedad, ante diversas situaciones.

Al analizar el discurso de los varones entrevistados des evidente que la mayoría de ellos en grado variable, experimentan y se enfrentaran a situaciones similares. Ejemplo de esto, es lo que mencionan Lazarus y Folkman 1986 (citado por Estévez, 2005), el afrontamiento es una respuesta ante situaciones que generen un estrés, dicha respuesta atraviesa un proceso de evaluación el cual determina si el suceso estresante excede los recursos del individuo o si cuenta con la experiencia necesaria para resolver la situación. Los pacientes

entrevistados afrontaban las situaciones de maneras distintas, razón por la cual los niveles de estrés antes una estímulo o situación desencadenaban en malestar psicológico para algunos de los pacientes, mientras que para otros les era indiferente, no obstante se encontraron características generales que les afectaban a todos por igual, generando dicho malestar.

Un tema de relevancia es el de la masculinidad, y como ésta se ve modificada por los cambios y continuidades que experimentan los varones entrevistados ante el padecimiento de la enfermedad. Existe relación con la postura de Figueroa (2007) quien explica que "la feminización del cuidado de la salud" *ha invisibilidad* los cuerpos de los varones, debido a las prácticas y exposición de riesgo en las que se involucran los varones desde corta edad. Con respecto a este tema se encontró que principalmente los pacientes tienen cambios desde su masculinidad, en aspectos como la sexualidad, debido a que los efectos secundarios del tratamiento, dejan en los pacientes secuelas, seguido de los hábitos de alimentación, en estos, la mayoría los pacientes expresan y aseguran haber tenido un cambio considerable en sus hábitos alimenticios ya que buscan alcanzar un bienestar a través del auto cuidado, posteriormente otro cambio notable en los varones entrevistados es que han abandonado la mayoría de sus prácticas de riesgo, como el alcohol, cigarro, trabajos pesados, algunos de ellos previo a la enfermedad, no obstante recalcan que no retoman el consumo o prácticas debido a las ideas que tienen sobre la concepción y origen del cáncer, el cual algunos de los varones entrevistados asocian a todas estas prácticas mencionadas anteriormente, por lo tanto buscan una calidad de vida y un bienestar.

Algunos de los varones aseguran haber dejado de proveer económicamente a sus hogares, además de expresar una percepción de debilidad, debido a que ya no soy la figura de protección principal, algunos de ellos buscan de alguna manera mantener dicha imagen de fortaleza, en ella, el dejar de proveer los ha hecho buscar alternativas para continuar trabajando. Tal como lo menciona Viveros (2012) quien propone que quien cumple el rol de proveedor no solo se limita a proveer los aspectos económicos, sino que se encuentra ligado a

diversas dinámicas y relaciones sociales, dotando al proveedor de responsabilidades como “cumplir”, la cual pasa a ser una consigna a futuro.

Otro hallazgo que queremos destacar es sobre cómo la enfermedad desde la sintomatología, el diagnóstico, hasta el tratamiento y seguimiento, ha afectado las esferas sociales de los pacientes. Uribe (2014) propone que existen cinco esferas que constituyen la vida cotidiana, recalcando que son transversales y mantienen estrecha relación una con otra, y la función de alguna repercute en las demás. La esfera laboral es la que se ve afectada de mayor manera, debido a que su incorrecta función ha repercutido en el resto de las esferas, limitando a los varones entrevistados a disminuir sus actividades, pues la mayoría se encuentran imposibilitados para continuar con las mismas actividades laborales que tenían previamente, , por ejemplo, en la esfera personal, los entrevistados expresan determinadas actividades, mismas que en ocasiones para su ejecución se requiere de cierto poder adquisitivo, con el cual no cuentan debido a su condición física.

En la esfera familiar los pacientes explican que cuentan con el apoyo de sus familiares, esposas o hijos, según sea el caso, sin embargo, manifiestan que debido a las cuestiones económicas sus familiares han tenido que incorporarse a las actividades laborales, para aportar a la casa y cubrir las necesidades elementales. Con respecto al aspecto cultural los varones han visto afectada parte de su cotidianidad debido a que se encontraban expuestos en sobre medidas al contexto hospitalario, motivo por el cual los varones cambiaron su percepción con respecto a la enfermedad. Por último, con respecto a la sociedad civil se encontró que a pesar de que los pacientes se solidarizan ante la enfermedad del otro, no suelen buscar establecer nuevos vínculos con otros varones que atraviesan situaciones similares o incluso más graves que ellos.

Posteriormente al analizar la caracterización de las emociones, encontramos que se presentan cuatro emociones principales en los varones entrevistados: la Ira, el Miedo, la Tristeza, y la vergüenza, vistas desde el prisma de autores como Gil (2016) y Hansberg (1996, identificamos principalmente los significados, el por qué experimentaban ciertas emociones, además del cómo

manifestaban los entrevistados durante su discurso, como cambios en el tono de voz, golpear objetos, llanto, y demás criterios para determinar que emociones correspondían al discurso. Para el análisis de la relación entre las emociones y el *malestar psicológico*, se consideraron las características del malestar psicológico el discurso de los varones, el cual mantenía relación desde la propuesta de Hernández et al. (2006) Y la de Fraile y Verdú (2012), con las que se pudo ver, observar e interpretar la relación de las emociones con el *malestar psicológico*, dando pie a descubrir que los entrevistados experimentan más los síntomas de un estado de ánimo ansioso, sin embargo también se encuentran casos en los que el estado de ánimo se encuentra pronunciado hacia el depresivo.

Los factores que influyen y propician el *malestar psicológico*, son principalmente los que se encuentran en relación directa con la economía y las actividades laborales de los varones, ejemplo claro de esto es cuando los varones aseguran querer reincorporarse por querer cubrir determinadas necesidades, al no hacerlo ellos experimentan un malestar. Si se les diera la oportunidad de reincorporarlos en algún trabajo que puedan ejecutar son poner en riesgo su integridad física ni comprometer su tratamiento hay altas probabilidades de que recuperen su bienestar. Lo mismo sucede con las demás esferas sociales, por ejemplo la mayoría de los varones manifiestan malestar psicológico a raíz de la exposición al contexto hospitalario, el ambiente y el ritmo que demanda el tratamiento en cuanto a horarios y demás. Al recuperar su ritmo de vida cotidiano así como sus actividades no se expondrán a las situaciones de estrés y por consiguiente recuperarán su estabilidad y bienestar en ese factor.

En conclusión, las emociones que experimentan los varones entrevistados propician que ellos las interpreten a partir de la experiencia subjetiva de cada individuo. La forma en que cada varón vive, siente, comprende, comparte y experimenta las emociones generadas en el ámbito hospitalario por las situaciones estresantes que surgen durante el proceso: sintomatología, tratamiento y seguimientos, Es clave para el proceso de la consolidación del malestar psicológico. Ante cada situación, se generan distintas emociones,

estas al ser interpretadas de distintas maneras, generan distintos estilos de afrontamiento lo que les permite a los pacientes recibir desde una mala noticia hasta el tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aldaco Sarvide Fernando, Pérez-Pérez Perla, Cervantes-Sánchez Guadalupe, TorrecillasTorres Laura, E. Erazo Aura -V. (2012). Mortalidad por cáncer en México 2000-2010: el recuento de los daños, GAMO Vol. 11 Núm. 6: 371-379.

Aracena-Genao, Belkis, & González-Robledo, María Cecilia, & González-Robledo, Luz María, & Palacio-Mejía, Lina Sofía, & Nigenda-López, Gustavo (2011). El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: tendencia, evolución y operación. *Salud Pública de México*, 53(4),S407-S415.[fecha de Consulta 28 de Julio de 2020]. ISSN: 0036-3634. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=106/10621579004>

Araujo, K. & Rogers, F. (2000). El Hombre: ¿Existe? En J. Olavarría & R. Parrini, (Eds). *Masculinidades, identidad, sexualidad y familia* (pp. 59-66), Santiago: Flacso-Chile.

Baena, V. C., & Borrego, I. G. (1997). La transcripción en historia oral: Para un modelo " vivo" del paso de lo oral a lo escrito. *Historia, antropología y fuentes orales*, 41-62.

Berger, Peter y Luckmann, Thomas (1986). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Editorial Amorrortu – Buenos Aires, Argentina

Bericat, Eduardo (2012), 'Emociones', *Sociopedia.isa2012 ISA* (Editorial Arrangement of Sociopedia.isa) 1-13

Caballero, F. S. (1998). Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social. In *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación* (pp. 277-346). Addison Wesley Longman.

Castaño, E. F., & del Barco, B. L. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10(2), 245-257. Recuperado en 4 de abril de 2019,

de: <https://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estrés-ES.pdf>

Chiodi Agustina, Fabbri Luciano y Sánchez Ariel. (2019). Varones y masculinidad(es). Herramientas pedagógicas para facilitar talleres con adolescentes y jóvenes. Laboratorio de prácticas e investigaciones sociales Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Coffey, Amanda. Atkinson, Paul. (2003) Encontrar el sentido a los datos cualitativos., Estrategias complementarias de la investigación. Universidad de Antioquia, Medellín Colombia. PP 30-63.

Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos (1974) Principios Éticos y Directrices para la protección de Sujetos Humanos de Investigación. Informe Belmont. Pp. 1-13

Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (2016). Sexo vs género: ¿Por qué es importante conocer las diferencias? México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/sexo-vs-genero-por-que-es-importante-conocer-lasdiferencias?idiom=es>

Cooper Thompson. (2016). *Ser hombre*. Kairos, pp.32-34.

De Grande, Pablo (2014). Robert K. Merton, Erving Goffman, y el recurso del rol. *Journal de Ciencias Sociales*, (3) 55-65. Recuperado en 8 octubre de 2019, de <https://www.aacademica.org/pablo.de.grande/39>

De Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. *Género y salud en el Sureste de México*, 199-219.

De Keijzer, B. (2000). Cuestiones de intimidad: replanteando la educación popular. *Revista de Estudios de Género, La Ventana E-ISSN: 2448-7724*, 1(11), 197-210.

De Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima, Perú: Foro Internacional en Ciencias Sociales y Salud, 137-152.

De Keijzer, Benno (2007). Enfoque de género en el desarrollo de programas de salud reproductiva de adolescentes. Salud Pública de México, 49(),42-44.[fecha de Consulta 04 de Julio de 2019]. ISSN: 0036-3634. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=106/10649019>

Denzin, Norman & Lincoln, Yvonna, S. (2012) El campo de la investigación cualitativa (manual de investigación cualitativa). Barcelona España, Gedisa.

Díaz-Bravo, Laura, & Torruco-García, Uri, & Martínez-Hernández, Mildred, & Varela-Ruiz, Margarita (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en Educación Médica, 2(7),162-167.[fecha de Consulta 29 de Julio de 2020]. ISSN: 2007-865X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3497/349733228009>

Domínguez, G. E., & Lara, A. (2014). Emociones y ciencias sociales en el s. XX: La precuela del giro afectivo. Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social, 14(1), 263-288.

Espinoza B., M., Galindo V., Ó, Jiménez R., M.Á., Lerma T., A., Acosta S., N.A., Álvarez A., M.Á. y Herrera G., Á. (2020). Factores predictores de sintomatología de ansiedad, depresión y calidad de vida global en pacientes mexicanos con cáncer de próstata. Psicología y Salud, 30(2), 141-152. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2649>.

Estévez de Vera María del Mar. (2005) La teoría del afrontamiento del estrés de Lazarus y los moldes cognitivos. San Cristóbal de La Laguna, España: Moldes mentales www.moldesmentales.com/index.htm

Fierro, A. (1997). Estrés, afrontamiento y adaptación. *Estrés y Salud*. Valencia: Promolibro, 119-133. Recuperado en 4 de abril de 2019, de https://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/estres_afrontamiento_y_adaptacion.pdf

Figuroa-Perea, J. G. (2015). El ser hombre desde el cuidado de sí: algunas reflexiones. *Revista Latinoamericana de Estudios de la Familia*, 7(1), 121-138. Recuperado el 9 de abril del 2019 en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362007000100199&lng=es&tlng=es.

Flick, U., *Introducción a la Investigación Cualitativa*, Ediciones Morata S. L., Madrid, 2007

Flores-Kanter, P. E., Muñoz-Navarro, R., & Medrano, L. A. (2018). Concepciones de la Felicidad y su relación con el Bienestar Subjetivo: un estudio mediante Redes Semánticas Naturales. *Liberabit*, 24(1), 115-130.

Fraile, J. S., & Verdú, E. S. (2012). *Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria*. Generalitat Valenciana.

Gil Marta (2016). La complejidad de la experiencia emocional humana: emoción animal, biología y cultura en la teoría de las emociones de Martha Nussbaum. *Dilemata*, España, Universidad de Valencia (21). 207-225

González Escobar, Sergio, & González-Arratia López-Fuentes, Norma Ivonne, & Valdez Medina, José Luis (2016). SIGNIFICADO PSICOLÓGICO DE SEXO, SEXUALIDAD, HOMBRE Y MUJER EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(3), 274-281. [fecha de Consulta 23 de Julio de 2019]. ISSN: 0185-1594. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=292/29248182007>

Hansberg, O. (1996), *La diversidad de las emociones*, México, D. F. Fondo de Cultura Económica.

Hasting Center. *Los fines de la medicina* (2004) *El establecimiento de unas prioridades nuevas*. Barcelona: Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas (nº 11); 38. Recuperado en 8 de abril de 2019, de <http://www.bioeticanet.info/relacion/FinMedic.pdf>

Hernández, C. F. (2005). Reflexionando sobre la construcción de la masculinidad en el Occidente desde una postura crítica. *Bajo el Volcán*, 5(9), 135-155. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=286/28650908>

Hernández, J. G. E., Morales-Carmona, F., Gíaz, F. E., Pimentel, D., Meza, R. P., Henales, A. C., ... & Ibarra, M. Á. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatología y reproducción humana*, 20(4), 112-122.

Hernández, S. L. C. (2016). Regulación emocional y mindfulness disposicional en una muestra de hombres que practican terapias alternativas y complementarias. *Griot*, 9(1), 3-18. Recuperado de <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/2436>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía México (2018). *Salud. Mujeres y hombres en México 2018*. México.

Lamas, Marta (2000). *Diferencias de sexo, género y diferencia sexual*. Cuicuilco, 7(18),0.[fecha de Consulta 23 de diciembre de 2019]. ISSN: 1405-7778. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351/35101807>

Librán, E. C. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3), 544-550.

Magnabosco Marra, Marlene. (2014). El Construccinismo Social como abordaje teórico para la comprensión del abuso sexual. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32(2), 219-242. Recuperado em 29 de julho de 2020, de http://dev.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000200002&lng=pt&tlng=es.

Mendoza Luis (2013) *Cáncer de próstata “información actualizada sobre el cáncer de próstata y sobre las operaciones terapéuticas”* Editorial AuthorHouse

Meneses Gomes M, Ruiz Sánchez S, Sepúlveda Henao M. (2016). *Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria*. Universidad de Antioquia, Facultad de ciencias sociales y humanas, programa de psicología, Colombia.

Merton, Robert k. (1964) *Teoría y estructura sociales*. Fondo de Cultura Económica, México-Buenos Aires.

Muñoz Astudillo, María Nelcy, & Sossa Pinzón, Luis Alfredo, & Ospina, Jhon Jairo, & Grisales, Adrián, & Rodríguez García, José David (2011). PERCEPCIONES SOBRE EL CÁNCER DE PRÓSTATA EN POBLACIÓN MASCULINA MAYOR DE 45 AÑOS. SANTA ROSA DE CABAL, 2011. . *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 16: 147-161. [fecha de Consulta 25 de septiembre de 2019]. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3091/309126696011>

Naranjo Pereira, M (2009). Una revisión reórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33 (2), 171-190. 38. Recuperado en 4 de abril de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf>

Olavarría, J. (2000). De la identidad a la política: masculinidades y políticas públicas. Auge y ocaso de la familia nuclear patriarcal en el siglo XXI. En J. Olavarría & R. Parrini (Eds). *Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia*.

(pp. 11-28). Santiago: FlacsoChile/Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Red de Masculinidad.

Oppezzi, M., & Ramírez, C. (2012). Los varones en las políticas de salud: ¿cuerpos invisibilizados? Un estudio en las políticas sanitarias de la Provincia de Neuquén, Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 142-176. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/139>

OPS/OMS. (2017) Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2017. Washington, D.C., Estados Unidos de América. Consultado en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34330/IndBrasicos2017_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). Cáncer. Nota descriptiva. Recuperado el 19 de septiembre de 2017, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2004). Organización de trabajo y el estrés. Recuperado en 4 de abril de 2019, de https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf

Pradera, P., Cruzado, J. A., Olivares, M. E., & Hernando-Trancho, F. (2012). Screening del malestar psicológico en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico con tratamiento quirúrgico. *Rev. PSIC [Internet]*, 9, 2-3. Recuperado en 4 de abril de 2019, de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/40899>.

Ritzer George (1997) Fenomenología. Teoría Sociológica Contemporánea, Madrid, MacGraw Hill, Cap. 2, pp. 267 – 287.

Rodríguez, Salazar, Tania (2008). El valor de las emociones para el análisis cultural. Universidad de Guadalajara, México. Departamento de Estudios sobre la Comunicación Social, 145- 159

Ruvalcaba Mercado, J. (2008). *Ética, compromiso y metodología: el fundamento de las ciencias sociales*, México, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social.

Schütz, Alfred. (2008) "El sentido común y la interpretación científica de la acción humana en El problema de la realidad social, Buenos Aires, Amorrus.

Schwartz, H, Jacobs, J (1984) *Sociología cualitativa método para la reconstrucción de la realidad*, Trillas 60-107

Secretaría de salud (2017) *Cáncer, tercera causa de muerte en México*, Foro nacional: Desafíos en México y América Latina que se llevó a cabo en el Centro Médico Nacional Siglo XXI. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/prensa/318-cancer-tercera-causa-de-muerte-en-mexico>

Secretaría de salud (2019) *Cáncer de próstata primera causa de muerte en hombres de edad avanzad*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/073-cancer-de-prostata-primera-causa-de-muerte-enhombres-de-edad-avanzada?idiom=es>

Societat Catalano balear de Cures Palliatives. SCBCP. (2016). *Guía de detección del malestar emocional en la atención paliativa integral*, 1- 20. Recuperado en 4 de abril de 2019, de

<http://www.academia.cat/files/204-5900-FITXER/GuiadetecciondelMalestareemocional.pdfsocietat>

Sontag Susan (1977) *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Editorial epublibre

Uribe Fernández, Mary Luz (2014). *La vida cotidiana como espacio de construcción social*. *Procesos Históricos*, (25),100-113.[fecha de Consulta 29 de Julio de 2020]. ISSN: 1690-4818. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=200/2003014>

Vasilachis, G. I. (2019). La investigación Cualitativa, Estrategias de investigación cualitativa: Volumen II (Vol. 240022). Editorial Gedisa.

Villaseñor, Martha, & Castañeda, Jorge D. (2003). Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45 (Supl. 1), S44-S57. Recuperado en 10 de junio de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700008&lng=es&tlng=es.

Viveros Pérez F. (2012). La (re)significación de la(s) masculinidad(es) en las experiencias del cáncer genital (tesis de pregrado). Centro de Estudios de la Mujer. Colegio de México. México

Warren Farrell. (2016). *Ser hombre*. Kairos, pp.123-125.

ANEXOS

Anexo 1.- Guía de Entrevista

Anexo 2 Carta de Consentimiento Informado

Anexo 3.- Cartas de Aprobación de Comisiones

Anexo 4.- Guía de Codificación de Entrevista

Anexo 5. Fotografía del Hospital como contexto de la investigación

ANEXO 1

PROPUESTA DE PROYECTO No. 290085

Percepción de riesgo y proceso social salud/enfermedad/atención del cáncer de próstata en tres estados de la república mexicana con distintos niveles de marginación

Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social CONACyT
Convocatoria: 2017-1



**Guía de Entrevista Semiestructurada a
VARONES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER DE PRÓSTATA**

IMP. Registrar los siguientes datos en el diario de campo

- Fecha de realización de la entrevista
- Institución
- Entrevistó (nombre)
- Lugar de la entrevista
- Tiempo aproximado de la duración de la entrevista.

Presentación: Buenos días/tardes, mi nombre es _____. La Universidad Autónoma del Estado de Morelos y el Instituto Nacional de Salud Pública están realizando un estudio sobre la salud de los varones. Nos gustaría conocer su experiencia y opinión sobre los temas de salud/enfermedad/ atención y sobre el cáncer de próstata. La información que Usted nos proporcione será de carácter confidencial y permanecerá en el anonimato y solo el equipo de investigación tendrá acceso a ella. No tiene que contestar ninguna pregunta que no quiera responder, si es que se siente de alguna manera incómodo, además puede terminar la entrevista en el momento que lo desee.

¿Le gustaría participar?

Voy a utilizar una grabadora para poder trabajar después con sus respuestas y que no se me olvide nada. ¿Está de acuerdo?

Obtener consentimiento informado

TEMA I.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS VARONES CON CP

Quisiera empezar esta plática con algunas preguntas sobre su vida en general.

EDAD ¿Cuántos años tiene actualmente? ¿De qué año es?

LUGAR DE RESIDENCIA. Actualmente en dónde vive: localidad, municipio y estado

¿Cuántos años tiene viviendo aquí?

ESCOLARIDAD ¿Ha ido a la escuela? **Si es Sí** ¿hasta qué año estudio? **Si es No** ¿Por qué?

ESTADO CIVIL ¿Actualmente cuál es su estado civil? (Casado, soltero, unión libre, divorciado, separado o viudo)

¿Cuántas parejas ha tenido? ¿Han sido todas mujeres?

HIJOS ¿Tiene hijos? **Si es sí, continuar** ¿Cuántos hijas e hijos tiene en total? ¿A qué edad tuvo el primero? ¿Cuántos años tienen ahora?

¿Usted con quién vive actualmente?

PROFESIÓN Y TRABAJO

¿A qué se dedica actualmente? (Trabaja o es jubilado) ¿Qué hace y cuánto tiempo lleva realizando esa actividad?

- ¿Cuándo termina de trabajar, qué hace? (Profundizar de acuerdo con lo que diga: ocio, más trabajo, comida, convivencia, deporte, amigos)
- ¿Al ser diagnosticado con este tipo de cáncer, ha cambiado lo que hace en su trabajo o en las actividades que realiza a lo largo del día? **Si la respuesta es afirmativa, indagar** ¿De qué forma?

- ¿Económicamente, quién es el responsable de su familia?

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES

- ¿Además del CP, Usted tiene alguna otra enfermedad? **Si es afirmativa** ¿Cuál? (Diabetes, Hipertensión...)
- ¿Algún familiar ha sufrido cáncer?
- **Si es Sí** ¿Qué tipo de cáncer? ¿Quién? ¿A qué edad? ¿Cuándo fue este episodio familiar?

TEMA II. AUTOCUIDADO DEL VARÓN ANTES DEL CP

- Dicen que hay que cuidarse a uno mismo ¿Usted qué opina, cómo se cuida?
- Sobre su alimentación ¿Qué es lo que más le gusta comer? ¿Y su comida diaria más o menos cómo es?
- En su salud antes del DX ¿hacía algo por su salud? ¿qué hacía para mantenerse sano? O ¿Cuándo se sentía enfermo qué hacía usualmente? ¿Cada cuánto iba al médico? ¿Por qué razones? (Explorar en qué momento decidía que vale la pena la revisión médica)
- ¿Cuándo se sentía triste o enojado qué hace? (Profundizar y explorar otras emociones)
- ¿Qué hacía cuando siente dolor?
- ¿Cómo considera que los varones deben cuidar su cuerpo? ¿Cómo describiría el cuerpo de un varón? ¿Cómo considera que es o que debe ser el cuerpo de un hombre?
- ¿para Usted que significa “ser un hombre”?
- ¿Usted cree que las mujeres se cuidan más que los varones? ¿Por qué?

TEMA III. UTILIZACIÓN DE RECURSOS INSTITUCIONALES

- ¿Cuenta con algún seguro médico? (IMSS, SEGURO POPULAR, ISSSTE...)
- **Si la respuesta es Sí** ¿Por parte de quién? ¿Qué le cubrió el seguro médico? (consultas, pruebas de laboratorio (orina, sangre) o de gabinete (rayos X, ultrasonido) medicamentos).
- ¿Qué siente Usted al contar con este seguro médico?
- **Si la respuesta es NO, preguntar** ¿Quién paga esos gastos médicos de la enfermedad de la próstata, desde el diagnóstico a la fecha?
- Indagar si ha tenido gastos adicionales en atención general, especializada, medicamento u otro tipo de apoyo. Especificar en qué ha gastado y si puede hacer una estimación aproximada de cuánto dinero ha gastado.
- En el trascurso del proceso de atención del CP, ha utilizado terapias naturales o alternativas. **Si es sí** ¿Qué tipo de terapias? ¿Cómo le han servido en su proceso del CP?
- ¿En qué momento utilizó estas terapias, antes de conocer el diagnóstico o después? ¿Por qué?
- ¿En qué momento decidió ir con el médico alópata, para atender los problemas de la próstata? ¿Qué proceso siguió para llegar con el especialista (Urólogo)?
- ¿De qué manera fue atendido por el personal de salud? ***Trabajador social, médicos, enfermeras, psicólogos***

TEMA IV. SÍNTOMATOLOGÍA Y BUSQUEDA DE ATECCIÓN

1.SINTOMATOLOGÍA

- ¿Qué fue lo primero que empezó a notar en su cuerpo, sobre los problemas de la próstata? *** Por ejemplo, problemas sobre el sistema urinario***
- ¿Cómo se sintió al presentar los síntomas? ¿A qué le atribuyo estos síntomas?
- Si presento síntomas ¿cuánto tiempo tardo en buscar atención para solucionar su problema de la próstata? ¿A quién consultó primero? (Indagar si fue con el médico alópata o tomo algún tipo de medicina alternativa)
- ¿Le contó a alguien de su familia sobre los síntomas? **Si es Sí** ¿A quién? ¿Por qué a esa persona?

2.DETECCIÓN

¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron CP?

¿Dónde se lo diagnosticaron?

¿Cómo fue que le detectaron CP?

¿Se realizó algunas pruebas de detección? ***Tacto rectal o el APE- Antígeno prostático*** ¿Cuántas veces?

- **La persona que le dio el resultado, le explicó qué procedimiento seguiría después del diagnóstico** ¿Qué le dijo? ¿Qué entendió?
- ¿Cómo reaccionó Usted? ¿Qué pensó? ¿Qué hizo una vez que se enteró?
- ¿Con quién iba ese día? ¿Cómo reaccionó su acompañante?
- **En el proceso de ir al médico** ¿Quién lo acompaña o lo acompañaba a la institución de salud y porque esa o esas personas lo acompañan o lo acompañaban?
- ¿Le ocultó el diagnóstico a alguien? **Si es sí** ¿A quién? ¿Porque?
- ¿Qué cambios identifica a partir de su diagnóstico?
- **SIGNIFICADOS**
- ¿Para usted que le viene a la mente cuando escuchó la palabra cáncer? Y ¿Cáncer de próstata?
- Para usted ¿Qué significa tener CP? ¿A qué le atribuye que le dio este cáncer?

3.TRATAMIENTO

- Cuál fue el tratamiento que le hicieron para el CP? Actualmente está tomando algún tratamiento para el CP. **Si es sí**. Nos podría decir cuál ha sido su experiencia. Mencionar los posibles tratamientos si los hubo.

Vigilancia activa: Nos podría decir el proceso del tratamiento ¿Cómo Usted lo vivió? ¿Cómo le ha afectado física y emocionalmente? ¿Cómo se ha sentido? ¿Cómo lo atendieron los prestadores de servicios de salud?

Crioterapia: Nos podría decir el proceso del tratamiento ¿Cómo Usted lo vivió? ¿Cómo le ha afectado física y emocionalmente? ¿Cómo se ha sentido? ¿Cómo lo atendieron los prestadores de servicios de salud? ¿Ha presentado algún malestar después del tratamiento (efectos secundarios)? **Si es sí** ¿cuáles y cómo se ha sentido?

Prostatectomía radical: Nos podría decir el proceso del tratamiento ¿Cómo Usted lo

vivió? ¿Cómo le ha afectado física y emocionalmente? ¿Cómo se ha sentido? ¿Cómo lo atendieron los prestadores de servicios de salud? ¿Ha presentado algún malestar después del tratamiento (efectos secundarios)? **Si es sí** ¿cuáles y cómo se ha sentido?

Radioterapia: Nos podría decir el proceso del tratamiento ¿Cómo Usted lo vivió? ¿Cómo le ha afectado física y emocionalmente? ¿Cómo se ha sentido? ¿Cómo lo atendieron los prestadores de servicios de salud? ¿Ha presentado algún malestar después del tratamiento (efectos secundarios)? **Si es sí** ¿cuáles y cómo se ha sentido?

Hormonoterapia: Nos podría decir el proceso del tratamiento ¿Cómo Usted lo vivió? ¿Cómo le ha afectado física y emocionalmente? ¿Cómo se ha sentido? ¿Cómo lo atendieron los prestadores de servicios de salud? ¿Ha presentado algún malestar después del tratamiento (efectos secundarios)? **Si es sí** ¿cuáles y cómo se ha sentido?

4. ANTES DE CONOCER EL DIAGNÓSTICO

- Para Usted ¿Sabe qué es la próstata y donde se localiza? ¿Qué sabía de los problemas de la próstata? Y ¿Sobre el cáncer de próstata? ***Indagar sobre los factores de riesgo, síntomas, pruebas de detección y tratamientos***
- ¿Recibió alguna información sobre el cáncer de próstata?
- **Si es Sí** ¿De quién? ¿Dónde y por qué?
- ¿Qué tipo de información recibió? *** Por ejemplo: en un tríptico, en el periódico, la gaceta médica, lo vio en la televisión, por parte del médico, familia, pareja o amigos***
- ¿Entendía la información que le dieron?
- ¿Antes de ser diagnosticado Usted se realizó alguna prueba de detección?***Tacto rectal o el APE- Antígeno prostático***
- **Si se realizó alguna prueba, indagar** ¿Qué tipo de pruebas? ¿Cuántas veces se lo realizó? Y ¿Por qué? ¿Qué sintió usted al realizarse las pruebas para detectar el cáncer de próstata?
- **Si la respuesta es negativa** ¿Por qué no se realizó alguna de las pruebas para detectar los problemas de la próstata?
- ¿Usted piensa que es importante recomendarles a sus hijos o amigos realizarse este tipo de pruebas de detección? ¿Por qué?
- ¿Antes de que le entregaran el resultado Usted qué pensaba que tenía? ¿Qué sentía durante el tiempo que esperó los resultados de las pruebas? *** Esto en relación a la biopsia o el examen del APE***
- **Antes del CP** ¿Usted padeció alguna enfermedad o le realizaron alguna cirugía? **Si es sí** ¿Cuál y de qué manera lo resolvió?

TEMA V. PAREJA, RELACIONES FAMILIARES O NUEVAS REDES

1. PAREJA

- ¿Sabe su pareja sobre los problemas de la próstata? **Si es Sí** ¿Cómo se enteró? ¿Cómo fue la reacción de su pareja ante su diagnóstico? ¿Hace cuánto tiempo se enteró?
- ¿Le ha acompañado durante este proceso del CP? **Si es Sí** ¿De qué manera?

Si es No ¿Por qué?

- ¿Qué piensa o qué temores tiene al respecto sobre su vida sexual actualmente? ¿Qué ha cambiado a partir de su diagnóstico? ¿A partir del tratamiento, hubo cambios con su pareja? **Si es Sí** ¿por qué?
- ¿Dejó de tener relaciones sexuales? **Si es Sí** ¿Por qué?
- Su pareja cómo era antes de conocer el diagnóstico ¿Ha cambiado? ¿De qué forma?

2. FAMILIARES

- Sus familiares saben del diagnóstico de CP. **Si es sí** ¿Quiénes? **Si es No** ¿Por qué?
- Los que saben ¿Cómo reaccionaron, qué le dijeron?
- Si tiene hijos/as, indagar ¿En qué momento de la enfermedad les comentó? ¿De qué manera y cómo reaccionaron? ¿Le han apoyado económica y moralmente, o cómo le han ayudado sus hijos?

3. AMIGOS

- ¿Algún conocido o amigo sabe de su diagnóstico de CP? **Si es Sí** ¿Que le han comentado?
- ¿Cómo se siente al compartir su experiencia?
- ¿Cómo le han apoyado en este proceso?

4. NUEVAS RELACIONES

- En sus visitas a la institución médica ha conocido a alguien con problemas de la próstata. **Si es Sí** ¿Han compartido sus pensamientos o inquietudes en torno al CP? ¿Cómo cuáles?

TEMA VI. GRUPOS DE APOYO EMOCIONAL

- Ha participado en un grupo de apoyo emocional. **Si es Sí** ¿Con quién? ¿Cómo le ha servido? **Si es No** ¿Por qué?
 - A usted le gustaría que hubiera un grupo con otros varones con el mismo diagnóstico, para compartir su experiencia. **Si es Sí** ¿Por qué? **Si es No** ¿Por qué?
- Para terminar ¿Qué incluiría Usted en todo este proceso de su tratamiento de CP?
¿Cómo se siente en estos momentos?

¿LE GUSTARÍA AÑADIR ALGO QUE CONSIDERE IMPORTANTE DE LOS TEMAS QUE HEMOS PLATICADO Y QUE NO LE HE PREGUNTADO?"

ANEXO 2

SERVICIO DE UROLOGIA 105 "A"

Percepción de riesgo y proceso social salud/enfermedad/atención del cáncer de próstata en tres estados de la República Mexicana con distintos niveles de marginación

Carta de consentimiento informado: Varones Diagnosticados con Cáncer de Próstata

Estimado participante:

Minombres_____y trabajo en un proyecto que está llevando a cabo en colaboración entre la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y el Instituto Nacional de Salud Pública. A través de este estudio se pretende conocer qué sabe usted acerca del cáncer de próstata y cómo ha sido su experiencia desde antes y después de conocer el diagnóstico de esta enfermedad.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio, se le realizará algunas preguntas para conocer su opinión sobre diversos temas relacionados con el cáncer de próstata y su búsqueda de atención para este problema. La sesión tendrá una duración aproximada de 1 hora. En la sesión se tomarán notas de sus respuestas y para no omitir ningún detalle que pueda ser importante, solicitaremos su autorización para audio grabar la sesión.

Beneficios:

Como parte de su participación en este estudio, Usted no recibirá un beneficio directo; sin embargo, si acepta participar, estará ayudando a obtener datos que contribuirán a entender las limitaciones que existen en la atención a la salud de la población masculina en general.

Confidencialidad:

Toda la información que nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial; será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Su nombre y otros datos personales no podrán ser identificados a través de las opiniones o comentarios que nos relate. Los resultados de este estudio podrán ser publicados con fines científicos, pero se presentarán de manera anónima de tal forma que usted no podrá ser identificado.

Riesgos potenciales/Compensación:

Su participación no implica ningún tipo de riesgo y no afectará en forma alguna la atención médica que usted recibe actualmente. Si alguna de las preguntas lo hace sentir incómodo, Usted tiene el derecho de no responder. No recibirá ningún pago por participar en el estudio y tampoco implicará algún costo para usted.



Participación voluntaria/Retiro:

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Está en plena libertad de negarse a participar o de retirarse en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la atención médica que está recibiendo.

SERVICIO DE UROLOGIA 105 "A"

Percepción de riesgo y proceso social salud/enfermedad/atención del cáncer de próstata en tres estados de la República Mexicana con distintos niveles de marginación

Carta de consentimiento informado: Varones Diagnosticados con Cáncer de Próstata Datos de contacto:

Si tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, puede comunicarse con los investigadores responsables del proyecto: **Dr. Hugo A Manzanilla** al correo electrónico hamanzanilla@gmail.com o al teléfono 55 9199 8180; **Dra. Marta Caballero García**, al correo electrónico martacg@uaem.mx o al teléfono 735- 3530930; **Dra. Luisa Torres Sánchez** al correo electrónico ltorress@insp.mx o al teléfono (777) 3293000 ext. 3454. También tiene la opción de comunicarse con la Dra. María del Carmen Dubon Peniche al teléfono 52695054 extensión 1164, presidenta del Comité de Ética del Hospital General de México o a la oficina de la Presidenta del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública, **Dra. Angélica Ángeles Llerenas**, ubicada en Avenida Universidad 655, oficina 343, 3er piso del edificio principal, Cuernavaca, Morelos, teléfono (777) 3293000 ext. 7424 o al correo electrónico: etica@insp.mx

¡Muchas gracias por su participación!

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y EXPERIENCIA!

Consentimiento informado para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre el participante: _____

Fecha: Día / Mes/ Año _____

Firma: _____

Testigo 1 _____ Parentesco con el participante: _____

Testigo 2 _____ Parentesco con el participante: _____

Dirección: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento _____



Versión Aprobada: **Abril 26,**
2018CI: S/NFolio Identificador: **S-**
54Copia sellada en archivo

Fecha: _____

Día / Mes / Año

ANEXO 3

Cuernavaca, Mor., 26 de abril, 2018

**CONVOCATORIA DE INVESTIGACIÓN SECTORIAL SALUD
SS/IMSS/ISSSTE-CONACYT 2017-1
PROPUESTA No. 290085**

Dra. Marta Caballero García
Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM)
Investigadora Responsable

Dra. Luisa Torres Sánchez
Instituto Nacional de Salud Pública
Co investigadora

Presente

En relación a su estudio titulado **“PERCEPCIÓN DE RIESGO Y PROCESO SOCIAL SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN TRES ESTADOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA CON DISTINTOS NIVELES DE MARGINACIÓN”** me permito informarle que los y las integrantes del **Comité de Ética en Investigación** acordaron otorgarle el dictamen de:

Aprobado

Consentimiento: Le recordamos que para obtener el consentimiento de los sujetos humanos de su estudio *únicamente se deberán utilizar los materiales que han sido aprobados y la(s) carta(s) de consentimiento/asentimiento selladas por este u otro Comité de Ética en Investigación* al que haya sido sometido su estudio.

Addenda/Modificaciones: cualquier cambio o actualización en los procedimientos de este estudio deberá ser enviado a este Comité previo a su implementación, utilizando el sistema SIID.

Le agradecemos su cooperación y compromiso con la protección de los derechos de los sujetos humanos en la investigación.

Atentamente



**Dra. Angélica Ángeles Llerenas Comité de Ética en Investigación
Presidente**

Avenida Universidad 655
Cerrada Los Pinos y Caminera
Colonia Santa María Ahuacatitlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México
conm.: (777) 329 3000

www.insp.mx

75
AÑOS
1943 - 2018SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

 HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

Of. No. HGM-DG-512-DI-2018

Ciudad de México, a 29 de octubre de 2018.

DR. HUGO ARTURO MANZANILLA GARCÍA

Servicio: Urología

Presente

Estimado Dr. Manzanilla:

Por medio de la presente hago de su conocimiento que la última versión del protocolo titulado: "PERCEPCIÓN DE RIESGO Y PROCESO SOCIAL SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN TRES ESTADOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA CON DISTINTOS NIVELES DE MARGINACIÓN" con clave de registro DI/18/105/05/084, fue presentado a los Comités de Ética en Investigación y Comité de Investigación, quienes dictaminaron su **A P R O B A C I Ó N**. Por lo tanto, puede dar inicio a su investigación.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

Atentamente
Director de Investigación

DR. SERGIO AGUSTÍN ISLAS ANDRADE

NOTA: Este proyecto será apoyado por el CONACyT
c.c.p. Unidad Contable

SAIA/adg*

JEFATURA DEL SERVICIO DE UROLOGIA U 105 A		HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA
30 OCT 2018		
RECIBIDO		
HORA: 10:31	FIRMA: 	


 DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN
www.hgm.salud.gob.mx

 Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06726

 T +52 (55) 5004 3842
Cm +52 (55) 2789 2000
Ext 1164

Percepción de riesgo y proceso social salud/enfermedad/atención del cáncer de próstata en tres estados de la República Mexicana con distintos niveles de marginación

Manifiesto de confidencialidad por parte de los entrevistadores

Yo _____, que trabajo en un proyecto que se está llevando a cabo en colaboración entre la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y el Instituto Nacional de Salud Pública cuyo objetivo es conocer qué sabe la población acerca del cáncer de próstata y sobre la atención de la salud masculina en general; manifiesto estar plenamente consciente y en conocimiento de la naturaleza delicada e íntima de los datos como: grabaciones de audio, entrevistas, guías, entre otros que se obtendrán en este estudio. Por lo antes mencionado, mediante este documento me comprometo a lo largo de mi participación y duración de este proyecto a mantener la más estricta confidencialidad no divulgar, revelar o reproducir por ningún medio la INFORMACIÓN PRIVADA, así como, a no utilizarla para cualquier otra finalidad distinta que no sea para los objetivos establecidos previamente en la investigación. Este convenio, es efectivo a partir del momento en el que se efectuó la firma de esta carta.

En caso de que rompa con este compromiso, entiendo que seré acreedor de la sanción administrativa que crean pertinente para la magnitud de la falta ética originada por mi persona.

Su firma indica su compromiso a mantener la confidencialidad en relación con los temas y/u opiniones que surjan durante las entrevistas que se realicen en el presente estudio.

Nombre del entrevistador (a):

Fecha:

Día/ Mes/ Año.

Firma: _____

**SERVICIO DE
UROLOGIA 105 "A"**

ANEXO 4

**“PERCEPCIÓN DE RIESGO Y PROCESO SOCIAL
SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN TRES
ESTADOS DE LA REPUBLICA MEXICANA CON DISTINTOS NIVELES DE
MARGINACIÓN” PROPUESTA No. 290085.CONACYT**

**GUÍA DE CODIFICACIÓN: VARONES DIAGNÓSTICADOS CON CÁNCER DE
PRÓSTATA**

I.-CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

CSPERFIL: Se refiere a todos los datos que incluyan edad, lugar de nacimiento, lengua, escolaridad, estado civil de los entrevistados, divorcios o separaciones. Lugar de residencia (desde cuándo). Hijos y edades.

****⁹CSFAMILIA ORIGEN:** se refiere a todo lo que nombre sobre su familia en la que creció, papás, hermanos y antecedentes de cáncer en alguno de ellos

CSTRABAJO: se refiere a todas las preguntas sobre oficio o profesión e ingresos propios, a que se dedicaba, oficio, recibe remuneración, ingresos, quienes dependen

CSTRABAJO CA: sobre la pregunta al ser diagnosticado con cáncer ha cambiado, lo que hace en su trabajo y demás actividades y todo lo que tenga que ver con la economía familiar.

++CS ANTECEDENTES: toda la información que tenga que ver con los antecedentes de enfermedades del varón y si además del cáncer de próstata padece otra enfermedad.

II.- AUTOCUIDADO DEL VARON ANTES DEL CAPO

AUTO ANTES: todo lo referente sobre su opinión del cuidado y cómo se cuidaba, alimentación y que le gustaba comer al varón antes del cáncer de próstata.

****AUTOANTES RIESGO:** Todas las actividades de “riesgo” de las cuales muchas están relacionadas con la masculinidad (trabajo, sexualidad, alcohol, drogas, otras).

AUTOANTES MÉDICOS: se refiere a la información sobre su salud y si hacia

algo por ella y qué hacía para mantenerse sano, o qué hacía cuando se sentía enfermo, cada cuánto iba al médico y las razones.

AUTOANTES EMOCIONES: se registra toda la información que diga sobre qué HACÍA ANTES cuando se sentía triste o enojado, qué hacía cuando sentía dolor.

AUTO ANTES CUERPO HOMBRES: todo lo que diga sobre como los varones cuidan su cuerpo, como lo describe y como debe ser el cuerpo de un hombre.

AUTOANTES SER HOMBRE: se refiere al significado de “ser hombre”

AUTOANTES MUJERES: todo lo que diga sobre si las mujeres se cuidan más que los varones en general.

III.-UTILIZACIÓN DE RECURSOS INSTITUCIONALES

URI DERECHO HABIENTE: aquella información acerca de si está asegurada o no, en qué institución y lo qué siente al ser derechohabiente.

URI GASTOS: todo lo que diga sobre los gastos médicos y gastos adicionales en medicamentos y /o consultas.

URI ALTERNATIVA: si ha utilizado atención alternativa de terapias naturales o alternativas, qué tipo y como le han servido en su proceso y en qué momento las utilizó.

URI PROCESO ATENCIÓN: todas las respuestas que tengan información sobre el momento en que decidió ir con el médico alópata y proceso que siguió para ir con el especialista (urólogo).

URI TRATO: Aquella información acerca de la atención por el personal de salud, trabajador social, médico, enfermedades, psicólogos.

IV. SINTOMATOLOGÍA Y BUSQUEDA DE ATENCIÓN

SB SINTOMAS: todo lo referente a los síntomas, lo primero que notó en su cuerpo, problemas sobre sistema urinario, cómo se sintió y todo lo que está concentrado en el apartado 1 de sintomatología.

SB DETECCIÓN: se refiere a todas las preguntas que señalan sobre el diagnóstico, dónde y cómo fue y todo lo del apartado 2 de detección.

SB REACCIÓN: Todo lo relacionado con quien le dio la noticia y si le explicó

detalles del tratamiento. Cómo reaccionó. Iba acompañado o solo. Cómo reaccionó quien acompañaba.

SB APOYO: Todo lo referente a quien lo ha estado acompañando en su tratamiento. **Pero también cuando expresan que van solos. Cómo lo hacen.**

SB OCULTAR: Si ha ocultado la noticia a alguien en lo particular, y por qué.

SB CAMBIOS: Todos los cambios en Él a partir del tratamiento. **Alimentación ejercicio, otros.**

SB TRATAMIENTO: todo lo que diga respecto al tratamiento que le hicieron para el CaPo.

SB TRATAMIENTO VIVE: Todo lo referente al proceso de tratamiento, cómo lo vivió, y si le afectó a su estado físico y lo que diga sobre la pregunta de cómo se ha sentido y todo lo referente a este apartado.

++SBANTES DX: se refiere a todos los datos que incluyan si sabe que era la próstata y sus problemas, factores de riesgo, pruebas, y todo lo referente a búsqueda de atención antes que le dieran un diagnóstico de cáncer certero.

SB PRUEBAS: TODO lo referente a realización de tacto rectal y antígeno. Cómo se sintió, vivencias, creencias y si lo recomendaría o recomienda hoy a los varones después de su experiencia.

V.- PAREJA, RELACIONES FAMILIARES O NUEVAS REDES

++PAFAM PAREJA: se registra la información que hable sobre si la pareja sabía sobre los problemas de próstata, cómo se enteró, la reacción de la pareja, el tiempo que se enteró, el acompañamiento y apoyos múltiples y todo lo que diga respecto a este tema en el apartado 1 del tema V.

PAFAM FAMILIA aquella información que hable sobre si los familiares saben del diagnóstico, qué saben, reacciones, si tiene hijos y en qué momento les comentó, de qué manera y cómo reaccionaron y hay apoyo económico y moral, o cómo le han ayudado.

PAFAM AMIGOS: toda la información sobre si algún amigo del diagnóstico y qué le han comentado, cómo se siente al compartir la experiencia y le han apoyado al proceso.

PAFAM NUEVOS: si en las visitas médicas ha conocido a alguien con

problemas de próstata y si han compartido pensamientos inquietudes.

VI.- GRUPOS DE APOYO EMOCIONAL

GRUPOS APOYO: aquella información que hable sobre su participación en un grupo de apoyo emocional, con quién y cómo le ha servido y todo lo referente a este apartado.

****VII. MASCULINIDAD**

****MASC SEX:** Se refiere a la información que explique la percepción de los varones con respecto al significado que le atribuye a su sexualidad, así como pérdidas relacionadas con la masculinidad

****MASC CUERPO:** Se refiere a toda la información sobre el significado que el hombre le atribuye a su cuerpo, así como pérdidas relacionadas con la masculinidad

****MASC PROVEEDOR:** Se refiere a toda la información con respecto a su rol de proveedor, si a raíz de la enfermedad conserva dicho rol o si han existido cambios con relación al mismo

°°°VIII EMOCIONES

(Grupo de códigos que Miguel Ángel generará en estos 15 días de codificar sus entrevistas)

°°° EMO ENOJO: Se refiere a las expresiones de enojo dentro del discurso

°°° EMO MIEDO: Se refiere a todas las expresiones de miedo dentro del discurso

°°°EMO TRISTEZA: Se refiere a todas las expresiones que muestren la emoción de tristeza dentro del discurso

°°°EMO VERGÜENZA: Se refiere a todas las expresiones que muestren la

emoción de vergüenza dentro del discurso

°°°PERCEPCIÓN CAPO:Se refiere a toda la información que explique cuál es la percepción del paciente con respecto a la enfermedad que padece, así como la importancia que le atribuye cada uno de ellos

°°° AFRONTA: Se refiere a cómo afrontó las diferentes experiencias y sucesos que experimentó, desde la sintomatología y durante el proceso médico que ha llevado, cómo canalizó al experimentar sucesos de gran estrés

ANEXO 5

Fotografías del Hospital General como contexto de la investigación

FOTO 1



FOTO 2





FOTO 4

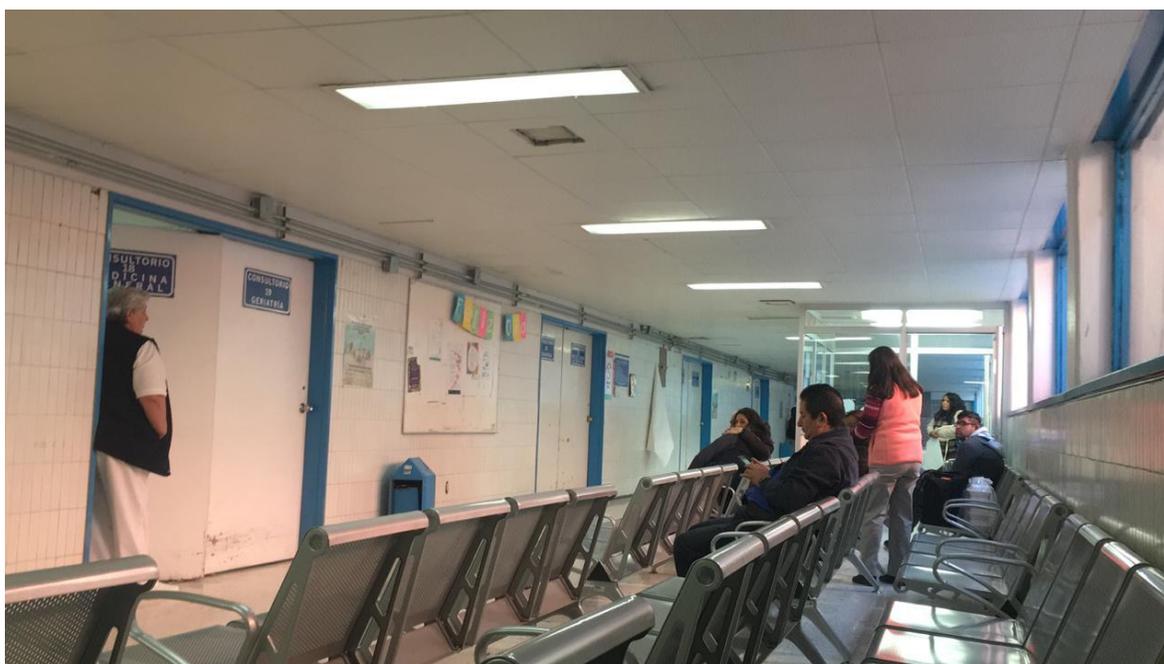




FOTO 6



FOTO 7

