DOCUMENTO QUE FORMA PARTE DEL
PROCESO DE REVALIDACIÓN

LA LEUCEMIA INFANTIL DESDE LA PSICOSOMÁTICA

AUTOR

LÓPEZ LEGARIA, URIEL JOSUÉ

ASESOR(ES)
CHAPARRO AGUILERA, GERARDO ABEL

HERRERA OBREGÓN, IRMA

CASTILLO GUZMÁN, LAURA

PROCEDIMIENTO DE REVALIDACIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS

TESIS

PARA REVALIDAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA OTORGADO POR LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA QUE OTORGA LA UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES

LOS REYES IZTACALA – MÉXICO

2018

PROCEDIMIENTO DE REVALIDACIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS

CC BY-NC-ND
Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada
El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“La Leucemia Infantil desde la Psicosomática”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

L I C E N C I A D O EN P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A:

Uriel Josué López Legaria

Director: Lic. Gerardo Abel Chaparro Aguilera
Lic. Irma Herrera Obregón
Lic. Laura Castillo Guzmán

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 09 / 2018

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRACEDIMIENTOS

A La Vida, a Dios, al “Tloque in Nahuaque”, por permitirme vivir en este tiempo y espacio.

A mis padres, por la vida dada y el cuidado amoroso que me permitió crecer en fuerza física y espiritual.

A mis hermanos, testigos de vida y de camino.

A mis Maestros Gerardo Chaparro, Irma Herrera por el amoroso y paciente labor de enderezar los renglones torcidos conmigo.

Al Maestro Sergio López Ramos, por ser maestro y guía en los momentos en que lo necesité. Larga vida, Maestro.

A la familia Salinas Ortíz, por el espacio y cariño dados todos estos años.

A mi abuelo Miguel, al Sr. José Salinas, quienes ya no están en este mundo, pero siguen en mi corazón.

A todos y cada uno de los espacios y lugares que me han formado y hecho quien soy.

ÍNDICE

Introducción……..……1

1. Leucemia infantil en el contexto de las enfermedades cancerosas.....5

1.1. Cáncer. Conceptos, características generales y causas.....5

1.1.1. Epidemiología descriptiva y tendencias

a nivel mundial y nacional. Tipos y diferentes localizaciones …….….. 12

1.1.2. Diagnóstico, tratamiento y pronóstico ……... 20

2. Neoplasias Hematológicas …….. 25

2.1.1. Linfomas …… 25

2.1.2. Leucemias …… 27

2.1.2.1. Clasificación …… 32

2.1.2.2. Cuadro clínico, evolución, pronóstico y tratamiento …….. 33

2.1.2.3. Estadísticas descriptivas y tendencias

a nivel mundial y nacional 36

3. Un nuevo abordaje de lo corporal…….. 41

3.1. Modelo médico alópata: fundamentos,

alcances y limitaciones …… 41

3.2 Nuevos alcances en el estudio de lo corporal:

*La construcción psicosomática de las enfermedades……...*51

Método y procedimiento…..... 61

4. Resultados. Historias de vida..... 62

4.1. Alimentación y nutrición …… 62

4.2. Consumo de tabaco ……..……..... 73

4.3. Consumo de alcohol …….. 77

4.4. Crianza e historia emocional de los padres .…… 78

4.5. Proceso del embarazo, parto y crianza del niño ……... 90

4.6. Historia emocional del niño …… 135

Análisis de resultados..... 149

Conclusiones generales..... 159

Referencias..... 169

Anexos

INTRODUCCIÓN

Desde la aparición del ser humano en la Tierra, ha estado presente la paradoja ‘salud-enfermedad’ en la existencia. Muchas civilizaciones han observado esta paradoja y desde sus propias perspectivas y percepciones han encontrado un método de conocimiento y explicación tanto a los estados de salud como de enfermedad.

En Oriente, milenarias civilizaciones de países como la India y China tienen extensos registros y estudios sobre los procesos de salud y enfermedad que datan por lo menos de 5,000 años atrás. Podemos encontrar que sus explicaciones están fundamentadas en un constructo ‘integral’; en una cosmovisión que para explicar al ser humano y sus procesos de ‘salud-enfermedad’, no separa o aisla en su explicación centrándose sólo en una dimensión: se fundamentan en una relación entreel ser humano y el Mundo. En esta relación, explican que las enfermedades no son más que desequilibrios que se originan por la ruptura del orden debido con la Naturaleza y sus dimensiones: física, de relación familiar y social, personal y espiritual.

En Occidente, la referencia más antigua se puede ubicar en la Antigua Grecia. Es aquí donde se desarrollan muchos de los principales métodos de estudio, diagnóstico y tratamiento que en la medicina actual aún se muestran tenues vestigios.A su paso por la Ilustración, la medicina revolucionó yse situó desde un nuevo paradigma: la filosofía positivista y mecanicista, desarrollada por René Descartes, Bacon, siendo Isaac Newton quien lleva esta nueva visión del mundo a su cúspide.

Desde entonces, la práctica de la medicina tiene como particular forma de abordaje y estudio la fragmentación del cuerpo humano. Desde este modelo, la

separación obedece a la especialización y ‘superespecialización’ de alguna parte del cuerpo para su comprensión (el ventrículo izquierdo del corazón o el hepatólogo especialista en el segundo lóbulo del hígado, pero ejemplo). El problema de este esquema, es que al especializarse, el profesional sólo ‘ve’ aquello a lo cual ha sido entrenado estudiar y curar, no tomando en cuenta incluso las partes continuas o extensivas de su mismo objeto de estudio en su consulta, remitiendo al paciente al especialista pertinente.

Se considera que el abordaje en el estudio y atención desde este modelo, omite importantes ‘variables’ para la comprensión de la enfermedad y la obtención de la salud. Cabe resaltar que la psicología, no escapa a este modelo, pues de la medicina ‘hereda’ el abordaje a un problema: evaluación, etiología, diagnóstico y tratamiento.

Dentro de las enfermedades que actualmente más llama la atención en el mundo es el cáncer. Desde la visión médica, el cáncer es resultado de la interacción de factores internos (genéticos) y externos (físicos, químicos y biológicos) que produce la degeneración de las células, con lo que se originan lesiones denominadas ‘precancerosas’ y finalmente tumores malignos.El cáncer representael 13% de muertes a nivel mundial por año, siendo los países de ingresos medios y bajos los que más casos presentan.

En México, cerca de 70,000 personas al año pierden la vida a causa del cáncer, ocupando el tercer lugar por defunciones en general. Llama la atención que dentro de este número de personas, hay un número considerable debido a muerte en niños y adolescentes, con edades comprendidas entre los 0 años hasta los 18 años. Según el INEGI, poco más de 20,000 los niños y adolescentes

mueren al año, de los cualesprácticamente la mitad de los casos son debidos a la leucemia.

El cáncer es un problema de salud grave, ya que tiene implicaciones sobre los años de vida invertidos en el proceso de la enfermedad; la capacidad de las instituciones para brindar atención adecuada se ve rebasada; el impacto que tiene la enfermedad en la familia,pues genera un desgaste físico, emocional y económico.

El cáncer infantil, específicamente la leucemia, es uno de los tipos de cáncer más agresivos dentro de las neoplasias, pues las probabilidades de ser detectada a tiempo y que exista una respuesta favorable al tratamiento son reservadas, acortando en demasía la esperanza de vida. Aunado a ello, los sobrevivientes de cáncer tienen que pasar por una serie de dificultades, como la carencia de educación escolarizada, la alta probabilidad de desintegración familiar, la dificultad para poder integrarse a las actividades laborales porque no cuenta con habilidades corporales ni de relación interpersonal.

No parece alentador la posibilidad de brindar atención a los casos que van en aumento, pues los nuevos métodos y tratamientos para el cáncerque hay de innovación, en especial para la leucemia no están al alcance de las instituciones de México, pues los costos son muy elevados además de que no se cuenta con la infraestructura,ni los equipos así como del personal médico especializado.

El objetivo del presente trabajo considera importante abrir posibilidades en cuanto a la explicación y abordaje de la leucemia aguda infantil: brindar una perspectiva que implique aproximarse desde una visión integral, no limitante a sólo un aspecto de las dimensiones de las personas (física, psicológica, familiar, social, histórico y cultural);que sea relacional e incluyente.

En el primer capítulo se hablará del cáncer: las características, etiología, tendencias a nivel mundial y nacional, su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, así como de los medios de prevención que la medicina propone. En el segundo capítulo se abordarán las neoplasias hematológicas, diferenciando de éstas a la leucemia linfoblástica aguda infantil: su clasificación, cuadro clínico, pronóstico y tratamiento, además de que se situará estadísticamente a nivel mundial y nacional. En el tercer capítulo se abordan los fundamentos filosóficos y metodológicos de la medicina tradicional, así como una propuesta de abordaje desde lo corporal. A continuación, se presentarán casos de niños con leucemia y por último se presentarán reflexiones y conclusiones sobre el tema.

1. LEUCEMIA INFANTIL EN EL CONTEXTO DE LAS ENFERMEDADES CANCEROSAS

1.1. Cáncer. Conceptos, características generales y causas.

Desde tiempos antiguos se ha tenido registro del cáncer como flagelo del hombre. Ya en la Grecia Antigua Hipócrates registró casos de tumores en pacientes.Etimológicamente la palabra 'cáncer' deriva del griego "karkinos", que significa 'cangrejo'; esto debido a que en las necropsias de antiguoobservaban en los cadáverestumores con forma similar a éste crustáceo.

La palabra cáncer designa de manera genérica una serie de enfermedades originadas en distintos tipos de células, como en las células epiteliales (mucosas o partes superficiales de los órganos) denominándose carcinomas;en células sanguíneas (leucemias) y sistema linfático (linfomas), y los que ocurren en tejido de soporte o conjuntivo (como los músculos y huesos) y que se denominan sarcomas. Todoséstos procesos celulares anormalesostentanuna característica común:tienen alterados los mecanismos normales de división celular, es decir, presentan un crecimiento celular incontrolado, (Rodríguez, 2003).

Cueto y Delgado (1988, citados en Moro, 2002) refieren que los términostumor, cáncer y neoplasia se utilizan de manera indistinta, tanto a nivel profesional como popular. Asimismo, definen el cáncer como "…una 'neoformación'hística resultante de la proliferación exagerada de elementos celulares de un tejido organizado, con tendencia a persistir y a crecer de forma ilimitada".Las neoplasias pueden ser consideradas benignas o malignas, según sea su evolución: Si el tumor se encuentra encapsulado, no infiltra espacios adyacentes ni produce metástasis, se le considera benigno; cuando no cumple éstas restricciones, se considera maligno el tumor.

¿Cómo se da éste proceso? Rodríguez (2003) señala que actualmente los seres vivos estamos expuestos a la acción de numerosos agentes potencialmente tóxicos, sean físicos, biológicos y químicos, como son las radiaciones, desechos industriales, infecciones, drogas de abuso así como terapéuticas, campos electromagnéticos, que por lo general son carcinógenos (es decir, que inducen al cáncer), que interactúan con el organismo y provocan efectos fisiológicos, bioquímicos, patológicos,y en algunos casos genéticos (en este caso se llamangenotóxicos). En este mismo proceso, a nivel celular, los agentes tóxicos atraviesan la membranay pueden llegar al núcleo, interactuar con el material genético de la célula (o ADN), cambiandoenun corto, mediano o largo plazola 'información' que contienen los genes, dejando una *huella* duradera. Cabe resaltar que ésta interacción no es tan sencilla, pues existen varios factores que posibilitan loscambios en la información genética por parte de los agentes tóxicos, éstos son según las propiedades específicas físicas y químicas del compuesto tóxico, pues pueden ser reactivos en sí mismos, o bien, pueden ser activados por el proceso metabólico de la célula; su capacidad para atravesar membranas; su afinidad por los componentes normales del organismo, y la cantidad a la que estén expuestos.Ya en el proceso de interacción de la toxina con el ADN de la célula, hay un 'mecanismo' que 'reparará' los desajustes producidos en la célula, siendo eficientes cuando no hay alteraciones en el material genético, o ineficientes, cuando hay un daño genético en las células.Si éste se fija, se expresará en las células somáticas con un cáncer o en las células germinales con una alteración heredable.

Cuando las células normales han sido alteradas y se transforman en células malignaso cancerígenas,se dice que ha ocurrido una mutación (entendida como la modificación morfológica de la estructura de las células y su material genético con cambios en la cantidad, cualidad y arreglo de los genes).El proceso inicia con *una*

célula normal que fue alterada; ésta célula recibe el nombre de *célula iniciada* que *promueve* el proceso canceroso. La célula iniciada puede permanecer en el organismo en latencia durante tiempos variables, después se desarrolla clonándose de manera autónoma sin diferenciación, es decir, sin cumplir la función especializada del resto de las células del tejido de donde se 'hospedó' (por ejemplo, si se ha hospedado en el tejido hepático, no realizará las funciones que la célula del hígado efectúa normalmente) generándose la progresión tumoral. Una vez establecido el tumor, se vasculariza, es decir, se llena de vasos sanguíneos y consume sustancias nutritivas: en pocas palabras, se comporta como un parásito, pues no contribuye en nada al funcionamiento del tejido donde se hospeda (Rodríguez, op. cit.; Mendelsohn, 1991, citado en Moro, 1994).

Las células de neoplasias malignas, tienen la capacidad de crecer,así como diseminarse por otras partes del cuerpo; cuando se infiltran en los tejidos que les rodea, en ocasiones obstruyen las vías de paso del organismo (torrente sanguíneo, tracto digestivo, conductos nerviosos), destruyendo nervios y socavando los huesos; es decir, las células cancerosas se pueden dispersar al organismo a través de los vasos sanguíneos y los canales linfáticos, se instalarán en alguna parte del cuerpo, formándose una metástasis o tumor secundario, y se desarrollará de manera independiente (op. cit.).

Es difícil no estar expuestos o vinculados a los agentes tóxicos, pues éstos se encuentran en un constante movimiento,teniendo una gran distribución en la biosfera: en el aire, el agua, el suelo, y hasta en los organismos vivos.Por ejemplo, un agente tóxico que presente en el agua, puede volatilizarse cuando hay evaporación, pasando al aire, luego ser depositado en el suelo por medio de la lluvia e incorporarse a la cadena alimenticia. Estas exposiciones pueden presentarse en forma aguda: en un solo episodio y en cantidades elevadas; o de manera crónica, o una exposición prolongada que permite la acumulación de las

toxinas en el organismo, produciendo reacciones después de mucho tiempo.De igual manera, pueden darse de manera involuntaria, como en el ambiente abierto; voluntaria (cuando se usan drogas o agentes terapéuticos), y ocupacional, como estar expuesto en el ambiente de trabajo.

Rodríguez (2003) menciona que la mayoría de los agentes tóxicos presentes en el medio son artificiales, o sea, son sintetizados por el hombre. No obstante, también hay cientos de venenos naturales generados por microorganismos, hongos, plantas y animales.

Es importante tomar en cuenta todos estos aspectos, pues pareciera que la revisión de la literatura que se expuso líneas atráshabla de algo que está lejos o que es ajeno a nuestra vida cotidiana. Sin embargo, los agentes tóxicos y carcinógenos son más habituales de lo creído.

En la Ciudad de México, como resultado de estudios epidemiológicos, se han identificado agentes atmosféricos muy dañinos que afectan primordialmente las vías respiratorias, entre ellos el dióxido de azufre y dióxido de nitrógeno, que irritan las mucosas respiratorias, contricción bronquial, disminución de la capacidad respiratoria, cambios morfológicos del árbol bronquial; ozono contaminante que se concentra principalmente en los días de verano e invierno, produciendo resequedad en la garganta, irritación del tracto y mucosa respiratoria, irritación y contricción bronquial, provocando asma, tos, cefalea, dificultades para respirar, e irritación ocular; el monóxido de carbono y el plomo, que ya dentro del organismo, pueden acoplarse sin problemas a los glóbulos rojos, reduciendo la capacidad de oxigenación, poniendo en peligro la vida de las personas expuestas.Cabe resaltar que estas sustancias son de origen industrial y producto de la combustión de los automóviles (Velasco-Suárez, 1993).

Vinculado con lo anterior, otra fuente de emisiones común, es la exposición al gas radón, que se encuentra en grandes cantidades en los hogares y espacios mal ventilados y en los que se emplea calefacción o aire acondicionado (Rodríguez, 2003).

Dentro de los químicos y toxinas industriales, se han detectado agentes cancerigenos, como los asbestos (tinacos y techos de lámina), el arsénico, cromo (utilizado primordialmente en la industria automotriz), cadmioy níquel (utilizado para la elaboración de abonos y pesticidas), plomo (minería, combustión de la gasolina, utensilios de plomo, pesticidas), nitrosaminas originarias del tabaco, entre las más comunes.Una forma de que el lector puede darse cuenta de que el aire está contaminado es por el smog, que le da un típico color tornasol a las grandes urbes, especialmente cuando amanece y comienza a anochecer (Velasco-Suárez, 1993; Murphy, Lawrence y Lenhard, 2002).

Otro agente atmosférico perjudicialson los campos electromagnéticos, que han sido una constante en nuestro planeta desde su formación: la emisión de campos electromagnéticos que vienen del Sol (y que estéticamente se manifiestan en auroras boreales) o los emitidos por minerales (como el potasio 40 y el uranio 238), por ejemplo. Sin embargo, desde finales del siglo antepasado y a inicios del siglo pasado, se han incrementado las fuentes artificiales de radiación debido a experimentos en laboratoriosasí como al desarrollo tecnológico. Rodríguez (2003) explica que las radiaciones ionizantes o de longitud de onda corta no visibles (como los rayos ‘X’ y los gamma), tienen la propiedad de penetrar en las células, ponerse en contacto e interactuar con las macromoléculas celulares en general y con los ácidos nucleicos en particular, provocando roturas en los cromosomas alterándose la estructura original, es decir, son más agresivos que las radiaciones no ionizantes, que a diferencia de las radiaciones ionizantes su frecuencia baja no es lo suficientemente elevada para ionizar átomos y moléculas de manera directa,

comorealizar cambios estructurales en tejido biológico o material genético por sí mismo.

Sin embargo, dependiendo la frecuencia en que son emitidas, éstas radiaciones pueden ceder energía suficiente como para producir efectos térmicos (o de calentamiento) en los organismos vivos, o producir corrientes eléctricas en célulasafectandosu funcionamiento, siendo las más sensibles las células musculares y nerviosas, (Rodríguez, 2003).

Vargas y Úbeda(s/f), realizan un reporte sobre los posibles efectos de los campos electromagnéticos de baja frecuencia (como los emitidos por antenas de radio y televisión, así como los aparatos en sí, hornos de microondas, telefonía celular, aparatos de radiocomunicación, líneas de alta tensión, computadoras, entre otros aparatos electrodomésticos) en seres vivos, refiriendo que no es conveniente tomar medidas de precaución ajenas a las que los aparatos electrodomésticos incluyen. Acaso referirán la correlación existente entre campos de líneas de alta tensión y cáncer.

Otro espacio principalmente susceptible de ser contaminado, es el suelo, pues es un depósito natural de los residuos tóxicos del aire y del agua, donde se sedimentan por efectos del agua y se dispersan a causa del viento, llegando a penetrar éstos tóxicos a las plantas, árboles, productos del campo para cultivo y consumo humano que los absorben y acumulan (Rodríguez, 2003).

Además, muy vinculado con el suelo así como con el aire, el agua es otro depósito y ‘contenedor’ de tóxicos de origen múltiple, pues es el elemento más noble y soluble de la tierra. En el campo, el agua que se emplea para el riego, inevitablemente se mezcla con plaguicidas, herbicidas, fertilizantes artificiales y

demás sustancias utilizadas para el mantenimiento y producción de la siembra. Muchos de ésas sustancias no son solubles o biodegradables, manteniéndose en numerosos casos intactos en cuanto su composición original se refiere, siendo asimilados en última instancia por el ser humano.

Con lo anterior, es evidente que la ingesta de compuestos tóxicos por el ser humano es prácticamenteinevitable, ya que consumeproductos de la tierra (legumbres, frutas, granos), de los animales y bebe agua de los mantos acuíferos que en su conjunto, han incorporado a la cadena alimenticia químicos empleados para el campo,desechos industriales, fármacos veterinarios, entre otras cosas.

También, la manipulación, consumo, preparación y conservación inadecuada de los alimentos influyen de manera notable en la generación, asimilación y almacenamiento de toxinas, muchas de ellas carcinógenas.Un ejemplo de ello es el calentamiento y la utilización frecuente de aceite y grasas almacenadas para freír o cocinar, práctica frecuente en las cocinas económicas mexicanas y así como en los hogares y comercios ambulantes:las clásicas frituras, semillas y frutas tostadas y caramelizadas, que en el proceso de elaboraciónliberan sustancias de actividad tóxica; alimentosaltamente braseados y/o ahumados, específicamente carnes y embutidos. Los productos envasados y enlatados son de igual manera fuentes de tóxicos, algunos de ellos carcinógenos.Dentro de la ‘dieta’ de muchas personas, se encuentra el consumo de grasas (que su acumulación favorece el incremento de hormonas que indirectamente ayudan a la aparición de tumores), tabaco y alcohol.

Es necesario considerar también que los aditivos de alimentos pueden ser una causa de toxicidad en el cuerpo, sin embargo, es poco probable poder

comprobar científicamente sus efectos reales, pues variarán las dosis, tiempo de exposición y consumo que en distintos grupos sociales llegan a ser demandados.

De este modo, las formas más comunes de ingreso de las toxinas al organismo son por inhalación, ingestión y contacto con la piel; así, las toxinas inhaladas llegarán al pulmón, y de ahí a la sangre, eliminándose por la expiración, y las toxinas ingeridas llegarán a tracto digestivo, eliminándose por heces fecales u orina. Sin embargo, debido a las propiedades de algunas toxinas, será difícil la eliminación,y se acumularán en tejido adiposo, hígado, vesícula biliar y riñones, así como en tejido sanguíneo, teniendo como posibilidadla distribución de la toxina a todo el organismo, y el peligro de que se acumule y 'hospede' en algún otro órgano o tejido.

1.1.1. Epidemiología descriptiva y tendencias a nivel mundial y nacional. Tipos y diferentes localizaciones

Tendencias a nivel mundial

Las neoplasias que ocurren en la infancia difieren de las formas principales de aparición en el adulto, ya que en el primer grupo, existe un predominio mayor de las neoplasias no epiteliales (leucemias, linfomas y sarcomas, como neoplasias en huesos o músculos), y en la etapa adulta hay un mayor predominio de las epiteliales (cáncer en pulmón, hígado, estómago, mama, etc.). Con esto, se infiere que las causas del cáncer en la infancia, son diferentes a la de los adultos, posibilitando la hipótesis de que los factores relacionados a la aparición del cáncer infantil, se den en etapas muy tempranas de la vida, incluso antes de la concepción (Mejía et al, 2005).

Fajardo et al. (2001) señala que existen pocos estudios descriptivos relacionados con las características de tiempo, lugar y persona, y con los factores de riesgo de las neoplasias en niños, pues muchos países comenzaron a registrar las incidencias y a estudiar las estadísticas de mortalidad, en la década de los 80's del pasado siglo. No obstante, señala que en algunos países, las neoplasias malignas han llegado a constituir la segunda causa de mortalidad en la población de 1 a 15 años. Menciona que la incidencia de cáncer en los niños difiere en función del país o región que se estudie, la edad, el sexo, la incidencia según la raza, lugar de residencia, entre las variables más relevantes; llegando a registrarse una tasa anual de incidencia general mundial entre 100 a 150 casos por un millón de niños, (véase Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las neoplasias en niños de diferentes países

Tipos de neoplasia (%)							
País	**Leucemia**	**TSNC[a]**	**Linfomas**	**TSNS [b]**	**Renales**	**Tejidos**	**Otros**
EE. UU.	30.7	18.0	13.1	7.8	5.6	6.6	18.2
Inglaterra	29.4	16.6	8.7	7.5	5.4	11.9	20.5
Finlandia	32.9	21.5	7.3	3.3	7.4	3.5	24.1
Israel	27.3	21.2	19.0	5.9	5.9	4.4	16.3
Australia	37.5	14.3	8.9	8.9	3.6	8.9	17.9
Nueva	34.1	21.4	8.7	4.3	6.2	5.5	19.8
China	38.2	21.7	10.3	0	2.1	2.9	24.8
Japón	40.6	14.8	6.8	9.5	4.8	3.4	20.1
Nigeria	4.5	2.2	59.3	2.6	5.6	8.8	17.0
Cuba	30.4	14.4	23.9	0	6.2	4.3	20.8
Argentina	30.5	14.1	18.6	9.6	5.6	5.6	16.0
México	34.4	10.0	19.5	2.7	5.6	4.8	23.0

[a]. Casos por millón.[b]. Variabilidad de la incidencia a nivel mundial.*Fuente: International Journal of Cancer. 1988.*

Algo importante qué resaltar es la ‘similitud’ de números relacionados a la incidencia en países industrializados y en vías de desarrollo: en Estados Unidos, la incidencia asciende a 137 casos por un millón de niños; en Inglaterra, a 109; y en los países latinoamericanos varía entre 91 y 106 casos por un millón de niños. De igual modo, según el país de estudio, existen diferentes patrones de presentación de los distintos tipos de cáncer, por ejemplo: en Estados Unidos de y Europa predominan los casos de leucemia, los tumores en sistema nervioso central y los linfomas; en Latinoamérica, predominan las leucemias, los linfomas y los tumores del sistema nervioso central; en África predominan los linfomas. Sin embargo, las neoplasias malignas de mayor incidencia mundial son las siguientes:

Tabla 2. Incidencia mundial[a] según tipo de neoplasia

	Tipos de neoplasias	Tasa (variación[b])
I.	Leucemias	15,0–50,0
II.	Linfomas	
	Enfermedad de Hodgkin	2,7–14,8
	Linfomas no Hodgkin	2,7–14,5
III.	Tumores del sistema nervioso central	20,0–30,0
IV.	Tumores del sistema nervioso simpático	3,1–12,6
V.	Retinoblastoma	3,0–5,0
VI.	Tumores renales	6,0–9,0
VII.	Tumores hepáticos	0,5–1,5
VIII.	Tumores óseos	2,0–3,5
IX.	Tumores de los tejidos blandos	3,0–5,0
X.	Tumores de células germinales	0,5–5,8
XI.	Carcinomas	0,5–2,0
XII.	No especificados	0,5

[a]. Casos por millón.

[b]. Variabilidad de la incidencia a nivel mundial.

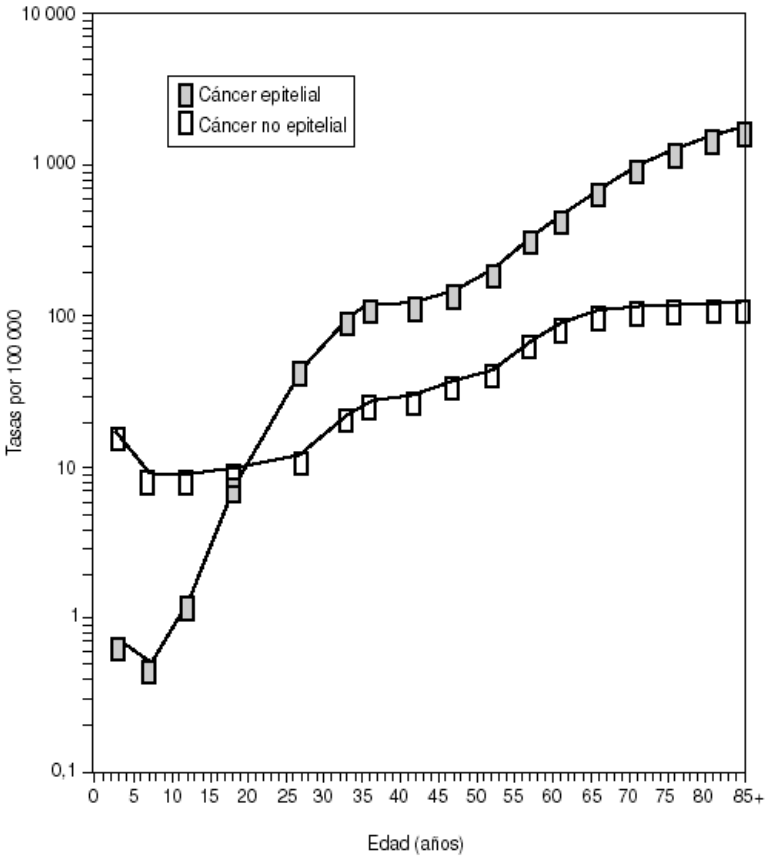
Fuente: International Journal of Cancer. 1988.

Podemos observar que los casos más comunes a nivel mundial son las leucemias, los linfomas (de Hodgkin y no Hodgkin), tumores del sistema nervioso central y del sistema simpático, los retinoblastomas (o cáncer en la retina),

tumores renales, hepáticos, óseos, tejidos blandos, tumores en células germinales, y demás sarcomas y carcinomas, así como neoplasias no especificadas por falta de representatividad de la muestra (Fajardo, 1999).

De igual forma, las edades de aparición de las neoplasias malignas, es mayor en el grupo de menores de 5 años, disminuye un poco en el grupo de 6 y 10 años, y teniendo una ligera alza en el grupo de 11 a 15 años. Cabe recordar que las neoplasias con mayor índice de incidencia en edad infantil son las no epiteliales, y conforme va en aumento la edad, repunta el índice de cáncer en tejido epitelial (ver figura 1).

Figura 1. Incidencia de neoplasias epiteliales y no epiteliales en niños según su edad



Fuente: Miller, RW. et al.Age distribution of epithelial cancers.Lancet.(1983).

Como podemos observar en ésta figura, y vinculando las cifras de la figura anterior, son mayores las incidencias de neoplasias malignas en células sanguíneas, en células óseas, y del sistema nervioso, comparado a los casos de cáncer en hígado, riñones y tejidos blandos en la infancia que en adultos, al menos hasta la los 17-20 años, en que los índices de casos de neoplasias en tejido epitelial y no epitelial se 'estabilizan', despuntando después de los 20 años los casos de cáncer epitelial, como sonen tejidos de estómago, pulmón, páncreas, etcétera.

Complementando lo anterior, las leucemias y los tumores del sistema nervioso central y simpático son los que predominan en estadísticas, aunque los tumores varían según el país, pero en general, las leucemias son predominantes, las cuales representan entre el 30% y el 40% de las incidencias de tumores.

Llama la atención, y retomando la idea que Mejía et al (2005) mencionan, es que puede existir la posibilidad de que los factores relacionados a la aparición del cáncer infantilestén relacionados con el grado de susceptibilidad que el niño tiene al desarrollo al cáncer, teniendo como posibilidad una etapa de mayor vulnerabilidad de algún tejido u órgano, o que ésa susceptibilidad se dé incluso antes de la concepción, pues si se toma en cuenta que el período de desarrollo de un tumor o neoplasia va de 5 a 10 años, es un periodo demasiado largo y desencajado en la corta vida del niño y la edad de aparición del tumor.

A pesar de que es una gráfica es una referencia de hace 20 años, en trabajos de investigación y reporte médicos más actuales, siguen citándose, debido a la escasez de estudios descriptivos y/o exploratorios en el mundo en niños, en comparación a la realizada con adultos.

De manera general, la incidencia y la frecuencia mundial son mayores para las leucemias, y dependiendo el país-región de estudio, existen diferentes patrones de manifestación, siendo diferente la raza y el estrato social. Por ejemplo, en los norteamericanos y los europeos predominan más las leucemias, los tumores del sistema nervioso central, y los linfomas; para los latinoamericanos, predominan las leucemias, los tumores del sistema nervioso central y los linfomas; para los africanos, los tumores de mayor predominancia son los linfomas. La incidencia es mayor en niños que en niñas, así como en el grupo de menores de cinco años.

Tendencias a nivel nacional

En México, las estadísticas no varían significativamente de acuerdo a lo estipulado a nivel mundial. Sin embargo, a diferencia de otros países, existen pocos datos epidemiológicos sobre las neoplasias en niños, ya que hasta antes de los noventa sólo se tenían registros de los casos, así como la mortalidad y la frecuencia e las diferentes neoplasias que se atendían en los diferentes hospitales pediátricos del Distrito Federal; y fue hasta inicios de los noventa que comenzaron a realizarse los primeros estudios descriptivos y a conocer la incidencia y la tendencia del cáncer en niños,(Fajardo et al, 1999; 2001).

Así, las primeras investigaciones con miras a conocer la epidemiología del cáncer infantil se iniciaroncon un estudio descriptivo de los niños residentes del Distrito Federal, con un estudio multicéntrico, en le que se revisaron los archivos clínicos de los principales hospitales del Distrito Federal que atienden a niños con cáncer (el Hospital Infantil de México ‘Federico Gómez’, Hospital General de México, Instituto Nacional de Pediatría, Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Centro Médico ‘La Raza’,y el Centro Médico Nacional ’20 de

Noviembre'). Éste estudio abarcó un periodo de 10 años, revisándose los archivos del año de 1982 hasta 1991, (op. cit.).

Se encontró que existe una tendencia general al incremento, pues la tasa de incidencia de 1982 fue de 24.08 y para 1991 de 71.7; en éste último año, los grupos de edad con mayor ocurrencia fue para el grupo de uno a cuatro años, seguido de los menores de un año, los de cinco a nueve y por último los de 10 a 14 años.Prevalece el patrón latinoamericano de neoplasias en niños: en primer lugar las leucemias, les siguen los linfomas y en tercer lugar, los tumores del Sistema Nervioso Central, (Fajardo et al, 1999; 2001).

Además, la mayor incidencia se encontró en las delegaciones de Benito Juárez (con una tasa de 155.7) e Iztacalco (con 141.9); la ocupación de los padres fue de obrero o profesionista, y existe un antecedente familiar de 16% del total de casos.

Un estudio realizado con la información recabada anteriormente, describe la frecuencia global del tipo de neoplasias atendidas en los hospitales arriba mencionados, en el que se incluyeron cuatro mil quinientos noventa y cinco casos, divididos en trece tipos de cáncer, mencionando a continuación los principales tipos de tumores según la frecuencia de aparición, de manera general. Se encontró que la leucemia linfoblástica aguda es el tipo de cáncer que se presenta con mayor frecuencia, presentándose con mayor frecuencia entre los dos y cuatro años; los tumores del sistema nervioso central son el segundo tipo de cáncer en niños, apareciendo entre los cuatro y cinco años; la enfermedad de Hodgking es la tercer neoplasia con mayor frecuencia, presentándose entre los cuatro y los ocho años; el retinoblastoma tiene como edad de aparición los dos y tres años; el linfoma de No Hodgking se manifiesta entre los tres y seis años; los tumores óseos entre los diez y catorce años; el tumor de Wilms (tipo de cáncer de riñón,

que afecta principalmente a niños), entre el primer año de vida y los cuatro; en la leucemia mieloblástica aguda no existe un grupo específico de edad de aparición;los tumores en células germinales (o proliferación de células que son formas inmaduras del espermatozoide en testículos o del óvulo en ovarios) tienen aparición entre los dos y tres años; el rabdomiosarcoma (es un tumor maligno que afecta primordialmente garganta, vejiga, próstata o vagina, o generalmente un músculo grande del brazo o la pierna), los tumores del sistema nervioso simpático y los tumores hepáticos, tienen una frecuencia de aparición mayor en niños de entre dos y tres años (Mejía et al, 2005).

Aunado a lo anterior, la frecuencia de las neoplasias se separaron para el análisis, en cinco grupos de edad: los recién nacidos (que se estipularon entre los menores de cuatro meses) se presentaron con mayor frecuencia los retinoblastomas, los tumores del sistema nervioso simpático y la leucemia linfoblástica aguda; el grupo de lactantes (mayores de cuatro meses hasta dos años) presentaron con mayor frecuencia retinoblastomas, leucemia linfoblástica aguda, y tumores en células germinales; en los preescolares (de más de dos años a cinco años) tienen mayor ocurrencia la leucemia linfoblástica aguda, el retinoblastoma y el tumor de Wilms; los escolares (de más de cinco años a once años), presentan frecuentemente leucemia linfoblástica aguda, enfermedad de Hodgking y tumores del sistema nervioso central; y por último, los adolescentes (de más de once años a quince años) presentan con mayor frecuencia leucemia linfoblástica aguda, tumores óseos y tumores del sistema nervioso central. Así, los grupos más afectados, según éste estudio retrospectivo son el de cinco a once años), el de dos a cinco años, y el de adolescentes, de once a quince años, (Mejía et al, 2005).

En éste estudio, ponderan una posible pérdida de información, por la misma naturaleza retrospectiva del estudio, refiriendo que le número de casos identificados pudo estar por debajo de la cifra real de casos, (op. cit.).

De manera general, en los estudios mencionados, se prevé una tendencia al incremento de incidencia de cáncer en niños, por lo que es indispensable la realización de estudios epidemiológicos tendientes a determinar factores de riesgo, con el objetivo de prevenir más que tratar.

1.1.2. Diagnóstico, tratamiento y pronóstico

Diagnóstico

En la mayoría de los casos, el diagnóstico se establece después de la aparición de los síntomas (evidentemente, depende del lugar de crecimiento, del tejido de origen y de la extensión y crecimiento, generándose consecuencias directas en el cuerpo, como el crecimiento tumoral, obstrucción o hemorragias en vías de paso, o una interrupción de la función del órgano vital), con la exploración que el médico realiza; y confirmándose con pruebas y técnicas, como la biopsia (o extracción de tejidos o células para examinarlas al microscopio); técnicas de imagen (ultrasonido, rayos X, radiografía, ecografía); pruebas de bioquímicas (que revelan la presencia de sustancias indicativas de cáncer) e inspección directa (observación en endoscopio, colonoscopía, gastroscopía, laparoscopía).

Tratamiento

De manera evidente, todo tratamiento contra el cáncer tiene por objetivo suprimir o detener el crecimiento del tumor, y segúnel lugar de crecimiento y/o extensión, se adaptará un tipo de tratamiento, o se conjugarán para mayor efectividad.

Actualmente, el tratamiento de un gran número de cánceres sigue siendo quirúrgico,en el que existendos niveles fundamentales: la cirugía preventiva o profiláctica, que se realiza sobre lesiones precancerosas con una amplia posibilidad de convertirse en malignas; y la cirugía curativa o radical, que contempla la extirpación total del tumor, que en sus primeros estadios suele curar completamente el proceso. Sin embargo, contemplando la posibilidad de pequeñas metástasis indetectables en el momento de la operación, la cirugía se suele asociar con radioterapia o quimioterapia.

Otro principal tratamiento en pacientes con cáncer es la quimioterapia, procedimientodonde se utilizan medicamentos que actúan selectivamente sobre las células cancerígenas, destruyéndolas o impidiendo su multiplicación.

Existen cinco clases principales de agentes antineoplásicos: los agentes alquilantes, que sirven primordialmente en células malignas de crecimiento lento; los antimetabolitos, utilizado en células con elevada tasa de proliferación celular, encontrándose muchas de éstas células en la fase de síntesis de ADN del ciclo de crecimiento; los anticancerígenos derivados de las plantas; los antibióticos, que interfieren en la síntesis de ADN; y hormonas y activadores biológicos, que pueden favorecer la función inmunitaria mediante su acción sobre los linfocitos y los macrófagos.

La quimioterapia consta de ciertos principios básicos, fundamentales para el tratamiento:

- Las células cancerosas deben ser sensibles a los medicamentos.
- El fármaco debe ser capaz de alcanzar a la célula maligna.

- Si el fármaco es eficaz en una fase del ciclo celular, se debe administrar con la frecuencia necesaria para que todas las células tumorales que entren en ésa fase reciban el fármaco.
- Se deben destruir las células malignas antes de que aparezca resistencia farmacológica. Dicha resistencia puede deberse a factores ambientales o locales que limitan la destrucción de las células y ser temporal, o presentarse resistencia permanente al fármaco, debido múltiples causas, entre las más comunes, el aumento de la inactivación intracelular del fármaco; el aumento en la eliminación del fármaco; al aumento en el número de enzimas específicas, o al aumento en la capacidad de reparación del ADN.
- Es de suma importancia la intensidad de la dosis aplicada.

Sin embargo, la quimioterapia tiene efectos importantes en los tejidos normales, especialmente en las células que se dividen rápidamente, afectando tejidos como la médula ósea, la mucosa intestinal, los folículos pilosos (lo que genera calvicie) y la boca; manifestándose éstos efectos según la característica de la neoplasia, la dosis empleada y los rasgos propios del paciente. Los efectos más destacados son:

- Náuseas y vómito: los factores que influyen en la aparición y gravedad son la naturaleza del fármaco, la dosis empleada, la pauta de administración, el momento del día en que se administra, la velocidad de la administración, la combinación de fármacos empleados, y los aspectos psicológicos, como los vómitos anticipados antes de recibir el fármaco.
- Estomatitis y mucositis: como respuesta a los medicamentos administrados, se presenta la inflamación de la mucosa bucal. Dichas inflamaciones pueden complicarse y llegar a aparecer ulceraciones dolorosas e infecciones secundarias, generando complicaciones como hemorragias, así comodesnutrición y/o deshidratación(por el dolor al momento de ingerir alimentos).

- Alopecia: debido a que los medicamentos antineoplásicos atacan los folículos pilosos, se genera la calvicie. Con frecuencia, éste efecto secundario al tratamiento el que ocasiona más trastornos psicológicos.
- Efectos en aparato reproductor:las alteraciones más frecuentes en las mujeres es la alteracióndel ciclo menstrual (llegándose a presentar menopausia prematura en algunos casos), y azoospermia en varones.
- Alteraciones en la función medular: los efectos de los medicamentos pueden producir una hipoplasia medular, o disminuir la función de la médula (generar células sanguíneas, como los eritrocitos, plaquetas y la mayor parte de los leucocitos). Sin embargo, estas funciones suelen recuperarse unos días después de dejar el tratamiento.

Otro método terapéutico que la medicina ortodoxa plantea para pacientes con cáncer es la radioterapia, que pretende la curación del tumor mediante radiaciones ionizantes que actúan sobre el organismo, produciendo un efecto que afecta tanto a las células normales como a las malignas. Dependiendo del momento de su aplicación, se diferencia entre radioterapia preoperatoria, postoperatoria y paliativa.

El trasplante de médula ósea, es un tratamiento que de manera característica se realiza en casos de neoplasias hematológicas, como las leucemias y los linfomas, el cual consiste en la infusión de médula ósea con la intención de que las células madre pluripotenciales reinstauren una hematopoyesis fisiológica en el receptor. Se diferencian tres tipos de trasplante, de acuerdo a la procedencia de la médula ósea del donante. Por ejemplo: el trasplante de médula ósea singénico, siendo de un gemelo la procedencia de la médula; lo cual es idéntico desde un punto de vista genético e inmunológico; el trasplante de médula ósea alogénico es cuando el donante y receptor comparten

una similitud dentro del sistema de histocompatibilidad; y el trasplante de médula ósea autólogo, donde se recoge la propia médula del paciente, se crioconserva y se infunde en el momento más apropiado.

Entre los problemas que presenta el trasplante de médula ósea, se encuentran los efectos tóxicos que se presentan en otros órganos y tejidos; el fallo en el injerto, donde existe incapacidad de la médula trasplantada para recuperar la generación de células hemáticas en el receptor; la enfermedad del injerto contra huésped, que se presenta cuando las células inmunológicas del donante atacan los tejidos del receptor; se presentan también problemas de infección bacteriana o viral; de igual manera, las neumonías son frecuentes, debido a la baja de células que defiendan al organismo; así, en el trasplante de médula ósea autólogo, pueden presentarse recaídas debido a la presencia de células oncológicas.

2. NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS

En este apartado se tratarán las neoplasias relacionadas al tejido sanguíneo que aquejan con mayor frecuencia a la población infantil mexicana, de manera particular los linfomas y las leucemias. Brevemente, se hablará muy general de los linfomas para pasar posteriormente a las leucemias, tema de nuestro interés.

2.1.1. Linfomas

Los linfomasson neoplasias en las células del tejido linfoide (que se encuentra sobre todo en los ganglios linfáticos y el bazo)y se multiplican sin control.

El sistema linfático está constituido por un sistema de vasos que drenan un líquido denominado *linfa* (el cual contiene linfocitos, proteínas y grasa, de ahí su nombre de vasos linfáticos), que se encuentra acumulado fuera de los vasos sanguíneos y en los espacios intercelulares, lo recoge y devuelve al torrente sanguíneo. Éste sistema forma parte del sistema inmunitario, desempeñando un papel principal en las defensas del organismo contra infecciones, cáncer e incluso son responsables en el rechazo de órganos o tejidos trasplantados. De manera particular, los linfocitos es un grupo de leucocitos o glóbulos blancos, de gran importancia para la adaptación del sistema inmunitario, pues son importantes para la defensa general del organismo ante cuerpos invasores, ya sea como agentes ‘asesinos’ o simplemente como ‘banco de memoria’ de antígenos que anteriormente fueron combatidos, que permitirá combatir con mayor eficacia una nueva invasión de cuerpos extraños.A lo largo de los vasos linfáticos, se encuentran los ganglios linfáticos, que son filtros que a través de ellos circula la linfa y otros cuerpos ajenos a la linfa, como desechos celulares, bacterias o virus invasores, siendo destruidos en los ganglios por los linfocitos.

Así, los linfomas se dividen en Linfoma de Hodgkin y Linfoma de no Hodgkin. En 90% de los casos los linfomas de Hodgkin tienen su origen en los

ganglios linfáticos, y el 10% son de etiología extraganglionar. En los Linfomas de no Hodgkin, el 60% se originan en los ganglios linfáticos y el 40% son de origen extraganglionar, (Murphy, Lawrence y Lenhard, 2002).

Los Linfomas de no Hodgkinson las neoplasias del sistema inmunitario que poseen características clínicas variables, que van desde linfomas de evolución indolente estables por años, hasta manifestaciones claramente agresivas y que pueden ocasionar rápidamente la muerte.

Los Linfomas de Hodgkin constituyen un trastorno maligno singular que surge de los ganglios linfáticos. La principal característica es que los linfocitos y las células atípicas (también llamadas células no diferenciadas) se infiltran en los ganglios, destruyéndolos. Los Linfomas tienen un curso progresivo lento, y en el mayor número de casos, maligno, (Murphy, Lawrence y Lenhard, 2002; Moro Gutiérrez, L., 1994).

Por lo general, los pacientes presentan síntomas como agrandamiento indoloro, sea en alguna zona en particular o generalizada de los ganglios linfáticos, aunque inicialmente se llega a consulta por alguna lesión en pulmón, huesos, aparato digestivo y piel. Además, algunos pacientes presentan fiebres, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso por encima del 10% de su peso total.

Generalmente los signos patológicos no causan preocupación por su misma propiedad indolora, hasta que la masa o grupo de ganglios ha aumentado considerablemente de tamaño y es preocupante la pérdida persistente de peso. A medida que la enfermedad progresa, se deteriora el sistema linfático, siendo muy vulnerable a infecciones triviales o comunes en una persona sana, así como la manifestación síntomas originados por la afectación de otros órganos, como

dificultades respiratorias, por afectación en pulmones; inflamación y dolor abdominal, así como eliminación de heces parecidas al alquitrán o vómitos de sangre, por afectación debazo e hígado.

Existen tres grupos pronóstico: grado bajo, con un pronóstico favorable; grado intermedio, con pronóstico intermedio, y grado alto, con pronóstico desfavorable.Así, los linfomas de grado bajo son indoloros, mientras que los de grado intermedio y alto son muy agresivos y fatales si no se atiendenParadójicamente, los primeros estadios del Linfoma no Hodgkin responde parcialmente al tratamiento y rara vez hay remisión del linfoma, contrario a los linfomas más agresivos, que responden mejor a la quimioterapia; en cambio el Linfoma de Hodgkin tiene mejor pronóstico en los primeros grados o estadios, y un desfavorablepronóstico en grados más avanzados, cuando hay afectaciones en otros órganos; sin embargo, se estima que con el tratamiento adecuado puede lograrse una supervivencia a cinco años,(Moro Gutiérrez, L., 1994).

Un dato preciso de señalar, es que los linfomas ocupan el segundo lugar en incidencia de cáncer infantil en México, después de las leucemias, (Mejía Aranguré et al, 2005).

2.1.2. Leucemias

Como esbozo histórico, el descubrimiento de la leucemia se remonta a la primera mitad del siglo XIX, con las primeras descripciones de Velpeau en 1827, quien observó en un paciente adulto fiebre, fatiga y crecimiento abdominal. En la autopsia, descubrióque el hígado y el bazo estaban muy grandes, llegando a pesar éste último 4 kilos. En sus descripciones, relata que “la sangre era como una papilla de avena que recordaba la consistencia y el color de las levaduras del vino tinto”. Aunado a esto, Donné era la primera persona en observar y describir

las células leucémicas bajo el microscopio; observó unos “glóbulos mucosos parecidos a la pus”. Era el año de 1839, (Jiménez Bonilla, 2004).

Sin embargo, los estudios iniciales con pacientes leucémicos vivosse realizaron en 1845, por tres contemporáneos, por un lado Bennett y Craigie en Escocia, y por otro Virchow en Alemania, (op. cit.).

Virchow fue quien propuso que la leucemia era una enfermedad ‘autónoma’, deduciendo que tenía su origen en la producción de células sanguíneas dela médula ósea, con afectación a determinadosórganos.Como resultado,introdujo el término *leucemia* a ésta patología recién descubierta, término que actualmente se sigue empleando. Para 1903, la leucemia se clasificaba en *aguda* y *crónica*, (MolinésHonrubia, 2001; Jiménez Bonilla, 2004)

Sin embargo, es necesario precisar qué células se ven afectadas en la leucemia.

Las células sanguíneas se forman en la médula ósea mediante una serie de divisiones a partir de una única célula llamada célula primitiva o célula madre, principalmente en la médula roja, que es más activa que la amarilla (ésta produce algunos leucocitos, pero está compuesta por tejido conectivo y grasa). Al nacimiento, la médula roja se encuentra en todos los huesos, siendo sustituida gradualmente por la médula amarilla conforme se desarrolla el cuerpo, hasta llegar a la adultez, donde se localiza especialmente en la columna vertebral, el esternón, las costillas, clavículas, pelvis, los omóplatos y el cráneo.

Estas células diferenciadas comprenden los eritrocitos o glóbulos rojos, plaquetas y glóbulos blancos o leucocitos. Los eritrocitos o glóbulos rojos constituyen cerca del 40% del volumen normal de sangre y se contabilizan 5 millones por milímetro cúbico; éstos tardan en formarse 5 díasaproximadamente a partir de la célula primitiva, y su ciclo de vida es cerca de 120 días, siendo recolectados en bazoo hígado para su destrucción por los fagotitos, una especie de leucocitos. La principal función de los eritrocitos es el transporte de oxígeno de los pulmones por medio de la hemoglobina (una proteína que contiene hierro, y responsable del color de la sangre), que 'fija' el oxígeno par liberarlo a los diversos tejidos del cuerpo que poseen una baja concentración de oxígeno, y la recolección de dióxido de carbono desde lo tejidos hasta los pulmones para su expulsión al exterior. De ahí que la intensidad del color de la sangre varíe según estén saturadas de oxígeno, como la sangre 'brillante' que recorre las arterias, o libres del elemento, como la que recorre las venas.

También poseen enzimas, minerales y azúcares que proporcionan la energía para mantener la forma, estructura y elasticidad de las células y los tejidos del cuerpo.

Las plaquetasse originan en la médula ósea a partir de la célula madre o primitiva, se cuentan aproximadamente 250,000 por milímetro cúbico y sobreviven 9 días.Generalmente son células inactivas, pero en circunstancias determinadas se fijan a las paredes de los vasos sanguíneos y se adhieren unas a otras, siendo importante éste hecho, ya que permiten la detención de hemorragias y el proceso de coagulación.

Los leucocitos tienen como función primordial proteger al organismo contra infecciones. Se contabilizan aproximadamente 7,500 por milímetro cúbico de

sangre. Existen 3 tipos fundamentales de leucocitos: granulocitos, monocitos y linfocitos.

Los granulocitos son de tres tipos: neutrófilos, basófilos y eosinófilos. Los neutrófilos constituyen hasta el 60% de los leucocitos. Éstos son responsables del aislamiento y la eliminación de bacterias invasoras, principalmente en infecciones agudas, por un proceso llamado fagocitosis, proceso en se que engloba al agente extraño y lo destruyen. Los neutrófilos permanecen en la sangre por 9 días aproximadamente. Los basófilos y eosinófilos intervienen en reacciones alérgicas expulsando gránulos de histamina como reacción a determinadas sustancias del ambiente, y aumentan de número en algunas infecciones parasitarias.

Los monocitos son fagocitos que pueden salir de los vasos sanguíneos para llegar a los tejidos donde hay algún cuerpo extraño, como virus o bacterias.

Por último, los linfocitos se forman en gran número en los ganglios linfáticos, bazo y timo en vez de la médula ósea. Recorren todo el organismo a través del torrente sanguíneo, los ganglios y canales linfáticos, siendo de importancia crucial en la parte adaptativa del sistema inmunitario del organismo. La parte adaptativa del sistema inmunitario constituye una defensa específica cuando los organismos invasores peligrosos penetran en las defensas generales del organismo, y la información de éstos invasores ha sido proporcionado por otros leucocitos. De manera específica, los linfocitos protegen al cuerpo contra el desarrollo de tumores y son responsables del rechazo de tejido en los trasplantes de órganos.

Existen dos tipos principales de linfocitos: linfocitos B y linfocitos T.

Cuando el sistema inmunitario encuentra un antígeno, los linfocitos B son estimulados para que aumenten de tamaño y se dividan, transformándose en células plasmáticas. Estas células liberan anticuerpos específicos para el microorganismo registrado como invasor adhiriéndose a su superficie, destruyéndolo. El 10% de los linfocitos circulantes en torrente sanguíneo pertenece a éste tipo.

Los linfocitos T son un grupo especial de leucocitos que derivan del timo, donde fueron ‘entrenados’ para llevar a cabo una función especial; a éste grupo pertenece cerca del 80% de linfocitos circulantes, y pueden sobrevivir durante muchos años. Hay dos tipos principales de linfocitos T: ‘asesinos’ y colaboradores. Los linfocitos T ‘asesinos’ son estimulados a multiplicarse a partir de antígenos presentes sobre células anormales del organismo, es decir, atacan a células invadidas por virus, células de tejidos transplantados, y células tumorales, por ejemplo. A diferencia de los linfocitos B, los ‘asesinos’ no producen anticuerpos, sino que se desplazan hasta las células reconocidas como anormales y se pegan a ellas, liberando una sustancia química llamada linfoquina, que ayuda a destruir a la célula anormal. Los linfocitos T colaboradores aumentan la actividad de las células ‘asesinas’, y sirven como ‘bancos de memoria’ para los distintos antígenos a los que el cuerpo se ha visto sometido.

Así, la leucemia es una proliferación desorganizada de leucocitos que se encuentran diseminados por todo el cuerpo, más que agrupadas en un único tumor, de manera particular en la médula ósea y tejidos linfáticos interfiriendo en la generación de otras células sanguíneas (como eritrocitos, plaquetas y leucocitos, debido ala ‘invasión’ y desplazamiento que padecen por la multitud de células leucémicas)y el funcionamiento normal del sistema inmunológico, convirtiendo al

paciente en un blanco fácil de infecciones graves, anemia y trastornos en vías respiratorias y el aparato digestivo.Órganos como el hígado, el bazo, los ganglios linfáticos, los testículos y el cerebro pueden dejar de funcionar de manera adecuada al ser infiltrados por estas células.El proceso que conlleva la proliferación exacerbada de leucocitos implica una baja y reducción en su capacidad debido a que estos órganos se encargan de eliminarloso desecharlos.

2.1.2.1. Clasificación

Las leucemias se clasifican en agudas y crónicas. La diferencia consiste en que la leucemia aguda prolifera y se desarrollamás rápidamente que la leucemia crónica; sin embargo, debido al avance en los tratamientos hicieron que este esquema adquiera otro sentido. Entonces, la leucemia aguda implica la proliferación maligna de células inmaduras (o blastos) y la leucemia crónica consiste en la proliferación de células predominantemente maduras o ya diferenciadas, (Murphy, Lawrence y Lenhard, 2002).

También se clasifican según el tipo de leucocitos que estén proliferando anormalmente: si las células anormales derivan de los linfocitos o de sus antecesores inmaduros (linfoblastos), se denomina leucemia linfoblástica; si la leucemia deriva de los otros leucocitos o de sus precursores, se denomina leucemia mieloide, mieloblástica o granulocítica, según la célula específica de cual se trate, así como el grado de diferenciación y maduración.

De esta manera, tenemos la siguiente clasificación:

Tabla 3. Clasificación de las leucemias infantiles según los criterios Franco-Americano-Británico (FAB)

Designación	Características importantes
LLA 1 común o B-precoz	Blastos pequeños con citoplasma escaso, cromatina nuclear homogénea, núcleos de forma regular y nucléolos poco prominentes
LLA 2	Blastos grandes con aumento de citoplasma, núcleo de forma irregular y nucléolos
LLA 3 o Tipo B	Blastos grandes con cromatina nuclear finamente granular y homogénea, núcleos en forma regular, nucléolos prominentes y citoplasma intensamente basófilo y vacuolado
LMA 0	Mínima diferenciación mieloide
LMA 1	Mieloblastos poco diferenciados con ocasionales bastones Auer
LMA 2	Mieloblastos con diferenciación y bastones de Auer más prominentes
LMA 3	Promielocitos con intensa granulación y haces de bastones de Auer
LMA 4	Diferenciación mieloblástica y monoblástica en distintas proporciones
LMA 5	Monoblástica
LMA 6	Eritroleucemia con disertripoyesis inusual y características megaloblásticas
LMA 7	Megacarioblástica con fibrosis de médula ósea

De acuerdo con esta clasificación morfológica de las células leucémicas, los médicos oncólogos saben ante qué tipo de leucemia están enfrentando, las posibles formas de tratamiento, sus complicaciones y el pronóstico que le corresponde a cada categorización.

2.1.2.2. Cuadro clínico, evolución, pronóstico y tratamiento

De manera general, los pacientes con leucemia aguda, presentan encías sangrantes, por la insuficiente producción de plaquetas; dolor de huesos, debido a la ocupación de células leucémicas en la médula ósea;hemorragias, hematomas y/o contusiones frecuentes que consecuencia del bajo índice de plaquetas; anemia, por la baja producción de glóbulos rojos; cansancio, dificultad para respirar, desmayos y palidez debido a la anemia, así como cefaleas; infecciones frecuentes, por la deficiencia en el sistema inmunológico.

Por su parte, las leucemias crónicas son asintomáticas o los síntomas evolucionan muy lentamente. Conforme avanza la leucemia, frecuentemente hay malestar general, cansancio crónico, anorexia, sudoraciones nocturnas y pérdida de peso. Si el número de células leucémicas aumenta, la sangre puede volverse excesivamente viscosa, afectándose el aporte sanguíneo a los órganos y tejidos.La siguiente fase de la leucemia crónica presenta síntomas similares a las de la leucemia aguda, generándose en múltiples ocasiones molestias abdominales continuas por el agrandamiento del bazo y/o hígado, así como dolores renales.

Las complicaciones tales de la leucemia desencadenan en infecciones o dificultades de otros órganos que terminan con la vida del paciente, variando en tiempo según el cuadro y tipo de leucemia. Por ejemplo, en las leucemias linfoblásticas crónicas van desde los estadios primeros, que regularmente no necesitan tratamiento, teniendo remisión total de la leucemia, hasta el último estadio de la enfermedad, en que es reservado el pronóstico siendo la supervivencia inferior a 2 años. En las linfoblásticas agudas, el 60% de los niños afectados están vivos a los cinco años después de la remisión.

Generalmente, la leucemia suele detectarse en exámenes médicos exploratorios de rutina, siendo evidentes en la exploración física cuadros de fiebre, inflamación abdominal. Sin embargo, el diagnóstico de la leucemia se da por recuento histocitológico de la sangre, especialmente de leucocitos. Si el recuento citológico devela un anormal número de células, procederá a realizan un aspirado o biopsia de médula ósea, que le ayudará al médico a confirmar la presencia de un número anormal de células leucémicas. Otra forma de diagnóstico, es la punción lumbar, en donde se examina el líquido cefalorraquídeo para buscar células anormales.

En cuanto el tratamiento de las leucemias, comúnmente se emplea la quimioterapia, la radioterapia y el trasplante de médula ósea, cuyos elementos y propiedades de cada una fueron abordados anteriormente.

Debe decidirse si el objetivo es curativo o simplemente paliativo. En el tratamiento curativo, lo que se busca es erradicar las células cancerígenas, destruyéndolas o impidiendo su crecimiento. Se habla de remisión cuando en el conteo de blastos es menor de 5% en médula ósea, ausencia de células leucémicas en la sangre y se han normalizado los recuentos de células hemáticas. En el tratamiento paliativo se tiene por objeto contrarrestar las complicaciones de la leucemia, ya sea estando muy avanzada o evitando llegar a éste estadio, inhibiendo la rapidez de crecimiento de las células leucémicas, (Murphy, Lawrence y Lenhard, 2002; Moro Gutiérrez, 1994).

2.1.2.3. Estadísticas descriptivas y tendencias a nivel mundial y nacional

En Estados Unidos de Norteamérica y Europa, predominan los casos de leucemia, los tumores en sistema nervioso central y los linfomas; en Latinoamérica, predominan las leucemias, los linfomas y los tumores del sistema nervioso central; en África predominan los linfomas y en segundo lugar las leucemias. En Asia, particularmente en Japón y Hong Kong, las leucemias presentan una tendencia ascendente. En Nueva Zelanda y Australia, las tendencias a la leucemia están en descenso.Sin embargo, las leucemias repuntan en primer lugar a nivel mundial seguido de los linfomas y tumores del Sistema Nervioso Central (Fajardo et al, 1999).(Véase Tabla4).

Tabla4. Incidencia mundial [a] según tipo de neoplasia

	Tipos de neoplasias	Tasa (variación[b])
I.	Leucemias	15,0–50,0
II.	Linfomas	
	Enfermedad de Hodgkin	2,7–14,8
	Linfomas no Hodgkin	2,7–14,5
III.	Tumores del sistema nervioso central	20,0–30,0
IV.	Tumores del sistema nervioso simpático	3,1–12,6
V.	Retinoblastoma	3,0–5,0
VI.	Tumores renales	6,0–9,0
VII.	Tumores hepáticos	0,5–1,5
VIII.	Tumores óseos	2,0–3,5
IX.	Tumores de los tejidos blandos	3,0–5,0
X.	Tumores de células germinales	0,5–5,8
XI.	Carcinomas	0,5–2,0
XII.	No especificados	0,5

[a]. Casos por millón.

[b]. Variabilidad de la incidencia a nivel mundial.

Fuente: International Journal of Cancer. 1988.

Se retoma de nuevo el cuadro para recordar el lugar que la leucemia ocupa dentro de las neoplasias a nivel mundial y su relación con el panorama que se vive en cáncer en México, que vale la pena decir,existe un rezago en el estudio de las neoplasias.No es sinoa principios de la década de los noventas del siglo pasado quediversos estudios (fundamentalmente retrospectivos) revelaron datos que sitúan a la leucemia como principal motivo de atención a niños con cáncer y ubican a México dentro del panorama mundialde neoplasias infantilescon un patrón de incidencia parecido al de Europa y Estados Unidos: en primer lugar leucemia, linfoma, y tumores del Sistema Nervioso Central, que en el cuadro anterior, las leucemias y los tumores del sistema nervioso son los más frecuentes, (Mejía Aranguré et al., 2005).

En continuo, Rizo Ríos et al. (2005), mencionan que la mortalidad en países desarrollados, las tendencias de mortalidad en cáncer infantil van en decremento, contrario a los países en vías de desarrollo como México, en donde se presenta un patrón ascendente en las neoplasias malignas.

Los mismos autores, mencionan que en un período de estudio que va de 1998 al 2002, se registraron 275,601 defunciones por cáncer en el país, de los cuales 11. 393 corresponden a menores de 20 años. Las muertes por leucemia fueron de 5,822 casos; más de la mitad de defunciones en menores de 20 años.

Del total de defunciones por leucemia, se presentaron 3,255 en hombres (56%), y 2,567 muertes en mujeres (44%). Los grupos que presentaron mayor índice de defunciones, fueron los de 10 a 14 años, con 1,538 casos, seguidos de los de 5 a 9 años, con 1,546.

Tabla5. Defunciones por neoplasias malignas. México, 1998-2002

Año	*Defunciones por neoplasias malignas en la población general*	*Defunciones por neoplasias malignas en menores de 20 años*	*Porcentaje (%)*	*Defunciones por leucemias en menores de 20 años*	*Porcentaje (%)*
1998	52,670	2,261	4.3	1,180	52.2
1999	53,662	2,257	4.2	1,153	51.1
2000	54,996	2,267	4.1	1,190	52.5
2001	56,201	2,272	4.0	1,134	49.9
2002	58,072	2,336	4.0	1,165	49.9
Total	275, 601	11,393	4.1	5,822	51.1

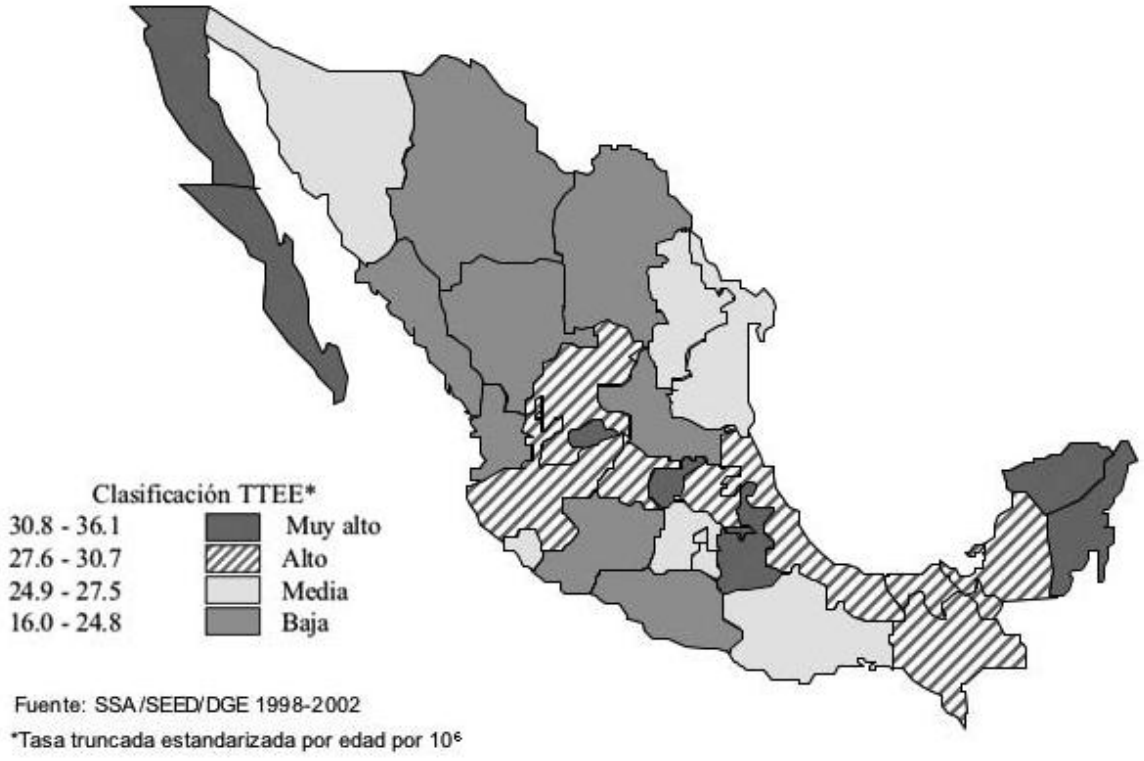
Fuente: Boletín Médico del Hospital infantil de México, (2005;Vol. 62, pág. 12) SEED/DGE/SSA 1998-2002

Bajo éste tenor, los estados con una tasa muy alta de índice de defunciones son: Quintana Roo, Aguascalientes, Tlaxcala, Baja California, Puebla, Querétaro, Baja California Sur y Yucatán, siendo Quintana Roo y Puebla quienes presentan un porcentajesignificativamente mayor que el porcentaje nacional.Por otro lado, Durango y Guerrero presentan una tasa mínima de riesgo de morir por leucemia, comparada a la totalidad de los demás estados, (ver figura 2).

Cabe señalar que no existe una estadística que indique de manera certera o exacta en qué estados se presentan con mayor incidencia las muertes por leucemia infantil, sino que son estimaciones realizadas por los casos que se atienden, quedando sin registrar los casos de leucemia que por lo avanzado de dicha enfermedad quedan sin reconocer.

Del total de defunciones por leucemia, se presentaron 3,255 en hombres (56%), y 2,567 muertes en mujeres (44%). Los grupos que presentaron mayor índice de defunciones, fueron los de 10 a 14 años, con 1,538 casos, seguidos de los de 5 a 9 años, con 1,546.

Figura 2. Distribución de defunciones por leucemias en menores de 20 años. México, 1998-2002



Fuente: Boletín Médico del Hospital infantil de México, (2005;Vol. 62, pág. 12) SEED/DGE/SSA 1998-2002

Específicamente en el Distrito Federal, las delegaciones de Tlalpan, Xochimilco y Coyoacán, presentan un mayor índice de casos de leucemia linfoblástica aguda, contrario a las delegaciones de Gustavo A. Madero, Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo y Azcapotzalco, con menos índice de casos en el Distrito Federal (Mejía Aranguré et al., 2000).

Sin embargo, contrario a los resultados que a lo largo de casi 20 años de investigación de las neoplasias en México, que los diversos estudios han arrojado, es preciso mencionar que la mayoría toma como referencia los casos registrados en los hospitales de tercer nivel, que precisamente brindan servicio a éste tipo de pacientes, excluyendo los casos que se presentan en el resto la población mexicana, a lo largo y ancho del país.

En este sentido, el INEGI, a propósito del día mundial contra el cáncer, presenta estadísticas nada alentadoras, pues según sus registros, los decesos por cáncer en población menor a los 20 años ascienden a 22,434 casos, de los cuales, 10,680 son debidos a leucemia, (INEGI, 2009).

3. UN NUEVO ABORDAJE DE LO CORPORAL

3.1 Modelo médico alópata: fundamentos, alcances y limitaciones

Fundamentos:

La medicina su existencia en la Tierra prácticamente desde que el hombre habita en ella. Los registros de antiguas tradiciones sitúan sus primeros registros y la transmisión de los conocimientos médicos con 5000 años de antigüedad, en el Antiguo Egipto, India y China, (Lugo Olín, 1998).

Los conocimientos adquiridos relacionados al cuerpo humano, sus procesos y vericuetos, fueron incorporándose por medio de la observación del funcionamiento de los procesos orgánicos, lo que le hacía daño o le era de beneficio al ingerir los elementos de la Tierra que le rodeaban: alimentos derivados de los animales, hierbas, semillas, frutos, agua, etc., dejando constancia de estos conocimientos por tradición oral, y dependiendo de la zona geográfica, la cultura y la época, en escritos y textos.

En el caso particular de China, los registros y teorías respecto a la medicina, fueron recogidos en obras clásicas como el *DaoZang* o el *Huang Di NeiJing*, textos que recopilan el entendimiento del cuerpo: sus funciones fisiológicas, su estructura anatómica, las funciones de los órganos y vísceras, el descubrimiento de ‘canales energéticos’ y del ‘Chi’ en el interior del cuerpo, (Cheng Yang, 2003).

En Europa, la medicina suena con mayor ejercicio y estudio de la misma en la cultura helénica: diversos filósofos consideraron que el ser humano estaba constituido por elementos como la tierra, el fuego, el agua y el viento; cualquier desequilibrio conllevaría a la enfermedad, por lo que era necesario restablecer el orden entre los elementos. Además, en la mitología, podremos encontrar remedios, rituales o la adquisición de elementos muy específicos para obtener la salud: la sangre de Gorgona, la adquisición de hierbas, etc.

En la actualidad, existe una gran influencia en la medicina tradicional de la antigua medicina griega: basta recordar que el término “higiene” proviene del nombre “Hygios”, hija del dios de la medicina, Asclepio, Lugo Olín, op. cit.).

De acuerdo a su contexto, cada cultura ha incorporado, significado y representado la medicina de acuerdo a su visión del mundo su forma de concebir y vivir la vida, su filosofía, su pensamiento religioso; elementos que constituyen una corriente indivisa e interrelacionada: van de la mano y son vistas como una propuesta única.

La raíz epistemológica de las ciencias, hasta el siglo XVII, fue, en esencia, un paradigma religioso: toda respuesta ante los hechos y acontecimientos de la vida, estaban fundamentados en el ‘por qué’, en el *Logos* o sentido; existía una conciencia participativa, un involucramiento e identificación con el ambiente, un sentido de ser y estar en el mundo, (Berman, 1987).

Desde las reflexiones hechas por los antiguos filósofos griegos hasta la Edad Media, la gran influencia de la Iglesia cristiana católica en las ciencias, mantuvo una homogeneización del saber, pues el conocimiento se centró en las órdenes monásticas: filosofía, teología, medicina, historia, física, biología, (vale la pena citar la película *El nombre de la rosa*, donde se recrea el ambiente de un monasterio de la Edad Media, que posee una enorme biblioteca con un sinfín de volúmenes de libros con temas diversos).La primera universidad separada del contexto monacal fue la de Montpellier, en donde conjuntaron conocimientos latinos, griegos y musulmanes. Con esta primera institución, se constituye el acceso al conocimiento sin que sea necesario pertenecer al clero. Es a partir de esta primera universidad que comienzan a difundirse las universidades por toda Europa, (Lugo Olín, 1998).

De esta manera, el acceso al estudio y conocimiento de las diversas disciplinas comienzan a generar reflexiones y nuevos planteamientos con relación a los diversos temas, muchos de ellos, especulativos en torno a la naturaleza y a la religión.

El creciente interés por el estudio de las matemáticas, comenzó a generar nuevas formas de pensamiento y de ‘lenguaje’ entre los estudiosos. Imprescindible mencionar a René Descartes. En palabras de Morris Berman (1987):

> “Descartes demostró que las matemáticas eran el epítome de la razón pura, el conocimiento más confiable de que podíamos disponer. […] Descartes considera la certeza como equivalente a la medición y quiere que la ciencia se convierta en una ‘matemática universal’.”.

Así, las matemáticas son propuestas como forma de lenguaje más confiable de aprehender la realidad, de tener certeza de la naturaleza. Para Descartes, la ciencia debía convertirse en la única prueba de certidumbre. Para llegar a esta certidumbre, Morris Berman (op.cit.)menciona que Descartes propone un método basado en la geometría para adquirir el conocimiento. Primero, dice, es necesario enunciar el problema; luego, se divide el problema en partes más simples; dado que estas unidades simples pueden darnos claridad, se rearma la estructura total de manera lógica. Con este método, todo problema, aunque complejo, es por nosotros desvelado. Conocido como el 'método científico', también puede ser llamado 'atomístico', pues el conocer consiste en subdividir una cosa en sus componentes más pequeños.

Su forma de aproximarse a la naturaleza generó en Descartes la sensación de que es la única forma de poder arribar a todo conocimiento del mundo. El proceso sistemático del método lo lleva a determinar que toda actividad pensante del hombre es igual: sistemática y 'mecánica'. Si esto es cierto, desde esta óptica el universo es una enorme máquina y la naturaleza de igual forma tiene un comportamiento mecánico. Así, en relación con el conocimiento del cuerpo, la forma de abordar y estudiarlo en nada es diferente a la forma de estudio que propuso Descartes. De ahí que en la actualidad la forma de estudiar, entender y atender el cuerpo esté en las llamadas 'especialidades' o 'superespecialidades': esto quiere decir que habrá un especialista dedicado a la atención de sólo una parte, desinteresándose por la relación que tiene con otros órganos, partes, etc., y enfocándose a resolver lo que no funciona en el órgano o parte que estudiaron.

Tal fragmentación ha llegado al absurdo incluso de especializarse en el ventrículo izquierdo del corazón, del primer lóbulo el hígado o sólo ser del conocedor de las funciones duodeno, por ejemplo, sin tener en cuenta (quizá llamaríamos 'desconocer') que tal división no existe, que sólo fue 'didáctica': fue un

método que se creó para tener una aproximación más certera de llegar a la “verdad absoluta”.

Berman (1987) menciona que Descartes propone lo siguiente: “Para conocer la naturaleza, trátala mecánicamente; pero para ello tu mente también tiene que portarse en forma igualmente mecánica.”. Así, va sugiriéndose una nueva forma de pensar, de razonar y de ver la naturaleza y de ver asimismo los procesos mentales: mecánicos. Sigue describiendo el pensamiento descartesiano:

> “La actividad del hombre como un ser pensante –y esta es su esencia, de acuerdo con Descartes— es puramente mecánica. La mente está en posesión de cierto método. Más aún, el método también es mecánico. El problema se divide en sus componentes, y el simple acto de la cognición (la percepción directa) tiene la misma relación con el conocimiento de todo el problema.” (Berman, 1987).

Propone una visión “mecánica” de ver el mundo; luego la lleva a la actividad del pensamiento, marcando que es “esencialmente mecánica”. Entonces, si la esencia del pensamiento es mecánico, el método de conocimiento es igual de mecánico: posee determinadas características que van secuenciándose una tras otra, lo que lleva a no admitir ‘errores’ en el pensamiento, pues lleva un proceso cuya sucesión de pasos es conocida, por eso, sostiene Descartes que “el paradigma no permite auto-contradicciones”.

Dentro de sus reflexiones relacionadas al nuevo método de aproximación a la naturaleza, Descartes pensaba que la identificación de la existencia humana con el raciocinio puro, la idea de que el hombre puede saber todo lo que le es

dado por vía de su razón, le llevó a concluir que la mente y el cuerpo eran entidades radicalmente dispares, de ahí su frase célebre “Pienso, luego existo”.

Las distintas disciplinas existentes en los siglos XVII y XVIII comenzaron a abordar sus campos de estudio con este nuevo paradigma filosófico y científico, llamado “mecanisista”, teniendo en el siglo XIX un gran auge y esplendor. Desarrollaron conocimiento y realizaban descubrimientos significativos que iban validando al método científico como fuente única de adquirir conocimiento real. Primero, comenzaron las ciencias como la física, las matemáticas, la medicina, la biología, la economía… siguiendo con ello (o por lo menos el intento) de intentar explicar y desarrollar conocimiento en las ciencias sociales y humanísticas; ejemplo de ello la antropología y sociología que se valió de la biología (en especial muchos de los eruditos tomaron como base la teoría de evolución de las especies de Charles Darwin) para explicar la diversidad razas y culturas humanas en ese tiempo conocidas, dando como resultado una “superioridad de evolución” de Europa comparado con las demás culturas de los otros continentes que no tenían el mismo nivel social, tecnológico, de pensamiento, científico ni de modernidad.

Berman (1987), dice:

> “La ciencia adquirió su poder explicativo y factual, sólo dentro de un contexto que era ‘congruente’ con esas explicaciones y hechos. Por esta razón, será necesario considerar a la ciencia como un sistema de pensamiento adecuado a una cierta época histórica; tendremos que intentar separarnos de la impresión corriente de que es una verdad absoluta, transcultural”.(Berman, 1987).

Resulta evidente que el método científico se permeó en la forma de ver el mundo y comprenderlo, sino que también se hizo patente en la forma de experienciar y asumir la vida de no sólo académicos, sino también de la gente común. Sin embargo, filósofos como Sören Kierkegaard (1813-1855) estaban en contra de la visión mecanicista y objetiva, haciendo énfasis que este método resulta inadecuado, en especial en las ciencias sociales y las relaciones humanas. Vale la pena citar un extracto de su libro “Diapsálmata”:

> “El pensador objetivo no habita el palacio que edifica. Tal pensador construye un inmenso edificio, un sistema universal que comprende toda la existencia y la historia del mundo, etc., pero al considerar su vida privada se descubre la inmensa ridiculez de que no habita en este vasto palacio, sino que vive en la granja de al lado, en una perrera o, a lo sumo, en la potrería” (Kierkegaard, 1999, citado en Martínez, 2009).

Es necesario asumir que la filosofía mecanicista es una forma más de entender el mundo y que en sí misma tiene una base subjetiva, ya que está influenciada por una muy particular forma de ver el mundo, en este caso, la forma en que veía el mundo Descartes. Isaac Newton, quien le dio impulso y llevó al pináculo la filosofía mecanicista en especial en la física, moldea la forma de ver la vida como mecanicista influido por sus propias experiencias subjetivas. Morris Berman (1987) menciona lo siguiente sobre Newton:

> “La insistencia de que todo sea totalmente predecible y racionalmente calculable no puede ser separada de su base patológica. ‘Una de las fuentes principales del deseo de Newton por saber fue su ansiedad y su temor a lo desconocido´. El conocimiento que podía ser matematizado terminó con sus inquietudes… [el hecho] de que el mundo obedeciera a una ley matemática era su seguridad”.

Con esto, se trata de dar a entender que cualquier punto de vista que quiera asumirse, deberá también asumir la fuente de ese particular método o proceso de conocimiento que incorporamos a nuestro quehacer, sea académico, científico e incluso como filosofía de vida.

Alcances:

Es sabido que los avances tecnológicos, médicos y aquellos relacionados a la ciencia, son debidos a la filosofía mecanicista, al progreso y búsqueda de respuestas, que cabe resaltar, están más enfocadas en saber el 'cómo' que en el 'por qué'. Sin el desarrollo de la ciencia, en específico de la medicina, no podríamos saberlo que hasta la fecha conocemos. Se rompieron mitos y se derribaron teorías con relación a muchas cuestiones que aquejaban al ser humano, por ejemplo, el origen de las enfermedades. Pasteur desmintió la teoría de la "generación espontánea" por medio de la observación, la creación de hipótesis, la experimentación y manipulación de los medios para poder comprobar o refutar dichas hipótesis, y descubrió que en realidad el aire transporta microorganismos causantes de la descomposición de los alimentos, las enfermedades, etc. Por medio de instrumentos, como el microscopio por ejemplo, descubrió a dichos microorganismos; y no sólo comprobó su existencia, sino que observó que eran de diferentes tipos, morfología, tamaño… deduciendo que cada uno de ellos causa un efecto o reacción diferente al contacto con el ser humano, animales, los alimentos y las cosas.Esta 'cacería' por saber qué causaba o generaba las enfermedades pueden leerse de manera rápida en "Cazadores de microbios" de Paul de Kruif. El camino trazado por esta serie de científicos, ha llevado a un desarrollo tecnológico inusitado, a la generación de explicaciones con un lujo de detalle y de gran certezasobre el funcionamiento y constitución del cuerpo humano: la clasificación y tipo de células, órganos, elementos químicos

constitutivos; al conocimiento de innumerables enfermedades: sus causas, consecuencias, pronóstico y tratamiento; la creación de aparatos de tal sofisticación y precisión que es posible observar el interior del cuerpo humano con lujo de detalle (color, consistencia, morfología, estado de deterioro, etc.) sin necesidad de “abrir” el cuerpo.

Es un proceso continuo, un ‘sin fin’ de descubrir cada vez más y más “cómos”, de describir más métodos y pasos sistemáticos con la finalidad de obtener las respuestas a todas las preguntas. Sin embargo, se olvidan que en esta búsqueda, surgen más peguntas que respuestas: cuando se descubrió que los átomos tienen dos posibilidades de manifestarse (como onda o como materia) surgieron diferentes preguntas, muchas de ellas amenazantes, tanto en lo profesional como en lo personal, pues el descubrimiento de dichas posibilidades de manifestación rompió con los esquemas establecidos, que regían tanto la vida profesional como personal de aquellos científicos.

Limitaciones:

Haber fragmentado el cuerpo de la mente, implicó un cambio muy drástico tanto en la vida interior de las personas como en la forma de relacionarse con el exterior. Dicho cambio implicó la pérdida de significado, ya sea en un sentido filosófico o religioso en lo general, y la pérdida de sentido y pertenencia en lo particular. Berman (1987) lo menciona así:

> “los seres humanos se sentían a sus anchas en este ambiente […] el cosmos era un lugar de permanencia, de correspondencia […] y es esta relación la que daba significado a su vida. Involucra coalición o identificación con el ambiente, habla de una totalidad psíquica…”.

En este sentido, las ciencias y todas las disciplinas pautaron un distanciamiento entre ellos y su ‘objeto’ de estudio; aquello que quieren conocer es distinto a ellos. Así, de manera específica, la medicina no escapó de dicho principio. En la búsqueda de descubrir la cura para nuevas enfermedades, de conocer nuevas partes, funciones y procesos del cuerpo, se enfocaron en sólo lo físico de la enfermedad, dejando a un lado procesos muchísimo más complejos que también conforman el problema de salud, como las emociones, los procesos familiares, sociales, políticos, económicos etc., que por su naturaleza, son intangibles y por tanto, no conforman su objeto de estudio, ya que “si un fenómeno no se puede medir, puede ‘no tener cabida en la filosofía experimental’.” (Berman, op. cit.). Las características de la racionalidad y de la filosofía mecanicista es que quiere darle un valor a lo visible y con ello no acredita las aproximaciones de investigaciones que parten de la intuición o de la representación simbólica.

No es ajeno para muchos las quejas de los médicos de las instituciones de seguro médico social: falta de ‘calidez’ en el trato tanto a los pacientes como a los familiares, uso desmedido de aparatos e instrumentos utilizados para “salvar” la vida del paciente, aún a costa de generar incomodidad e incluso vergüenza. En la búsqueda de preservar la vida, el costo muchas veces es inhumano y en otras tantas carente de sentido. De igual forma, desde el siglo XIX, la medicina ha prometido descubrir.

3.2 Nuevos alcances en el estudio de lo corporal: La construcción psicosomática de las enfermedades

Las representaciones epistemológicas, simbólicas, corporales y cualquier conceptualización del mundo varían de acuerdo a las situaciones políticas, educativas, culturales y sociales que están sujetas a un tiempo y espacio determinado. Es de vital importancia el estudio de la historia de las sociedades para determinar el momento en el cual está situada: qué tipos de políticas públicas y de salud se han determinado en ellas; la dinámica social y familiar de esos momentos, las creencias y costumbres que encuadran a las personas en un marco sociohistórico, etc. (López Ramos, Zen y cuerpo humano, 2000).

Así, es posible determinar el desarrollo de la medicina en Europa en el período comprendido entre los siglos XVI y XIX, cuyo marco filosófico es el mecanicista, que tiene por característica la “no participación”, distingue de manera rígida entre el observador y lo observado, así como apropiarse sólo de lo observable, medible y cuantificable,(Berman, 1987).

Sin embargo, la complejidad de un cuerpo no se puede simplificar con una propuesta fisiológica. Algo que hace de lado la filosofía positivista y el pensamiento mecánico heredado por René Descartes, es la importancia que radica en el cómo vivencia el individuo la vida: cómo asume el mundo y cómo las simboliza, que en sí no es nada sencillo. Esto es importante, pues las creencias, la cultura, lo familiar, las creencias que se tiene sobre uno mismo, todo se simboliza en el cuerpo. La reflexión filosófica, antropológica e histórica son parte de un proceso que permite comprender y articular la conformación del pasado, el

presente y el futuro inmediato en los estilos de vivir y morir de las personas, (López Ramos, 2006).

El punto vital de esta propuesta radica en lo siguiente: si la persona lo único que tiene es su cuerpo, si es la única plataforma física con la que adquiere conocimiento del entorno en el cual "va-siendo-en-el-mundo", implica que haga uso de todos los recursos que el mismo cuerpo ofrece: sentidos, intuición, razonamiento, principio de regulación organísmica, tendencia actualizante, búsqueda de sentido, como las características más relevantes de las dimensiones que constituyen al ser humano; también, resulta vital reconocer que el cuerpo humano es 'simbólico': es la plataforma receptora de la cultura, y fruto de ella a su vez, elabora sus procesos de acomodo de la información de acuerdo con la relación que guarda con el ambiente y las personas. Esto desempeña un papel importante para la construcción subjetiva de las emociones y las percepciones, que precisamente no se incluye en la filosofía positivista, (Durán Amavizca, 2004).

¿Por qué es importante tomar en cuenta lo subjetivo? En ello se incluye no sólo la razón, la intuición y el cuerpo, también (y nada menos) que la visión con la que configuramos el mundo, cómo lo vemos y experienciamos. Tomaré el cuerpo como referente para las siguientes reflexiones.

El cuerpo es una plataforma física compuesta (células, órganos, vísceras, elementos químicos, etc.) con la que el generamos conocimiento para con el medio: a través de los sentidos se da dicho proceso: por medio de la piel se pueden percibir cambios atmosféricos, desde el advenimiento de las lluvias, las temporadas de calor y frío; los sentidos de la vista y de la audición nos permiten entrar en contacto con fenómenos visuales y audibles (podemos reconocer aquello que es seguro o amenazante con el fin de preservar la vida); el gusto y el olfato

que generan la confianza de poder adquirir de la tierra alimentos que le permitirán diferenciar entre lo que es nutritivo o lo que enferma. En la dimensión social, la relaciones y el contacto con otras personas se “incorporan” desde los primeros días de vida: el empalme piel a piel que el recién nacido tiene con su madre y cuando es amamantado, los abrazos y caricias recibidas por parte de otras personas de su esfera social; las palabras que le son dirigidas, de igual forma son incorporadas por medio del sentido del oído, que distingue el tono y fuerza de la voz, que le hace distinguir entre agradable o desagradable; por la vista se integra e incorpora lo ‘propio’, que asume como un ‘sí-mismo’: ‘su’ mamá, ‘su’ papá, etc. (Durán Amavizca, op. cit.).

Cabe resaltar que conforme las personas van creciendo, se van refinando las formas de ‘incorporación’ del mundo, de las relaciones y de la idea que tiene de sí mismo. Más complejo: el tiempo y espacio concretos en los cuales se encuentra inserta la persona de igual forma se incorpora; con esto, se quiere decir que el ser humano es un ‘producto-espacio’ sociohistórico, geográfico, político, de educación, alimentación; es una concreción de procesos fisiológicos ‘controlados’, concretados y articulados en el cuerpo. El hombre comprende su universo y orienta su conducta sobre la base de los procesos y experiencias relacionales incorporadas, que en rigor, son los mismos en todas las culturas, aunque las manifestaciones pueden ser distintas, (López Ramos, 2000).

López Ramos, (2000) menciona:

> “La cultura existe sólo en el nivel estructural, mas no en los hechos manifiestos. Estas estructuras no son expresiones concretas de la realidad: sólo son representaciones mentales, conscientes o no, que le ayudan al individuo a llevar su vida diaria.”

Desde el marco de estudio positivista-mecanicista, imposible estudiar lo que no es un hecho manifiesto o expresiones con un correlato medible, observable y cuantificable.

Siguiendo la línea de López Ramos, cita a Lévi-Strauss en su definición de cultura:

> "La cultura es un conjunto de sistemas simbólicos que tienen situados en primer término el lenguaje, las reglas matrimoniales, las relaciones económicas, el arte, la ciencia y la religión. Estos sistemas tienen como finalidad expresar determinados aspectos de la realidad física y de la realidad social, e incluso las relaciones de estos dos tipos de realidades entre sí, y las que estos sistemas simbólicos guardan los unos frente a los otros." (Lévi-Strauss, 1992, citado en López Ramos, 2000).

Es paradójico, ya que la construcción de lo simbólico, lo cultural, que no son "estructuras concretas" o "hechos manifiestos" se materializa en los cuerpos de las personas: "será la concreción y prolongación de un estilo de vida, de una construcción que se instituye heterogéneamente en el cuerpo humano", (López Ramos, 2000).

Se considera de vital importancia considerar estos atributos y elementos constitutivos que abarcan y trascienden al cuerpo humano: en concreto, en medicina, se cree importante no sólo involucrar el conocimiento de las partes y funciones del cuerpo al nivel fisiológico que opera para su atención y cuidado; es necesario no sacarlo de un contexto complejo que se ve concretado en el cuerpo.

La visión dualista de la que está impregnada la filosofía positivista (y con ella la medicina alópata) crean una realidad disociada cuerpo-mente; lo orgánico y lo emocional son procesos autónomos y separados, cuando en realidad, dicha separación no existe. La separación o la dualidad 'incorporan' en la persona una atomización de la vida personal y social: una disociación de la experiencia de "ser-en-el-mundo".

El fracaso en la atomización nos demanda la búsqueda conceptual y práctica para construir otra representación del cuerpo, por tanto, otras opciones en su cuidado y desarrollo, (López Ramos, 2000).

Bajo esta postura, la medicina y la psicología en especial, requieren de una búsqueda, o en su caso, una propuesta que permita abarcar todas las dimensiones del ser humano: física, familiar, social, espiritual; que sea visto en la complejidad que le acompaña y evitar explicaciones reduccionistas que sólo se enfoquen en el estudio de una parte o dimensión pues resulta un sesgo en la atención que brindarán estas dos disciplinas. Dice López Ramos: "la reflexión filosófica, antropológica e histórica son parte de un proceso que permite comprender y articular la conformación del pasado, el presente y el futuro inmediato en los estilos de vivir y morir de las personas", (op. cit.). Es necesaria la inclusión de otras disciplinas que enriquezcan el quehacer científico en el área de la salud, que complementen a la medicina y a la psicología.

En el caso de la psicología, sólo es vista como "ciencia" el modelo conductual. James Bugental señala que en esa búsqueda de buscar su validez como 'ciencia', la psicología se enfocó en estudiar lo observable, medible y cuantificable, dejando de lado los procesos subjetivos de la persona. Bugental

sostiene que el conductismo o behaviorismo “lleva el nombre de psicología por un simple accidente histórico”, (citado en Castenedo, 2006).

Un nuevo modelo en psicología es necesario para poder dar explicaciones, soluciones y posibilidades en la atención a las personas. “La complejidad de un cuerpo no se puede simplificar con una propuesta fisiológica. […] El cuerpo humano es producto de un proceso social y político, así como cultural y moral, que establece maneras de sentir y funcionar los órganos; es fruto de una compleja relación que incluye familia, la nutrición, la moral, la ética la relación intersubjetiva”, (López Ramos, 2006).

La propuesta es utilizar lo histórico-social, pues rompe con el dogmatismo y la atomización; su conjugación con la cultura, la antropología, la semiótica y el universo de las relaciones, son posibilidades que rompen con la verdad absoluta y afirmaciones tajantes, pues le da voz a las personas y evita que al ser atendidos, sean vistos como una “enfermedad” o como una “patología”, sino como un proceso único y subjetivo manifiesto en una enfermedad ‘co-construida’ no sólo por la persona, sino en relación con otras experiencias de su mundo circundante.

Por otra parte, la Medicina Tradicional China propone una explicación respecto a la salud, la relación del ser humano con su entorno. En su origen, no es una medicina sino un sistema de explicación del origen del Universo: no tiene en principio, una intención específicamente de medicina para tratar enfermedades o tratar problemas sino que es todo un tratado de cómo vivir la vida. La Medicina Tradicional China, sostiene que existe una energía sutil, llamada Chi o Qi, que recorre a todo el cuerpo, encargado de transmitir la vida, y esta “energía que circula en el organismo del ser humano es de origen cósmico”, se encuentra en todas partes (Sussmann, 2007).

Desde este enfoque, el hombre enferma o es propenso a enfermar porque no sabe vivir la vida y disfrutarla, porque ha perdido esa conexión, ese intercambiocon su Universo. Es la falta de conexión o de interrelación con el medio la que hace enfermar al ser humano. Es lo que hoy en día se llama "entorno": la relación con mi universo, la relación conmigo mismo, la relación con los demás. La Medicina Tradicional China surge como necesidad de situar al hombre en su verdadera dimensión: la interrelación.

Para la Medicina Tradicional China, no existe una división entre cuerpo y mente, sujeto y objeto, observador y observado; ambiente y ser humano, pues dicha división es solamente didáctica, pero carente de sustento real.

La energía vital de la que hablábamos, está compuesta por dos fuerzas polares pero complementarias: Ying y Yang, donde Yang asume un papel activo, masculino, y Ying el papel activo, femenino. Esta energía es distribuida o almacenada por todos los órganos y vísceras del cuerpo. “Cada órgano está relacionado con una víscera y juntos forman una unidad bipolar “Ying-Yang”. De igual forma, esta misma energía se encuentra en su expresión bipolar en el ambiente y tiene una relaciónmuy estrecha con el cuero humano, (Sussmann, op. cit.).

Así, la base que fundamenta la interrelación del Universo con el cuerpo humano (y sistemas de relación más sutiles) se fundamenta en la Teoría de los 5 Elementos, que son el resultado de la interacción de las fuerzas del Ying y el Yang. Este es el fundamento de la Medicina Tradicional China. Los elementos son: Madera, Fuego, Tierra, Metal y Agua. Entre estos elementos, existen tres series de

relación, denominadas de “generación” (la madera genera fuego; el fuego genera tierra; la tierra genera al metal y el metal genera agua), de “dominación” (la madera domina a la tierra; la tierra domina al agua; el agua domina al fuego; el fuego domina al metal y el metal domina a la madera) y la tercera relación: de “contradominancia” (la madera es dominada por la tierra; la tierra es dominada por el agua; el agua es dominada por el fuego; el fuego es dominado por el metal; el metal es dominado por la madera), (Sussmann, ibídem.). Cabe resaltar que la tercera relación es la más agresiva, pues implica una dominación de los elementos sobre los elementos que les dominan de manera ‘natural’.

Cada elemento corresponde a una estación del año, un órgano, una víscera y otros elementos de relacionalidad tanto del macrocosmos como del microcosmos, (ver Fig. 1).

Tabla 6. Teoría de los 5 Elementos y sus elementos de relación.

	MADERA	FUEGO	AGUA	TIERRA	METAL
PLANETA	Júpiter	Marte	Mercurio	Saturno	Venus
ORIENTACIÓN	Este y sudeste	Sur	Norte	Centro, noroeste y sudeste	Oeste y nordeste
FORMA	Alargado	Puntiagudo	Redondo	Grueso	Cuadrado
COLOR	Verde	Rojo	Negro	Amarillo	Blanco
ESTACIÓN	Primavera	Verano	Invierno	Transiciones	Otoño
CLIMA	Ventoso	Cálido	Frío	Húmedo	Seco
ÓRGANO	Hígado	Corazón	Riñón	Bazo/Páncreas	Pulmones
VISCERA	Vesícula Biliar	Intestino Delgado	Vejiga	Estómago	Intestino Grueso
SENTIDOS	Vista	Gusto	Escucha	Lengua	Olfato
SABOR	Agrio	Amargo	Salado	Dulce	Picante
HUMOR	Lágrimas	Sudor	Expectoración	Saliva	Mucosidad
OLOR	Rancio	Quemado	Podrido	Fragante	Oxidado
EMOCIONES	Enojo	Alegría	Miedo	Ansiedad	Tristeza
PSÍQUICO	Decisión	Conciencia	Voluntad	Ideas	Intuición

Fuente: TianCheng Yang, (2003). "*Conocer el taoísmo"*. Barcelona: Kairós.

Desde esta postura, con su visión del hombre como entidad energética (visión muy similar a la de la actual física cuántica), proporciona claves que el ser humano puede aplicar como elementos preventivos y terapéuticos.

Se trata de hacer un planteamiento de cómo un universo perdura, o cómo un universo puede convivir en el seno de otro universo. De ahí que aparece la idea del "macrocosmos" (como cosmos general) y al hombre se le referencia como un "microcosmos".

Bajo este esquema de pensamiento, se plantea que el ser humano necesita adaptarse y guardar el orden con su “macrocosmos” para conservar su salud. Al referir ‘macrocosmos’, se implica la red relacional que la persona guarda con la familia, la sociedad, la geografía, las estaciones. Entonces, si todo ‘universo’ está constituido por los 5 elementos, quiere decirse que también están sujetos a las formas de relación de ‘generación’, ‘dominancia’ y ‘contradominancia’: sus órganos y vísceras internas; las emociones, los atributos psíquicos, humores; las relaciones familiares, las relaciones interpersonales; las creencias, los constructos sociales, espirituales.

Entonces, las enfermedades serán derivadas de algún desequilibrio con el Mundo, la simbolización y construcción corporal de las relaciones que la persona experiencia y vive. Lo importante en el estudio de las enfermedades desde esta perspectiva, es que se requiere tener una visión integral para poder comprender dichos procesos.

La Medicina Tradicional China plantea un esquema no sólo médico, pues de inicio no fue este su origen, más bien, propone una forma de vivir en vinculación de acuerdo con los demás ‘universos’ que contienen y abarcan al ser humano, permitiéndole vivir de manera sana y por muchos años.

MÉTODO Y PROCEDIMIENTO

El objetivo de esta investigación es describir cómo los padres/madres han vivido hasta el momento de la entrevista, la gestación y crianza de sus hijos (as) y cómo viven el proceso de enfermedad de sus hijos (as), para delinear la forma en que inicia la construcción de la leucemia linfoblástica aguda infantil en los niños (as).

Para tal fin, la metodología empleada en este trabajo fue de tipo cualitativo, apoyándose en el método biográfico, pues nos permite tener acceso al mundo y vida cotidiana de la persona, conocer la realidad como la vive y experimenta y cómo la interpreta.

Se realizaron 4 entrevistas semiestructuradas a 3 mujeres, madres de niños que padecen leucemia linfoblástica aguda, y una entrevista a una niña de 13 años con el padecimiento ya mencionado.

Las entrevistas se realizaron en la sala de espera del Hospital Infantil “Federico Gómez” de la Ciudad de México.

Todas las conversaciones fueron audiograbadas, previo el consentimiento y autorización de las participantes. Con la finalidad de preservar la confidencialidad de las personas entrevistadas, se han cambiado los nombres.

En “Anexos” se incluye un ejemplo de la guía utilizada en las entrevistas.

4. RESULTADOS. HISTORIAS DE VIDA.

4.1 Nutrición y alimentación

La nutrición constituye una de las necesidades más básicas de todo ser vivo y es un proceso fundamental. Por medio de la respiración pulmonar y la digestión de alimentos, el cuerpo recibe elementos que le proporcionan la energía que el cuerpo requiere para preservarse sano, ayudar a su mantenimiento, desarrollo y reparación de células y tejidos. De manera primordial, el organismo se nutre por dos vías: la respiración y la digestión de alimentos y bebidas, (Lezaeta Acharan, 1997).

El proceso de respiración es vital, ya que si es interrumpido unos minutos, produce la muerte del organismo. Por ello la importancia de respirar de manera profunda, pues se energiza al organismo. Como ejemplo a forma de vida del campesino en la zona rural; trabaja con su físico incluso más de 12 horas diarias y no siente agotarse en exceso. En realidad lo agotador no son las extensas jornadas, sino la falta de aire puro que entra al cuerpo. Con la respiración pulmonar la sangre recibe oxígeno, se transporta a las células y tejidos nutriéndolos; elimina el bióxido de carbono y agua, aportando energía a las células, evitando el desgaste excesivo de la energía del organismo, (Reid, 2007).

Muy vinculado con la respiración pulmonar, la nutrición por digestión de alimentos constituye un proceso importante en la preservación del organismo vivo: su objetivo es tomar del alimento los nutrientes y elementos indispensables para enviar a todas las células vía sanguínea. Éste proceso se da por medio del aparato digestivo(órganos dentales, faringe, esófago, estómago, intestino delgado e intestino grueso) y órganos anexos como el hígado, vesícula biliar, páncreas, bazo y lasglándulas salivares, principalmente.

El proceso digestivo inicia con la masticación, pasando por la deglución, digestión, absorción intestinal y excreción de desechos. Las sustancias nutritivas resultantes de la digestión son llevadas a torrente sanguíneo, distribuidas a todo el cuerpo hasta llegar a las células, y ahí en las células se dan una serie de transformaciones químicas, comúnmente llamado metabolismo, (Lezaeta Acharan, op.cit.).

Los nutrientes esenciales que se adquieren en el proceso digestivo son: proteínas (cuya función es construir y reparar tejidos); hidratos de carbono (son fuentes de energía para el metabolismo y en general para todo el organismo); grasas (aportan energía para el metabolismo y constituyen componentes estructurales de las células y tejidos, además, aportan energía de reserva al organismo); vitaminas (aunque no nutren ni aportan energía, son indispensables para regular el metabolismo, y hacen posible que se libere energía de los alimentos); minerales (al igual que las vitaminas no nutren, sin embargo, regulan y son catalíticos celulares). El agua es de vital necesidad para el organismo: apenas se podría sobrevivir con 7 días de abstinencia. El agua constituye el 65-70% del peso total del cuerpo; es el medio en que se desarrollan todas las reacciones metabólicas; transporta sustancias y elementos químicos disueltos a los distintos órganos (hígado, bazo, riñones, pulmones) para su reserva, eliminación, etc., (A. Saveb, 1989).

La dieta es la cantidad de alimento necesario para que una persona cubra sus necesidades energéticas y nutritivas durante el día. La dieta debe estar constituida para finesde formación (debe contener proteínas y minerales para regenerar y formar nuevas sustancias), obtener energía (con grasas y glúcidos para poder mantener al organismo durante el día); y de regulación (con vitaminas,

minerales y proteínas para regular los diferentes procesos del cuerpo. Daniel Reid (op. cit.) menciona que es necesario cuidar la dieta para que los órganos vitales no pierdan su armonía y evitar disfunciones que terminen en enfermedades.

En este cuidado, Reid menciona que la armonía alimenticia se corresponde al calor, tibieza, frescor y frío, así como los sabores agrio, amargo, dulce, picante y salado. Estas categorías y sabores definen la naturaleza y la intensidad de la energía que se desprende en el organismo cuando se digieren los alimentos y llegan a los órganos vitales. Aunado a ello, Lezaeta Acharan (1997), menciona que una de las condiciones indispensables para una buena nutrición, son comer alimentos con una combinación adecuada, de calidad y cantidad conveniente a cada organismo.

Ambos autores refieren que desde la Antigüedad, la dieta básica del ser humano era compuesta por frutas, verduras y cereales. Estos no imponen un excesivo esfuerzo al estómago y pueden pasar mucho tiempo (en comparación con los animales carnívoros), sin correr el peligro de intoxicación por absorción de residuos descompuestos y con fines de ser excretados. Sin embargo, con el paso del tiempo, se incorporó la carne a la alimentación. No obstante, mantienen el principio de balancear la comida, adquirir los alimentos endémicos, es decir, acordes a la geografía y la temporada: con ello, se preserva el principio de estar acorde con la Naturaleza y los ciclos biológicos.

Saveb (1987) dice que como regla general, debemos consumir más alimentos crudos y menos alimentos hervidos y cocidos; pues es mucho más fácil encontrar en los alimentos en estado natural mayor número de elementos y nutrientes esenciales. Tanto Reid, como Saveb y Lezaeta, concuerdan que la

finalidad de cuidar la alimentación es mantener sano al organismo y prolongar la vida con una calidad idónea de salud, autonomía y bienestar.

Por último, el consumo de agua es vital para preservar la vida del organismo, pues regula la temperatura, facilita y participa en procesos bioquímicos a nivel celular, ayuda en la excreción de toxinas y desechos del cuerpo, vía orina, respiración y sudor por los poros, principalmente. Así, estas cantidades de agua expulsada deben ser compensadas con un consumo de 2 litros al día. La fuente principal de consumo de agua es por vía digestiva, seguida por alimentos "acuosos" como el melón, la sandía, etc., (Saveb,1997).

A continuación se presentan los datos obtenidos en las entrevistas realizadas a mamás del los niños con leucemia, y en el caso Cuca, se entrevista a la misma Cuca, con el fin de completar información. Con referencia a la alimentación y nutrición antes de casarse y tener hijos, esto es lo que nos relatan:

Entrevistador (E): Cuando era pequeña, ¿qué era lo que comía principalmente?

Caso Manuel (C. M.): Pus carne… carne de res y pollo.

E.: ¿Verduras?

C. M.: No, casi no… principalmente carne. Carne, pollo… sopa, arroz, todo lo que hiciera mi mamá.

E.: ¿Y agua?

C. M.: No, casi no. Tomaba como uno o dos vasos máximos.

E.: Y fruta, ¿cuántas porciones de fruta comía?

C.M.: No sé, como una o dos veces a la semana.

E.: ¿Cuándo cocinaban y hacían sopa de pasta reutilizaban el aceite?

C.M.: Si.

E.: ¿Consumía leche?

C.M.: Si, de establo.

E.: ¿Comía embutidos: jamón, salchichas, tocino, queso de puerco, mortadela?

C.M.: Cuando no nos hacía de comer mi mamá, pus comíamos.

E: ¿Y cuántas veces a la semana?

C.M.: A veces diario.

E.: ¿Enlatados: cremas, frijoles, atún?

C.M.: Si. Mi mamá era la que nos preparaba mucho, mucho, luego unas tres veces a la semana. Comprábamos mucho los frijoles enlatados y con eso completábamos la comida y no había otra cosa, era lo que comíamos.

E.: ¿No comía entonces verduras?

C. M.: No comíamos… si las preparaba mi mamá, pero por ejemplo yo no las comía… tortilla tampoco, solamente comía una al día.

E.: ¿Qué frutas comía con frecuencia?

C.M.: Mmm… manzana, mango, sandía, pera, guayaba… no'más.

E.: ¿Y verduras?

C. M.: Nos preparaba mucho mi mamá las espinacas, acelgas, calabazas… casi todo tipo de verduras… chayote, zanahoria…

Caso Evelyn:

Entrevistador (E): Y antes de casarse ¿qué comían en su casa? ¿Qué alimentos con más frecuencia?

Caso Evelyn (C. E.): Los frijoles, de vez en cuando la carne, el pollo, calabazas es lo que se veía más, de las verduras, era lo que más había.

E.: Y lo que son ¿salchicha, jamón, mortadela?

C. E.: Casi no, eso no.

E.: ¿Alimentos así como pollo rostizado, conejo asado?

C. E.: No

E.: ¿Alimentos de la CONASUPO?

C. E.: Sí

E.: ¿Leche, leche, bueno de la CONASUPO?

C. E.: Sí

E.: ¿Alimentos de esos que son de preparación rápida, como la maruchan?

C. E.: No, eso no, casi no lo consumíamos

E.: De 7 días a la semana ¿cuántos días comía fruta?

C. E.: Mmm, casi todos los días

E.: Casi todos los días, y ¿qué comía con mayor frecuencia?

C. E.: Plátanos, manzanas, naranjas, papaya

E.: Y ¿verdura? ¿Qué comía con mayor frecuencia?

C. E.: La calabaza, el chayote, este… ¿qué más? el pepino, nada más eso creo (…).

Caso Cuca, entrevista a la madre:

Entrevistador (E): Y antes de casarse ¿qué comía?

Caso Cuca (C. C.): Pues lo que tenía.

E.: ¿Y qué es lo que tenía?

C. C.: Frijoles

E.: ¿Frijoles? ¿Comía carne?

C. C.: Pues no seguido, pero sí

E.: ¿Cuántas veces comía a la semana carne?

C. C.: Como unas dos, yo creo

E.: ¿Carne de pollo?

C. C.: De pollo… los domingos nomás, porque casi no le digo, estábamos chiquillas, pero luego mi esposo sí llevaba bistec, o, luego así un caldo, pero, más seguido carne.

E.: ¿Pollo o conejo rostizados o a las brasas?

C. C.: Pollo sí.

E.: ¿Enlatados?

C. C.: No, no

E.¿Comían mucha salchicha, jamón, de esas cosas?

C. C.: No, casi no, ya lo más que le daba era frijoles al tiempo antes de irse a la escuela, de esos, blanquillos, o frijoles, unos nopalitos asados, y eso, unas cuantas cosas

E.: Y fruta, ¿comía mucho, comía mucho, usted?

C. C.: No

E.: ¿Casi no come fruta?

C. C.: No

E.: ¿Verdura?

C. C.: Casi de vez en cuando

E.: Por ejemplo a la semana ¿cuántas veces, de frutas y verduras?

C. C.: Pues en la semana, en una nos comíamos una naranja, un plátano, lo que traía mi esposo, porque sí le compraba a la niña, llegaba con pan o plátanos, o lo que había.

E.: ¿Pan, comían?

C. C.: No, no, cada que había.

Caso Cuca,entrevista a Cuca:

Entrevistador (E): Oye, y ahí en la escuela ¿qué comían?

Caso Cuca (C. C.): Luego mi mamá nos llevaba de almorzar, nos llevaba torta o huevo, frijol. Luego cuando no iba nosotros nos comprábamos allá adentro una torta, huarache o ya era sopa.

E.: ¿Dulces?

C. C.: Casi no, porque casi no me gustan el dulce.

E.: ¿No te gustan los dulces?

C. C.: Casi no, no' más el chocolate

E.: Y ¿refresco?

C. C.: ¿Refresco? También

E.: ¿Tomabas mucho refresco?

C. C.: No refresco casi no, tomaba jugo

E.: ¿Jugo del boing?

C. C.: Del frutsi

E.: ¿Qué te gusta más?

C. C.: De uva

E.: ¿Y qué sabores te gustan más: el agrio, el picante, el amargo, este.. el salado?

C. C.: El picante

E.: Y ese ¿en qué te lo comes?

C. C.: En las cosas que no tienen picante

E.:¿Por ejemplo?

C. C.: Como en el frijol, en la sopa, huevo, en eso que lleva picante

E.: Y por ejemplo ¿los chicharrones así preparados, no?

C. C.: También

E.: Los chicharrones, las lagrimitas, los chicharrones de lagrimita ¿también? ¿Te gusta echarles chile?

C. C.: Ajá

E.: De 7 días ¿Cuántas veces comías carne de res?

C. C.: Una vez

E.: Una vez a la semana ¿De pollo?

C. C.: Igual

E.: ¿Pescado?

C. C.: Casi no, en mi casa sí lo comían casi a diario, casi

E.: ¿Y salchichas, jamón?

C. C.: Una vez

E.: Entre semana ¿qué comenmuy frecuentemente?

C. C.: Luego, este, hacen caldo, hacen papas, sopa, chiles rellenos, brócoli en huevo

E.: ¿Algún platillo que te guste?

C. C.: El brócoli con huevo y el chile relleno

E.: ¿Te gustan las verduras crudas?

C. C.: No

E.: ¿Y cocidas?

C. C.: El chayote y la zanahoria.

En los casos entrevistados, se encontró que de acuerdo a la situación económica que prevalecía en cada familia,se consumen productos en común. Dentro de las coincidencias en consumo: carne de res, carne de pollo que consumían en pocas ocasiones o incluso 4 o 5 veces a la semana; pocas verduras, sopa de pasta y leche. En los residentes de la Ciudad de México se encontró éste patrón de consumo, además de incluir en su dieta leche, embutidos y enlatados diariamente.

Los pacientes que provienen de otras entidades, presentan otra situación, pues consumen más leguminosas (frijol), poca carne de res y pollo, pocos embutidos y enlatados; en el caso de Evelyn, consumían más verduras y frutas, sí como leche del programa LICONSA (o antes CONASUPO). En el caso Cuca, la mamá refiere que comían pocas verduras y frutas, constituyendo su dieta de frijoles, sopas de pasta, caldillos y lo que 'trajera su esposo'. De ingesta de agua, las madres entrevistadas refieren ingerir 3 vasos de agua como máximo y un vaso como mínimo. De manera especial, Cuca por su tratamiento de quimioterapia requiere consumir bastante agua.

De acuerdo a las coincidencias de consumo de alimentos, podemos observar un déficit en el aprovechamiento en nutrientes esenciales necesarios para el mantenimiento de los niveles no sólo básicos sino necesarios en la madre y el desarrollo del bebé en el embarazo, poniendo en una situación límite al cuerpo

de la madre; no sólo ella requiere de alimentarse variado y sanamente, pues el bebé absorbe de los elementos que requiere de su madre, teniendo incluso que tomar de los músculos y huesos estos nutrientes, lo que deriva en anemias y bajos niveles de elementos esenciales para el buen funcionamiento del cuerpo.

En la preparación de alimentos, refieren que reutilizan el aceite, es decir, guardan el aceite utilizado en la preparación de alimentos para emplearlo en múltiples ocasiones. Esto tiene repercusiones a mediano y largo plazo, pues al someterse a una indeterminada cantidad veces a altas temperaturas, se convierte en grasas saturadas y colesterol que fácilmente se adhieren a la comida y por ende al organismo que lo consume, haciendomás difícil su eliminación del cuerpo causando hipertensióny daño en las arterias.

Con lo anterior, se empobrece mucho más la alimentación de las madres, ya que no sólo es baja en contenido de nutrientes sus raciones, también el colesterol derivado por el cocimiento y/o preparación de los alimentos con un aceite en múltiples ocasiones no permitiría una absorción adecuada en el cuerpo, ya que éste se encargaría mejor de eliminar lo más complejo que ha recibido como el colesterol, que dedicarse a la digestión de los nutrientes.

Es importante tener en cuenta la dieta y aportación de nutrientes, la forma de preparación de los alimentos, así como los sabores que de manera frecuente se presentan, pues estos estimulan de particular manera a los órganos; siendo también éstos sabores promotores de emociones en particular (en las entrevistas, es predominante el sabor salado y el picante), el miedo y la tristeza.

El miedo es una emoción que ayuda a preservar al organismo, pues puede prevenir y preparar al organismo para la huida haciendo que se actúe de manera

impulsiva, o paraliza, dando como resultado que algo que puede hacerse perfectamente, se haga con dificultad, (es importante señalar que está íntimamente relacionado a la ansiedad y angustia, haciendo referencia al miedo por el pasado o el futuro). Por otra parte, la tristeza es una emoción que conllevaa una decaída en el estado de ánimo (aunque la función de la tristeza es facilitar la introspección y el recogimiento mental, reduciendo los estímulos del ambiente y la atención focalizada en el entorno para centrarla sobre uno mismo). Esto lleva a deducir que las relaciones entre los miembros de la familia pueden estar bajo situaciones en las que se encuentren, real o en fantasía, bajo amenaza, pérdida o lejanía emocional por parte de la pareja (en el caso de los padres) o en relación con los padres (en el caso de los hijos), formando parte de la personalidad, estructura o composición familiar con base a estas emociones: en casos dado sin la intención de que sea explícitamente impuesto; en otros casos, es la 'norma' de convivencia y se estipula de manera abierta.

4.2 Consumo de tabaco

Relacionado al consumo de tabaco, la mayoría de las madres entrevistadas y de los niños fueron o son 'fumadores pasivos', pues en donde viven hay una o más personas que consumen tabaco, que va desde una cajetilla por semana hasta dos cajetillas de cigarro por día.

Entrevistas:

Caso Luis Manuel:

Entrevistador (E): ¿Usted fuma?

Caso Manuel (C. M.): No.

E.: ¿Toma?

C. M.: No.

E.: ¿Ha estado cerca de algún fumador?

C. M.: Mi esposo fumaba mucho… de hecho fumaba en excedente. Ya cuando Manuel empezó a tener así como síntomas de asma, dejo de fumar un poco. Pero de esto le hablo del año pasado, como año y medio.

E.: ¿Y cuántos cigarrillos se fumaba al día?

C. M.: Bueno… antes cuando íbamos con mi suegro, que eran los fines de semana, se fumaba hasta 2 cajetillas al día. Y cuando se enfermó Manuel de asma, se fumaba hasta una cajetilla al día.

E.: ¿Su suegro también fumaba?

C. M.: Si, se fumaba hasta una cajetilla al día. Fumaban en excedente.

Caso Cuca, entrevista a Cuca:

Entrevistador (E):¿Oye, en tu casa fuman? Allá en dónde vivías.

Caso Cuca (C. C.):Mi papá

E.: Y cuando fumaba, ¿lo hacía cerca?

C. C.: Que yo me acuerde no

E.: ¿Tú cómo sabías que fuma?

C. C.: Porque luego cuando, cada cuando mandaba a mi hermana a comprar cigarros y una cajetilla casi se la acababa, ya luego a la semana ya no traía

E.: A la semana ¿ya no traía?

C. C.: Aja, cada semana se compraba una cajetilla

E.: Y a ti ¿te gustaría fumar?

C. C.: No

El consumo de tabaco produce a mediano o largo plazo enfisema pulmonar (lesión de los alveolos pulmonares, que producen dificultad al respirar) o cáncer pulmonar. De igual modo, se ven afectadas las personas que están cerca de un fumador; éstas personas son llamadas ‘fumadores pasivos’, pues respiran el humo del cigarrillo encendido.

Como se mencionó anteriormente, la nutrición pulmonar es importante para el organismo, pues por medio de la respiración se logran dos objetivos vitales: limpiar la sangre y eliminar desechos vía exhalación; llevando la mucosa a estómago y posteriormente serán excretadas por los riñones y la vejiga. El otro objetivo es energizar el cuerpo con respiraciones profundas, con inhalaciones largas y exhalaciones cortas, como un bostezo.(Reid, op. Cit.).

Lezaeta Acharan menciona que es preciso que el aire sea puro, libre de contaminación, exento de olores ni mezclado con gases tóxicos o dañinos, humo, polvo o smog; a toda hora del día y de la noche, y debe respirarse amplia y profundamente. Refiere que es indispensable respirar aire puro para preservar la salud y mucho más importante si ha de recuperarse la salud en caso de enfermedad.

Sin embargo, en una ciudad como la de México, es prácticamente imposible respirar aire puro pues “nos ha tocado […] una gran nube gris y con unas partículas tóxicas que se acompañan de excremento, con índices de contaminación que obligan a detener actividades cotidianas; no se puede correr igual en los parques”, (López Ramos, 2002).A ello, podemos agregar las partículas suspendidas e hidrocarburos emitidos por automóviles y fábricas día y la noche, teniendo reacciones diversas con los rayos solares. Dichos agentes ajenos al aire

terminan en el cuerpo, alterando el equilibrio interno que guardan los órganos, pues no sólo habrá de depurar el aparato respiratorio el aire que inhala en la medida de lo posible por medio de las fibrillas nasales, vellosidad y muchos, sino que también los demás órganos y sistemas, cuando sea imposible purificar del todo el aire. El torrente sanguíneo se verá comprometido incluso con niveles altos de plomo, aluminio o compuestos que no hayan sido filtrados; la sangre contaminada irá a hígado, provocando inflamación e intoxicación, alterando sus funciones, etc. López Ramos (op. cit.) afirma: “es una realidad que atraviesa los cuerpos y las formas de vivir”.

Aunado al problema de la mala calidad del aire del cielo de la Ciudad de México, hay que agregar que “el hombre no puede escapar de la respiración, del sentido de mover el diafragma”, (López Ramos, op.cit.). Es decir, la forma en cómo respirar se torna importante. Los pulmones pueden contener hasta 6 litros de aire en hombres, y 4.25 litros en mujeres; en reposo, se inspiran 0.4 litros de aire y una respiración profunda puede inspirar hasta 3 o 4 litros de aire. Así, si se tiene una respiración ‘toráxica’, es muy poco el aire que entra a pulmones, que a su vez, contendrá un menor número de oxígeno para enviar a la sangre y nutrir a las células, lo que producirá agotamiento y cansancio crónico, avejentamiento celular prematuro. Dicho sea también que el estado emocional influye en cómo se respira y se relaciona el individuo con su movimiento de diafragma. Una respiración profunda abdominal, permite una mayor oxigenación y se energiza el cuerpo. Según los taoístas, la respiración abdominal permite alargar la vida acumulando energía en el *Tan Tien*o *Tanden* (espacio en el abdomen debajo del ombligo).

La nutrición vía pulmonar no está desarticulada de la nutrición digestiva, pues de igual modo, los hábitos, los estados emocionales, el ambiente del lugar, condicionan en muchos casos la salud de las personas. Por ejemplo, en una

condición de vivirse en el enojo, la respiración no será adecuada para oxigenar de manera profunda la sangre; en el caso del consumo de alimentos, en una igual condición emocional, dicha emoción no permitirá al organismo a adquirir los nutrientes, pues ha dispuesto al cuerpo para pelear o huir, no para comer. Los nutrientes no se aprovechan del todo, estando condicionado el cuerpo a estados de ánimo adversos a la nutrición: enojo, tristeza, depresión, angustia, etc.

4.3. Consumo de alcohol

Por último, con referencia al consumo de alcohol, todas las mamás refirieron ingerir alcohol en reuniones sociales, salvo en el caso de Manuel, quien su padre ingiere alcohol en cantidades regulares y por temporadas:

Caso Manuel.

Caso Manuel (C. M.): [...] cuando el tenía un negocio de ropa, empezó a bajar… el era alcohólico, pero el jura y así se la va llevando… en ese momento (se refiere al medio año de edad de Manuel) se le acabó el juramento y empezó a tomar y a tomar y a tomar…

Aunque las madres entrevistadas refieren consumir alcohol en ocasiones sociales, es de observar el caso de Manuel, quien su padre consume alcohol de manera periódica. La madre no reportó consumo de alcohol por parte de su pareja antes del nacimiento de Manuel, sin embargo, en su experiencia antes que el niño sea diagnosticado con leucemia, su pareja tomaba, rencionando incluso violencia verbal y física hacia ella y su hijo Manuel.

4.4 Crianza e historia emocional de los padres:

La célula básica de la sociedad está representada por la familia, ella sirve como mediadora entre el individuo y su sociedad. En la familia se introduce al individuo a la sociedad desde antes de su nacimiento a una cultura llena de instrumentos, lenguaje, normas, costumbres, creencias, tradiciones, hábitos y roles que lo sitúan en un contexto, geografía y época determinados. En términos generales, en la familia es donde se conforma el desarrollo emocional, corporal, social e incluso espiritual del individuo.

Desde su gestación, el individuo está ya siendo situado culturalmente, pues se ve involucrado en polémica dentro de su contexto familiar con referencia a su sexo; desde éste punto de partida, se comienza a proyectar el rol que desempeñará según el género: si es mujer, utilizará color rosa en su ropa, cobijas y demás; jugará con muñecas y hará actividades que no requieran esfuerzo físico ni agresión; tendrá cabello largo, usará vestidos y se sentará con las piernas 'cerradas' (aquí existe implícitamente una prohibición sexual que desde temprana edad se inculca, pues una mujer 'buena' no 'abre' las piernas). De igual modo, las actitudes enseñadas estarán referidas a un rol pasivo, que no tiene iniciativa e incluso sumisa, (Aguilera et al, 1998).

Por otra parte, cuando nace un varón, se le determina color azul para su ropa y accesorios; tendrá por juguetes balones, figurillas humanas relacionadas a temas bélicos o agresivos, armas de juguete, coches en miniatura; será 'moldeado' a actitudes y conductas que lo constituirán como un individuo 'agresivo', competitivo, activo y con iniciativa.

Así, la familia es de vital importancia en el crecimiento y evolución de los individuos. El amor, la aceptación incondicional, la seguridad y cuidados son

primordiales por parte de los padres. En éste sentido, la procuración de las necesidades fisiológicas, de seguridad, amor y afecto, conllevarán a un óptimo desarrollo del individuo, (Castanedo, C. 2005).

De acuerdo a la cultura y contexto social, se construyen creencias o normas de lo que ‘debería’ ser una persona. En la sociedad mexicana, es valorado que el individuo, hombre o mujer, sean personas de éxito, preocupadas por estudiar una carrera que reditúe ingresos económicos altos; por posicionarse socialmente en un trabajo bien remunerado e implique, en la medida de lo posible, un puesto alto; obtener casa y ‘estabilidad’. En cuanto se decide a formar una familia, quien debe procurar lo económico es el hombre. Deben estar casados para poder formar un hogar y ‘apurarse’ con los hijos.

De manera idónea, la crianza de los hijos en pareja tendría que girar en torno a los cuidados primarios del hijo: aseo, alimentación, facilitar el uso del lenguaje, caminar; evitar discusiones delante de ellos, enseñarles las reglas y normas para la convivencia social. Por cuenta histórica, en Occidente, a la madre le corresponde una mayor parte de dichas labores, además de llevar a los hijos a la escuela, hacer la comida, realizar actividades domésticas y brindarle apoyo escolar y afectivo a los hijos, (Ortega, R. 2005).

Lo valores como la confianza, respeto, comprensión y amor, favorecerán el crecimiento de los hijos, que a su vez reproducirán y enseñarán a sus propios hijos, repitiendo de ésta forma el ciclo de la familia con actitudes sanas.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos que hacen referencia a la historia de crianza que tuvieron las mamás de los pacientes.

Entrevistas:

Caso Luis Manuel:

Entrevistador (E): ¿De niña, cómo era su relación con sus papás? ¿Cómo se llevaban?

Caso Manuel (C. M.): Así que hayamos convivido mucho o tuviera relación con ellos, no. Yo viví 6 años con mis abuelos en Puebla… y mi mamá me iba a ver así, cada 8 días.

E.: ¿Cómo era su relación con ellos?

C. M.: Me regañaban mucho… eran muy necios, muy muy necios.

E.: ¿La regañaban de manera física… verbal?

C. M.: No, verbal casi no; así que me hablaran con groserías y eso, no. Me pegaban…

E.: ¿Con la mano, cinturón…?

C.M.: Eran con las hierbas… las arrancaban y con eso…

E.: ¿Qué le generaba?

C.M.: ¡Ay, sentía mucho coraje!

E.: Me dice que a los 6 años se regresó con su mamá. ¿Cómo era la relación con ella?

C. M.: Al principio era bonita, porque era bien atenta mi mamá, pero ya después se volvió bien agresiva conmigo, me pegaba mucho. Como era la mayor… le ayudaba a vender: hacía desayunos antes, a hacer la comida, yo le ayudaba… y a los 8 años ya me iba sola a la escuela, a las 6 de la mañana ya me iba yo por el pan, por la leche, y si me equivocaba en algo yo, me pegaba.

E.: ¿Y cómo se sintió?

C. M.: También con mucho coraje, mucho coraje; decía: “¡Ay! ¿Por qué me pegó? ¡te odio!”.

E.: Si ese coraje lo guardara en alguna parte del cuerpo, ¿dónde sería?

C. M.: Bueno… ahorita ya no. Pero si le tenía mucho coraje. Luego me dejaba a mis hermanos, ya no me metí a la secundaria; cuidaba a mis hermanos… hasta a juntas iba yo; les preparaba de comer a ellos, a mi abuelito que estaba con nosotros y a mi tío. Sentía que estaba yo muy chica para tener tanta responsabilidad.

E.: Que era hacerles de comer…

C. M.: Hacerles de comer, lavar la ropa, llevarlos a la escuela, ir por ellos, ir a juntas, ayudarles a hacer la tarea.

E.: ¿Dónde vivían?

C. M.: Vivíamos… creo que a los 9 años… aquí en el D.F. Después mi mamá empezó a construir su casa allá en Iztapaluca. Ahí me quedé yo con mis hermanitos, mi tío y mi abuelito. Ella se iba muy temprano a veces, y llegaba muy noche. A veces no llegaba. Estaba medio construido, y teníamos una cocinita de lámina, de esas como de cartón.

E.: Vivían usted, sus dos hermanos, su mamá…

C. M.: Ella ya llegaba muy noche… pero sí…

E.: De manera cotidiana, ¿cuáles eran sus hábitos?

C. M.: Pues en ese entonces me levantaba temprano, despedía a mi mamá, me dejaba una lista de lo que tenía que hacer de comer, levantaba a mis hermanos, los llevaba a la escuela, primero les daba de desayunar a todos: a mi tío, a mi abuelito, a mis hermanos; les daba de desayunar, lavaba los trastes, los metía a bañar, los cambiaba, los llevaba a la escuela; si había juntas me quedaba con ellos, les ayudaba a hacer la tarea; les daba yo de comer y cenar a mis hermanos, a mi abuelito y a mi tío… y ya.

E.: Cuando su abuelito, sus hermanitos o su tío le hacían una grosería o algo, ¿les reclamaba? ¿Se lo guardaba?

C. M.: Con mis hermanos no… con mis hermanos no: sentía yo mucho la obligación, sentía que no era mi responsabilidad, entonces se me pasaba en llevarlos a la escuela, o sea, todo hacerles a ellos; no era mi responsabilidad. Con ellos la verdad no… no considero que los tratase mucho muy bien, pero dentro de lo que cabe yo estuve con ellos. Por ejemplo, mi hermanita luego le reclamaba a mi mamá y mi hermanito que era más serio "¿dónde está mi mamá?", y así, cosas así. O que le hacía la comida a mi abuelito y cuando luego me quedaba mal, ¡Uh! Por ejemplo: las tortillas no estaban bien me decía que "parece que no'más las calentaba uno con el sobaco", ahí era cuando tenía mucho coraje con el. Por ejemplo, mi tío, que me quedaba mal algo me decía: "Ah, dámelo, yo me lo como". El es así, no me ponía 'peros'.

E.: ¿Y ése coraje lo expresaba?

C. M.: No, a veces me ponía a llorar, pero en momentos que no me vieran. Si me decían algo, no demostraba tristeza ni nada.

E.: ¿Había algunamuestra de afecto de su abuelo? ¿De su tío? ¿De sus hermanos?

C. M.: Yo quería mucho a mi tío; le contaba mis cosas, de que me habían dejado sola con mis abuelitos, de cómo me sentía… el era así como… la figura paterna.

E.: Es como si hubiese sido su papá…

C. M.: Ajá… fue el más cercano, así que si me pasaba algo ya iba con el y ya… le contaba. Y respecto a mi abuelito no porque era muy recio. Con el casi no hablaba.

E.: ¿No hablaba?

C. M.: No, regresaba temprano y pues regresaba en la noche, y pues no…

E.: ¿Y con su tío?

C. M.: ¡Ah! Con el podía hablar de todo: que si me pegó mi mamá o de lo que me había pasado yo se lo contaba a él. Pero aún así me quedó el resentimiento de que yo cuidaba a mis hermanos y yo no pude entrar a la secundaria, y ellos no hicieron nada… siento que yo también tenía derecho a estudiar… y me hice cargo de todo.

E.: ¿Qué le decía su tío?

C. M.: "No te preocupes, hija. Échale ganas, vas a ver que tu mami va a cambiar". O: "entiende a tu mamá, ve lo que está haciendo por ti y por tus hermanos".

E.: ¿Le llegó a contar cosas difíciles, tal vez íntimas?

C. M.: Le contaba lo difícil que se me hacía cargar con todas las responsabilidades de la casa, dije: "pues voy a tener mis responsabilidades".

E.: ¿En qué sentido?

C. M.: En que si ya tenía que hacer 'esto', 'lo otro', pus yo voy a tener mi familia… y como no iba a la escuela como mis hermanos, pus me 'destrampé'…

E.: ¿Cómo fue ese destrampe?

C. M.: Pues me salía a dar la vuelta, iba aquí y allá… conocí a gente, entre ellos a mi novio.

E.: ¿Entonces cuando le hacían algo, así se desquitaba?

C. M.: Pues me salía yo con él… ése era mi desquite… salíamos, nos íbamos a dar la vuelta, a tomar un helado, no íbamos a bailar, pero sí íbamos al parque y nos quedábamos mucho tiempo platicando ahí… ahí nos quedábamos sentados… ése era como mi desquite.

E.: Con respecto a su relación con su mamá, ¿sintió que algo le faltó?

C. M.: Si… me faltó mucho… que me apapachara, que le contara todo lo que yo sentía… yo le quería platicar algo y me decía: “Es que ya es muy noche”, “es que estoy muy cansada”, “es que tengo sueño”… o a veces tenía un poquito de tiempo, que por ejemplo acababa de trabajar y llegaba temprano, pero era raro cuando llegaba a vernos, y cuando llegaba, llegaba con su novio… y a mi me daba mucho coraje… de que mientras yo me fregaba todo el día, ella todavía tenía tiempo para su novio.

E.: Llegaba con su novio…

C. M.: Ajá… yo pensaba en nosotros, en mis hermanitos… y no podía expresar todo lo que yo sentía. Y luego un día hubo un problema en la casa… sentí mucho coraje… y dije que yo le iba a hacer una para que ‘de veras’, que ‘de veras’ sintiera, para pagarle lo que ella me estaba cobrando.

E.: Sintió mucho coraje…

C. M.: Mmm… hubo un problema muy fuerte con ella: ese problema que hubo con ella fue de que… bueno… que tuve una relación sexual con un muchacho… pero ella no me dijo… ella dijo que si yo… no me preguntó a mi, no me preguntó nada, sólo me dijo que ‘a quién le había abierto las piernas’ y me empezó a cachetear, y a cachetearme muy feo… me golpeó delante de mi abuelito y delante de mis hermanos…

E.: ¿Y ud. qué pensó?

C. M.: No… no’más le dije: “¡Ay, cómo te odio! Eso que tú dices, te estás equivocando, yo no lo hice, pero vas a ver, lo voy a hacer para que ‘de veras’ si…”

E.: En ese entonces tenía 15 años…

C. M.: Ajá… yo no tuve fiesta de 15 años…

E.: ¿Y eso cómo la hizo sentir?

C. M.: Pues yo me sentía como… no triste porque bueno, al menos si no una fiesta, por lo menos que mi mamá estuviera con nosotros, que nos dedicara tiempo, o bueno… a mí. Pero no pudo… por el trabajo… por su novio.

E.: Si pudiera resumir en una sola palabra su relación con su madre, ¿con qué palabra sería?

C. M.: Fue como muy… muy deteriorada la relación… ella me dijo que mi papá… que la relación de ellos no se dio muy bien. Dice que cuando ellos andaban, que la drogó para que ella se quedara dormida y abusó de ella…

E.: Abusó de ella…

C. M.:Ajá… o sea, ella me dice que ella trabajaba e la casa de él, y que ya cuando se tomó una bebida… que cuando ella despertó, ya… pues si, ya había pasado… algo… pero yo no lo conocí, y no tengo recuerdos y las pocas fotos que tengo, se ve que es atento conmigo.

E.: Por medio de las fotos ud. se da cuenta que es afectuoso con ud…

C. M.: Ajá… o sea, mostró interés por mí…

E.: ¿Ud. cómo considera a su mamá?

C. M.: A la fecha, la considero una persona irresponsable: todavía para su edad, yo considero que no… que le tiene miedo a estar sola; y tan es su miedo que… tenía a su esposo y… cuando se divorció, tuvo otro novio… que también tomaba mucho, fumaba mucho… y ya después, hasta la fecha, está con otro muchacho. Con este muchacho, tuvo una relación afectiva… fueron novios, por así decirlo.

E.: ¿Ha tenido varias parejas su mamá?

C M.: Fue su esposo, fue mi papá, el novio que era nueve años mayor, y ahorita éste muchacho. Mi mamá como que… por mantener a ésta persona descuida mucho a sus hijos, ya no hablemos de mí, descuida mucho a mis hermanos.

Caso Cuca:

Entrevistador (E): ¿Cuántas hermanas tiene usted?

Caso Cuca (C. C.):Un montón, somos 8.

E.:¿Usted es la más grande?

C. C.: No

E.: ¿La de en medio?

C. C.: Mmm, ya ni sé

E.: Fue de las últimas

C. C.: Sí, todavía de mí hay, 2, pues no sé cuál será la otra pero…

E.: Antes cómo, dice que son 8 hermanos ustedes, en total son 8 ¿cómo se llevaban ustedes cuando no estaban casados y vivían todos juntos?

C. C.:Pues bien, nos llevábamos bien. Bueno, ya de rato enojados, contentos y así... Ya le conté que están por allá, pues no…

E.: ¿Y usted estudió?

C. C.: Pues no, tampoco no mucho, pero

E.: Bueno, pero primaria sí

C. C.: Sí

E.: ¿Hasta qué grado?

C. C.: A tercero nada más

Caso Evelyn:

Entrevistador (E): ¿Y estudió usted hasta algún grado en especial?

Caso Evelyn (C. E.):Hasta 6º grado

E.: Hasta 6º de primaria. Bueno, nada más estuvo trabajando en Estados Unidos ¿y algún otro trabajo que haya tenido?

C. E.: Bueno, estando chiquilla… trabajaba yo en un restaurant de cocinera y en el otro igual de mesera

E.Yde sus dos papás, ¿habrá alguno que tenga más aprecio por él?

C. E.: Pues yo siento que a los dos, pero quiero mucho a mi papá

E.: ¿A su papá, se debe a algo en especial?

C. E.: No, es que él es más, es más, este, es que mi mamá mucho me pegaba de chiquita, entonces por eso, mucho, mucho nos pegaba, y mi papá no, era el que siempre nos defendía, y luego como soy la única también me quiere bastante, pues yo lo quiero mucho porque no sé, yo lo quiero.

E.: Y con sus hermanos ¿cómo se llevaba?

C. E.: Pues con todos, ahora sí que con 2 de los 6 que tengo son con los que me llevo bien, con los otros no, ni nos hablamos ni nada.

E.: ¿No tienen comunicación así de: “oye, cómo estás”?

C. E.: No, ni me hablan, les dije de la niña que se me enfermó, que acá la tengo, nadie se ha dignado a hablarme siquiera para saber cómo va la niña, cómo está.

E.: Excepto los dos hermanos que dice…

C. E.: Esos sí, los dos, esos me hablan, a veces me mandan 50 dólares ahí con mi esposo, pero los otros, y son los mayores.

E.: Son los mayores los que…

C. E.: Los que casi no me hablan, yo digo que no me quieren.

E.: Dice que no la quieren.

C. E.: Yo digo.

E.: ¿Por qué dice eso?

C. E.: Porque pues allá de, estuve viviendo con ellos ahí, y no, nos peleábamos mucho.

E.: ¿Qué le hacían?

C. E.: Ellos son muy, cómo decirle, que exageran mucho, me cuidaban mucho, no querían que saliera, no querían que vieran a nadie, y aparte sus esposas son muy difíciles, no me dejaba, y a veces ellas me querían pegar y ellos se enojaban porque a mí me dicen que soy muy cabrona, casi no, no me llevo con ellos.

E.: Durante sus estudios en la escuela era ¿cómo era su desempeño?

C. E.: Casi no me gustaba estudiar, no, es que como mis papás se fueron a Estados Unidos nos dejaron en, en Cuernavaca con mi abuelita, vivíamos en Iguala, ellos nos trajeron a Cuernavaca, después ellos regresaron a Toluca, o sea, de escuela a escuela, nosotros fuimos creciendo, entonces cuando llegaron a Toluca a estudiar, que me metiera y a vivir, este ya ni nos gustó desde que me cambiaban, fui perdiendo el interés de la escuela y como ya estaba bien grande también me daba vergüenza ir a la escuela, ya tenía, qué, 13, salí de 15 años de la escuela, me daba cosa ir así a la escuela, ya no quería

E.: Después se fue a vivir a Estados Unidos.

C. E.: Si… Lo que pasa es que cuando cumplí 15 años mi hermano vino a la fiesta de XV años, entonces él me dijo que yo me iba a ir con él para allá, que ellos me iban a dar estudio y todo eso, entonces pues yo me fui; pero pues estando allá ya es diferente las cosas, mis cuñadas no quisieron que mis hermanos me metieran a la escuela ni nada de eso. Entonces ya tuve que… a los quince años me tuve que meter a trabajar allá en Estados Unidos con papeles de, de otra persona porque pues yo era menor de edad

allá. Entonces a trabajar y ya llegó la hermana, no, mi cuñada, su, su sobrina. El esposo del sobrino de mi cuñada tenía un hermano y que era el papá de Evelyn, ahí nos conocimos y nos juntamos, pero ya desde ahí ya teníamos mala vida, o sea él desde un principio me pegaba y no trabajaba y yo, yo tenía que trabajar para pagar la renta y todo eso. Entonces mis hermanos con engaños me mandaron para México, era menor de edad, me mandaron para México con mis papás para que según ellos me… o sea me quitaran al muchacho porque era muy malo; pero no, sí, casi un año estuve con él viviendo, y ya cuando nació a la niña más problemas y más problemas porque él me pegaba mucho … yo me vine para mi casa y conseguí ahí, él vino y entonces ya de ahí mi niña tenía 3 anos cuando me fui a Estados Unidos otra vez…

E.: Entonces ¿Le prohibía trabajar?

C. E.: Si, yo trabajaba pero él quería, o sea yo trabaja, él no. Y él me decía:“yo te quiero a tal hora aquí vieja, y a esa hora tienes que llegar”. Y al otro día mi patrona me decía:“No, es que te tienes que quedar más tiempo”, y él me pegaba porque llegaba un poquito, una hora después, él me pegaba. Estábamos en Cuernavaca, yo estaba allá y ahí le dije:“No, yo me voy para mi casa”, con engaños le dije: “No, yo me voy a ver a mis papás y regreso otra vez”. Pero, no, él me dijo, primero dijo sí pero después: “No, yo me voy contigo”, pero ya llegando a mi casa yo ya le dije que no quería estar con él, le dije que no, porque no llevaba buena vida.

E.: Y ¿qué hicieron sus papás?

C. E.: Pues ellos me apoyaron, ellos desde un principio me dijeron que esa vida que llevaba no era buena, pero que yo solita me iba a dar cuenta, porque ellos me dejaron. Fui a su casa y ellos miraron como era él, pero ellos no me decían Déjalo ni nada, ellos me dijeron que me iba a dar cuenta yo sola, hasta que él de plano ya no lo aguantaba y sí, me fui a casa de mis papás.

E.: ¿Cuál fue el motivo que, cuál fue la gota que derramó el vaso?

C. E.: Pues nomás, así, llegó un punto que la, como que ya no aguanté porque sí me pegaba todos los días, no comíamos, o sea, yo decía: “Quiero comer esto, pero no tengo dinero”.Ya en el embarazo, él me decía:“Pues no hay, y ahí te esperas”, y ya pues allá en mi casa mis papás son pobres pero nunca nos ha faltado de comer, entonces pues ya dije:“No, ya me voy para mi casa, yo le dije que nada más iba a visitar a mis papás, pero era una mentira”.

Es así como la historia personal de los padres repercute y se manifiesta al momento de formar una familia, concretándose con los hijos y en el trato que les dan. La historia que no quieren repetir se reproduce una vez más en sus hijos; sufren carencias por la falta de planeación o no cuentan con un ambiente familiar que les contenga emocionalmente.Las entrevistadas, crecen en un ambiente no favorable que le dé ‘bienvenida’ a su proceso de desarrollo, generando en ellas resentimiento y enojos hacia sus seres queridos.——

4.5 Proceso del embarazo, parto y crianza del niño

El embarazo y la llegada de los hijos son vistos de manera positiva y aceptable en nuestra sociedad, cuando son concebidos dentro del matrimonio, y más si es en los primeros meses años de vida conyugal.En el discurso social, los hijos son un ‘referente explícito’de lo bien de la relación matrimonial, y son la ‘base’ de la pareja.

En lo cotidiano, la mujer que por primera vez se espera un hijo, es ‘introducida’ a su ‘nueva identidad’ de embarazada por parte de mujeres que

vivieron ya ése proceso: recibe consejos y sugerencias respecto a cómo cuidarse en su alimentación, qué posiciones son las adecuadas para dormir, sentarse; remedios y recetas para ‘contrarrestar’ los ‘síntomas normales’ el embarazo como los mareos, náuseas, vómitos, etc.; le sugieren que ‘le hable’ a su bebé para que la escuche, que acaricie su vientre, para que ‘la sienta’ y reciba su afecto, etc.

También es sabido que las mujeres ‘expertas’ en el embarazo (aquéllas mujeres que han experimentado un embarazo o más), tienen ‘conocimiento’ sobre la afectación que tiene en el bebé en gestación las emociones, por lo que dentro de las ‘enseñanzas’ para la embarazada, está en mantener una actitud positiva, que esté contenta, feliz, etc.

De ésta manera, es como se va ‘permeando’ lo cultural en el bebé, incluso antes de que nazca; se le sitúa en un contexto con creencias, lenguaje, geografía, una historia emocional que lo construye e incluye, (López Ramos, 2000).

En ésta construcción e inclusión a una cultura, también habrá que tomar en cuenta que más allá de la situación y lapso histórico en que se encuentra el bebé n gestación, el mismo es una coyuntura, un punto de referencia donde se concretan dos historias familiares: la del padre y la madre.

Estas dos historias abarcan acontecimientos, situaciones, vivencias y experiencias que ‘marcaron’ y constituyeron a los elementos de la familia; sin excepción alguna, todos los integrantes son ‘alcanzados’ por dichas historias, tanto aquellas que generan orgullo y de manera ‘consciente’ se repiten (como aquellas profesiones que se ‘heredan’: médicos, abogados, ingenieros…), o aquéllos secretos familiares que en algún elemento de la familia 3, 4 o 5 generaciones posteriores, se manifiestan en integrantes delincuentes, mujeres

abusadas sexualmente, alcohólicos, drogadictos, hasta aquéllos que se simbolizan en algún tumor o cáncer, (Ancelin, A., 2004).

Vail y Cavanaugh (2006) y Papalia, (2005) describen el proceso de desarrollo embrionario desde la gestación hasta el parto con un enfoque biologicista y genético; abordan los factores de riesgo por parte la madreen consumo de teratógenos: alcohol, tabaco; citotóxicos, como medicamentos y drogas sintéticas; un ambiente restrictivo prenatal: poca alimentación o aporte nutricional deficiente del cordón umbilical, así como enfermedades de transmisión sexual. También describen factores de riesgoen el crecimiento embrionario por parte del padre, como la exposición a cocaína, marihuana, alcohol, plomo, mercurio y pesticidas: éstos pueden producir espermas anormales y adherirse a ellos y penetrar en el óvulo durante la concepción.En general, describen defectos congénitos o alteraciones en el feto como el Síndrome de Down, Síndrome de Alcoholismo fetal, espina bífida, paladar hendido.

En ambos textos, sólo refieren sobre la percepción, sensación y actividad psíquica en el bebé después del nacimiento. Por otra parte, Perinat, (2003)menciona que los fenómenos psíquicos son inherentes a la corporeidad, por lo que el cuerpo conlleva un actividad psíquica. El criterio primordial de que existe conducta, es el movimiento. Así, el autor valida que con los primeros movimientos detectables en el feto de 2 meses, nace la conducta; a las 16 semanas de gestación tienen un nivel de recepción y respuesta táctil, olfativa y gustativa notables. Los fetos perciben, ante todo, los ruidos internos del cuerpo de la madre (procesos digestivos, respiratorios, latidos cardíacos) y perciben sonidos externos.

Los ruidos externos que mejor llegan y captan fielmente el oído del bebé en gestación, son las voces humanas, y en competencias de sonido la voz de su

madre es la que con mayor agudeza captan. Como el oído también es el órgano del equilibrio, conjugado al sentido material y metafórico de éste concepto, a través de los sonidos se contribuye a echar los fundamentos de una 'psique equilibrada'. De ser así, también se identifica un factor de riesgo la cercanía con lugares muy ruidosos, como aeropuertos, carretera y ciudades, (Perinat, op. cit.).

Al igual que Papalia y Vail y Cavanaugh, Perinat (2003) identifica similares factores de riesgo que afectan al bebé en gestación: consumo de alcohol, tabaco, drogas, medicamentos. Sin embargo, añade la ansiedad y el estrés materno, ya que puede afectar al feto vía umbilical o generar complicaciones en el embarazo. En cuanto a la relación madre-hijo, menciona que en la actualidad éste papel está atestado de dificultades, pues de entrada, muchas mujeres no aceptan la maternidad: sienten su vida profesional o social amenazada por la dedicación que va a exigirles criar a su hijo.

Como observación, "Desarrollo Humano" de Papalia es uno de los textos de desarrollo humano que con mayor frecuencia se revisa en el plan de estudios de psicología en la F. E. S. Iztacala. Se aborda la concepción y el desarrollo del bebé desde una óptica biológica y organicista; esto como resultado de una visión médica: no se aborda a detalle la planificación que a consciencia requiere la planeación y concepción de un bebé.

Con base en lo anterior, es necesario destacar la importancia que requiere planificar y desear a los hijos, el cuidado que debe tenerse incluso desde antes de concebirlos. El deseo de traerlos al mundo, las expectativas, los cuidados que los padres tuvieron consigo mismos en su alimentación, el trabajo personal (búsqueda o construcción de sentido de vida, su espiritualidad, entendida como el 'ser-y-estar-en-el-mundo'), el desarrollo de sus potencialidades, la percepción que tiene

de sí mismo, la de su familia, su visión del mundo, etc.,se harán presentes en la gestación, y más aún, en el nacimiento y desarrollo del bebé.

Castillo López (en Herrera O. y Chaparro A., 2010), en una investigación que llevó a cabo con mujeres embarazadas, demuestra que es importante las circunstancias en que es engendrado un bebé, pues influirá de sobremanera en su desarrollo físico, psicológico y emocional. La autora habla de incluir el embarazo en un proyecto de vida y no que sea resultado de un descuido en las relaciones sexuales.

Mantak Chía y Douglas Abrams (2006), mencionan que en la eyaculación de espermatozoides todos los órganos se preparan y aportan “lo mejor de sí” en energía, pues el cuerpo “sabe” que el acto sexual tiene por objetivo primordial la reproducción. De igual modo, los óvulos reciben un ‘aporte energético’ de todos los órganos al momento de la ovulación. Entonces, si partimos de la idea que los órganos brindan su mejor energía a las células reproductoras para la fecundación, habría de cuestionar cuál es la condición corporal del padre y de la madre en ése momento crucial.

Con lo anterior, podemos decir que todos los procesos psicológicos, emocionales, corporales y orgánicos están interrelacionados, sin posibilidad de escapar uno de la influencia de otro: por ello la importancia del cuidado personal; tener un proyecto de vida; que la planificación para tener hijos se tome en cuenta desde la alimentación, el cultivo de las emociones positivas y constructivas, la reconciliación con los padres y con la naturaleza, encontrar ‘su-lugar-en-el-universo’, entendiéndolo como su sentido de vida.

Por ello, Castillo López (op. cit.) en su investigación menciona las situaciones diversas que han impactado en los bebés, que se desarrollaron en su 'memoria corporal' y son manifiestas en su nacimiento y posterior crecimiento. Menciona que sólo cuatro de los entrevistados planearon su embarazo; sin embargo, tanto los embarazos no planeados como ellos, descuidaron la atención medica los primeros meses; en los embarazos no planeados, fue sorpresivo, luego se vivieron emocionalmente angustiados, resignados con una mezcla de alegría; en los casos en que son madres solteras, se viven con enojo y tristeza; comienzan a relacionarse con el bebé al hacerse notorio el embarazo (hablando con el bebé, acariciando el vientre) y no desde que tienen conocimiento de su gestación.

La autora menciona: "vemos cómo durante el embarazo el bebé recibe mensajes que van desde el amor hasta la indiferencia y el rechazo, llegando así al momento del parto, el cual para todos los participantes es un momento de mucha alegría. Sin embargo, ejemplos de lo que el bebé 'recuerda' en su vida uterina y ha quedado 'grabado' en su cuerpo son cordones umbilicales enredados o se aferraban a ellos al nacimiento, cuando hubo problemas en la pareja o ideas de aborto; rechazo al padre al escuchar su voz.

A continuación, los datos obtenidos en las entrevistas de las circunstancias previas al embarazo, cómo lo vivieron de manera personal, en pareja, las redes sociales que le acompañaban, el proceso de embarazo y nacimiento del bebé.

Entrevistas:

Caso Luis Manuel:

Entrevistador (E):

Caso Manuel (C. M.):

C. M.: Le contaba lo difícil que se me hacía cargar con todas las responsabilidades de la casa, dije: “pues voy a tener mis responsabilidades”.

E.: ¿En qué sentido?

C. M.: En que si ya tenía que hacer ‘esto’, ‘lo otro’, pus yo voy a tener mi familia… y como no iba a la escuela como mis hermanos, pus me ‘destrampé’…

E.: ¿Cómo fue ese ‘destrampe’?

C. M.: Pues me salía a dar la vuelta, iba aquí y allá… conocí a gente, entre ellos a mi novio.

E.: ¿Entonces cuando le hacían algo, así se desquitaba?

C. M.: Pues me salía yo con él… ése era mi desquite… salíamos, nos íbamos a dar la vuelta, a tomar un helado, no íbamos a bailar, pero sí íbamos al parque y nos quedábamos mucho tiempo platicando ahí… ahí nos quedábamos sentados… ése era como mi desquite.

E.: Con respecto a su relación con su mamá, ¿sintió que algo le faltó?

C. M.: Si… me faltó mucho… que me apapachara, que le contara todo lo que yo sentía… yo le quería platicar algo y me decía: “Es que ya es muy noche”, “es que estoy muy cansada”, “es que tengo sueño”… o a veces tenía un poquito de tiempo, que por ejemplo acababa de trabajar y llegaba temprano, pero era raro cuando llegaba a vernos, y cuando llegaba, llegaba con su novio… y a mi me daba mucho coraje… de que mientras yo me fregaba todo el día, ella todavía tenía tiempo para su novio.

E.: Llegaba con su novio…

C. M.: Ajá… yo pensaba en nosotros, en mis hermanitos… y no podía expresar todo lo que yo sentía. Y luego un día hubo un problema en la casa… sentí mucho coraje… y dije que yo le iba a hacer una para que ‘de veras’, que ‘de veras’ sintiera, para pagarle lo que ella me estaba cobrando.

E.: Sintió mucho coraje…

C. M.: Mmm… hubo un problema muy fuerte con ella: ese problema que hubo con ella fue de que… bueno… que tuve una relación sexual con un muchacho… pero ella no me dijo… ella dijo que si yo… no me preguntó a mi, no me preguntó nada, sólo me dijo que 'a quién le había abierto las piernas' y me empezó a cachetear, y a cachetearme muy feo… me golpeó delante de mi abuelito y delante de mis hermanos…

E.: ¿Y ud. qué pensó?

C. M.: No… no'más le dije: "¡Ay, cómo te odio! Eso que tú dices, te estás equivocando, yo no lo hice, pero vas a ver, lo voy a hacer para que 'de veras' si…"

E.: En ese entonces tenía 15 años…

E.: ¿Y ud. qué pensó?

C. M.: No… no'más le dije: "¡Ay, cómo te odio! Eso que tú dices, te estás equivocando, yo no lo hice, pero vas a ver, lo voy a hacer para que 'de veras' si…".

E.: ¿Cómo se dio la relación con su esposo?

C. M.:El empezaba a hablarme mucho… que bueno… hasta la fecha es hablador a más no poder: me hacía la plática y me empezaba a platicar y a platicar y a platicar y me contaba que se compraba que 'esto' que lo 'otro'… se sentía muy luchador…

E.: En el aspecto de que…

C. M.: Tengo mi casa, tengo 'esto', tengo lo 'otro'… me caía muy mal. Una vez me dijo: "ayúdame a arreglar mi papelería, yo te pago". Y ahí fue cuando se empezó a dar la relación. Y ya… nos empezábamos a ver en el parque cuando me sentía mal…

E.: Y le platicaba cómo se sentía…

C. M.: Ajá…

E.: Respecto al embarazo, ¿cómo se dio?

C. M.: Pues me las vi difícil porque yo tenía mucha leucemia… venía mal el niño porque tenía bajo peso.

E.: ¿Bajo peso?

C. M.: Ajá, y mi mamá me inyectó, buen, me mandaron inyectar hierro y ácido fólico.

E.: ¿Su hijo es el primero?

C. M.: Si

E.: ¿Y cómo se dio el embarazo? ¿Era planeado, no planeado?

C. M.: Mmm. No.

E.: En esos momentos, ¿qué circunstancias había entre usted y su esposo?

C. M.: Tuvimos muchos problemas, de hecho nos juntamos cuando el niño… cuando yo me embaracé no vivíamos juntos, hasta después que tenía 6 meses mi hijo… y pus bueno… la verdad ninguno de los dos lo queríamos, pero en fin… se aceptó el embarazo.

E.: ¿Qué sentimientos prevalecieron cuando usted supo del embarazo y en el lapso que duró?

C. M.: Pues fueron muy tristes los primeros 6 meses del embarazo, porque la que vio por mi fue mi mamá. Durante ese tiempo ella fue la que me cuidó en el embarazo… porque estuve muy chica… me tuve que poner a trabajar… y porque no aceptaba todavía al bebé, y fue por la presión de mi familia, que opté porque el bebé naciera.

E.: ¿Llegó a pensar que sería bueno no tener el bebé?

C. M.: Si

E.: ¿Hubo algún intento de interrumpir el embarazo?

C. M.: Si. No hice nada para interrumpir el embarazo, pero si me fui a informar para ver qué tenía que hacer para interrumpir el embarazo.

E.: ¿A qué instancia recurrió para informarse?

C. M.: a los teléfonos que luego vienen en los periódicos.

E.: ¿Y qué le dijeron?

C. M.: que son 4,000 pesos. Uno podía ir, le internaban y que ahí le practicaban el legrado…

E.: Dice usted que a lo largo del embarazo estuvo sola y hasta los 6 meses fue cuando ya vivía su esposo con usted…

C. M.: Ajá… yo tenía seis mees.

E.: ¿Cómo fue la relación, antes y después de que vivir juntos?

C. M.: Cuando no estuvimos juntos fue… me dio mucho coraje con él… mucho, mucho coraje. Yo le echaba la culpa a él y él me la echaba a mí… yo ni siquiera sabía donde vivían sus papás… vivíamos muy cerca del trabajo de la casa de sus papás, y el pasó una vez… ahí nos volvimos a ver… y ya, nos empezamos a ver de ahí otra vez. Y eso si… le grité todo lo que sentía.

E.: ¿Qué le gritó?

C. M.: "¡Eres un desgraciado! ¡Te olvidaste de tu niño! ¡Ojalá te murieras!"… así le grité.

E.: ¿Y después de esto qué pasó?

C. M.:Cuando yo me fui a vivir con él, dije que iba a ser la definitiva, que si iba a estar con el era para toda la vida. Que no fracasara mi matrimonio… pase lo que pase íbamos a estar juntos, que iba a ser cariñosa con él, conforme se diera el tiempo.

E.: Su intención en verdad era permanecer juntos…

C. M.: Ajá… mi mamá me apoyó mucho… me apoyó demasiado. Ella fue la que me apoyó durante el embarazo… se echaba como la culpa. Decía: "¡Ay! Si yo te hubiera hecho esto; si no te hubiera pasado esto", "Si yo te hubiera hablado de esta manera"… mi mamá, se empezó como a portar bien. En ese entonces la verdad era ya más detallista… hablaba yo más… le contaba mis cosas. Me regaló una televisión.

E.: ¿Le regaló una televisión?

C. M.: Ajá. Andaba yo bien vestida, bien calzada, a mi hijo no le faltaba nada, nada. Tenía todo y ya me fui a estar con él… cuando empezamos a vivir juntos ya no trabajaba, ya no me vestía pantalones ajustados, no me ponía playeritas, ya no me ponía falda… Y bueno, ya a los ocho meses de embarazo se me 'quitó' el coraje. Y ya, el niño nació…

E.: ¿Cambió la relación cuando nació el niño?

C. M.: Pues bueno… si fue bonito…. como hasta el medio año, porque teníamos buena relación, se llevaba bien con el bebé, lo atendía bien… nosotros también, nada más que cuando el tenía un negocio de ropa, empezó a bajar… el era alcohólico, pero el jura, y así se la va llevando… en ese momento se le acabó el juramento, y empezó a tomar y a tomar y a tomar.

E.: A tomar lo que no tomó…

C. M.: Ajá… ahí fue donde empezaron los problemas, porque quedé embarazada nuevamente… se empezó a preocupar más por el niño que venía que por el que ya estaba. Y ahí comenzaron los problemas: el le llegó a pegar al niño cuando estaba chiquito. Tenía como dos años y medio… no, como un año tres meses, algo así…

E.: ¿Nació el niño en un hospital?

C. M.: Ajá… parto normal.

E.: ¿Usted lo amamantó o hubo que darle fórmulas lácteas?

C. M.: Si… yo le di pecho un mes nada más, porque después me metí a trabajar. Trabajaba en un puesto de comida, entonces me lo llevaba conmigo y le daba fórmula… de la NAN. Ya como a los tres meses le empecé a dar comida.

E.: ¿Tres meses?

C. M.: Ajam… le daba Gerber, plátano… ahorita se que… uno debe respetar los seis meses para poderles dar comida, porque yo le daba verduras, un Gerber, Danonino, un plátano, jugo, una yema de huevo y un jitomate… eso era lo que yo le daba diario, y se me puso muy gordito… un piensa que está siempre sano, ¿verdad? ¡Y comía muy bien! Comía verduras, tomaba leche… tomaba demasiada leche.

E.: ¿De la envasada?

C. M.: De fórmula, la 1, la 2 y la Nido.

E.: Dice que no sabía que antes de los seis meses qué tipo de alimentación se le debe dar al niño...

C. M.: Ajá.

E.: ¿Y a partir de los 6 meses qué le daba?

C. M.: Yo le daba pollo, verduritas, le daba higadito, le seguía dando yemas de huevo, le seguía dando jugo… ya el Gerber no lo aceptaba…

E.: En ése momento, ¿cómo consideraba la relación con su papá con el niño?

C. M.: En ese momento lo atendía muy bien… jugaba mucho con él, dormía, bueno, dormíamos juntos en la cama… en la noche se lo quedaba. Yo lo cuidaba en el día y el en la noche. Cuando había que darle de comer, a veces nos turnábamos los dos. Era más atento con él: le cambiaba los pañales; que iba al mercado, se lo llevaba.

E.: ¿Después qué pasó?

C. M.: Fue en el embarazo del segundo niño cuando empezó a tomar y que tronó su empresa… puso… fábrica de ropa industrial, pero ya no se pudo mantener… y eso fue lo que… se agarró más por el alcohol… su mal genio, ya no lo tomaba en cuenta, ya no jugaba con él. Conmigo se empezó a poner muy agresivo. Tenía el embarazo del otro niño y fue cuando me le pegó… el bebé como que se empezó a 'caer' un poquito en ese entonces…

E.: ¿Empezó a caerse?

C. M.: Si… era un niño muy alegre en ese entonces…

E.: Alegre…

C. M.: … jugaba mucho, sonreía mucho, era un niño inquieto… pero después de eso si… como que se puso 'cabizbajo' ya no comía bien… intentaba caminar y dejó de caminar, dejó de avisarnos que de querer ir al baño, todo lo que le daba de comer: pollito, verduras, lo dejó de comer.

E.: ¿Prácticamente dejó de comer?

C. M.: Si… tomaba mucha leche, eso no dejó de tomar… le teníamos que buscar algo para que comiera, porque ya no se comía la comida.

E.: ¿Cómo se sentía usted?

C. M.: Bueno… yo me sentía muy mal, porque yo trabajaba y llegaba y veía a mi hijo morado… yo lo vi morado de todo su lado derecho… muy mal.

E.: ¿Era porque le pegaba?

C. M.: Ajá. Le pegó dos veces mientras vivimos juntos, pero le había pegado muchas, pero de esa magnitud…

E.: ¿Qué emociones le provocó?

C. M.: Coraje, mucho coraje, 'sentimiento', impotencia…

E.: ¿Con 'sentimiento' se refiere a tristeza?

C. M.: Si… porque no… no tenía por qué haberle pegado… estaba muy chico para que me lo hubiera golpeado, y a parte me lo negaba y me lo negaba: 'yo no le pegué' y 'yo no le pegué', y me lo manejó así, hasta tres años que me dijo que si le había pegado.

E.: ¿Cuándo ocurría algún accidente, se batía la ropa con la comida o hacía travesuras, cómo lo corregían?

C. M.: Bueno… yo como que lo dejaba. Se le caía algo, decía: "¡Ay, ya se le cayó!", pero mi esposo no, mi esposo le decía: "¡Ay, siempre haces lo mismo! ¿Cuándo será el día en que no tires algo?". Yo le decía: "¡No hagas eso!" o "¡No te batas!"… yo lo veía como algo normal. Eran accidentes que pasaban, no le tomaba mucha importancia cuando algo se le caía, cuando se ensuciaba.

E.: ¿Usted en algún momento llegó a pegarle, sea porque se haya desesperado por alguna situación?

C. M.: Cuando ya creció un poquito más, si.

E.: ¿Cómo a qué edad?

C. M.: Cuando nació el tercer bebé. Fue cuando me empecé a desesperar mucho… fue cuando empecé a sentir mucha presión: el cuidar de los niños, el aseo de la casa, tenía yo que ir a trabajar. Era ahí cuando me desesperaba mucho.

E.: Supongo que en una situación de enojo… llegaba de trabajar y veía la casa desarreglada…

C. M.: No, yo trabajaba y me llevaba a los tres. Ya llegaba de trabajar y hacía las cosas de la casa. Ya cuando llegaba a lavar la ropa… y cuando me enojaba si les gritaba… y si, en ocasiones también me los llegué a 'sonar', tanto a él como al otro niño.

E.: ¿Cómo se los 'sonaba'?

C. M.:Era ‘manazo’ y ‘nalgada’… y les gritaba: “¡No hagas eso!”… pues eso…

E.: ¿Con quién tiene mayor relación Manuel: con su familia o con la familia de su esposo?

C. M.: Con las tías de mi esposo, con su abuelito y con mi familia.

E.: ¿Principalmente?

C. M.: Con las tías y con mi mamá.

E.: ¿Con las tías cómo es la relación?

C. M.: Con las tías… el era el consentido, por ejemplo, y no le podía yo decir nada, ni regañarlo, ni decidir qué comía, porque ellas eran las que mandaban… eran muy atentas, bueno… una falleció. Bueno, ellas tienen mucha atención y todo…

E.: ¿Y de qué falleció?

C. M.: De un tumor en la matriz.

E.: ¿Hace cuánto ocurrió?

C. M.: Tenía dos años Manuel…

E.: ¿Por parte del abuelo paterno del niño, cómo es la relación?

C. M.: Como niño.

E.: ¿Cómo?

C. M.: Si, como niño: juega con ellos como niño, juegan que a las ‘luchitas’, que al ‘carrito’, que a la pelota, así… o sea, es como un niño: no me los regaña, no me les dice nada, no les llama ni siquiera la atención… que si quieren tirar, que tiren.

E.: ¿Qué les daba de comer?

C. M.: No, yo… bueno, cuando era la hora de la comida, normalmente les daba de comer lo que yo hacía. Cuando mi hijo Manuel se iba con sus tías por unos

cuatro o cinco días… comía con sus tías puro Mc Donald's, puro Kentucky… puro Burger King o Vips, nada más. Era lo que comía. Cuando estaba conmigo comía pura verdura, comida que yo le preparaba.

E.: ¿Y qué sabores predominaban cuando usted guisa: salado, agrio, lo dulce, lo amargo o lo picante?

C. M.: De vez en cuando me queda un poco salada la comida… pero digo yo que sabe rica.

E.: ¿Y aparte de lo salado?

C. M.: Yo le preparaba picoso a mi esposo. A los niños era lo mismo, pero sin picante. Regularmente se me pasaba la mano en lo salado.

E.: ¿Hay alguna comida que le haga daño a Manuel?

C. M.: Come todo y bien… bueno… todo comía. Ahora dejó de comer verduras.

E.: Come más carne, supongo…

C. M.: Ajá… más carne, carne de pollo, pavo, lo que eran las pechugas asadas… los frijoles, las lentejas, eso sí le gusta mucho. Arroz, sopa, espagueti, fideos…

E.: ¿De qué se le enfermaba frecuentemente?

C. M.: El no se enfermaba… casi no, muy rara vez, de vez en cuando de una diarrea, pero es muy rara vez. El no… el no se enfermaba. Y eso porque… mi esposo tenía mucho la costumbre de comprar jugo de naranja, y a Manuel le encantaba tomar jugo de naranja: se tomaba su vaso de leche y luego se tomaba su vaso de jugo de naranja. Pero podía tomarse su vaso de leche y su jugo y no le hacía daño.

E.: ¿Cuándo se enfermaba Manuel, lo llevaba al médico? ¿Lo medicaba?

C. M.: Eso me pasaba mucho al principio: casi no se me enfermaba mucho y cuando se llegaba a enfermas, lo único en que gastábamos era en el otro

niño, el se me enfermaba mucho de gripa. Que tenía algo en los pulmones, que se volvió alérgico, le daba mucha gripa, mucha tos, le dio alergia… era mucho aseo, porque le daba mucha tos, le salía mucha roncha…

E.: Y Manuel se le enfermaba de diarrea…

C. M.: Como Manuel casi no se enfermaba, nosotros lo medicábamos. Hasta ya como a los cuatro años, que ya se me empezaba a enfermar más: empezaba con fiebre y fiebre, y gripa… y así se la llevó hasta los cinco años… le dio una varicela, le salieron unos granitos atrás de la oreja y bueno… en ese entonces lo llevamos con el doctor. Y cada vez que tenía algo, al doctor; que fiebre, al doctor. Porque luego cuando se me enfermaba yo con el medicamento lo iba controlando: le daba un 'Mejoralito', un 'Tempra' y se le quitaba la fiebre… y ya después de los cinco años le daba medicamento y no se le quitaba la fiebre, era ya de llevarlo con el doctor para que le pusiera una inyección, y ya, se le quitaba.

E.: Me queda una duda: ¿lo medicaba por recomendación de la vecina, alguna tía o familiar?

C. M.: No, iba yo al doctor o a la farmacia y les decía: "Es que mi hijo tiene esto", y ya, me decían: "No, pues dale esto" y era lo que compraba. Que tenía tos, fiebre o que gripa, ya yo le compraba Dimacol, "Desenfriolito", "Mucosolvan", cosas así…

E.: Ajá…

C. M.: También le empecé a comprar vitaminas, como empezó a dejar de comer, y sin que a mi me dijeran, le empecé a comprar vitaminas. Dije: "Si no come, ¡vitaminas!". Le compré uno que anuncia para los grandes, que también anuncian para los niños, y aparte 'sucrolito'. Era lo que yo le daba y no se lo daba diario, lo dejaba descansar un día y así...

E.: ¿Cuándo lo medicaba qué dosis le daba?

C. M.: La que me decían: ahí en la farmacia luego me decían: “Dele 5ml después de cada desayuno”, “dele tantas gotas cada 8 horas”. No soy de esas personas que acostumbra a darles muchos medicamentos. Les daba dos días máximo, y ya después los dejaba descansar…

E.: ¿Algún otro tipo de tratamiento: herbolario, naturista?

C. M.: No… mi mamá es la que les daba “Omnilife”, eso era lo que les daba.

E.: Supongo que trabajaba en eso…

C. M.: Todavía trabaja en eso.

Caso Evelyn:

E.: ¿Cómo se dio el encuentro con su esposo? ¿Cómo se conocieron?

C. E.: Fue allá en Estados Unidos. El esposo del sobrino de mi cuñada tenía un hermano y que era el papá de Evelyn, ahí nos conocimos y nos juntamos, pero ya desde ahí ya teníamos mala vida, o sea él desde un principio me pegaba y no trabajaba y yo, yo tenía que trabajar para pagar la renta y todo eso. Entonces mis hermanos con engaños me mandaron para México, era menor de edad, me mandaron para México con mis papás para que según ellos me… o sea me quitaran al muchacho porque era muy malo; pero no, sí, casi un año estuve con él viviendo, y ya cuando nació a la niña más problemas y más problemas porque él me pegaba mucho (…), yo me vine para mi casa y conseguí ahí, él vino y entonces ya de ahí mi niña tenía 3 anos cuando me fui a Estados Unidos otra vez (…)

E.: De esa relación ¿Qué sensación tiene?

C. E.: Nada, bueno, pues él ya vino, pero yo a él ya, ya… ya me da coraje porque, porque a veces siento que por eso mi niña está enferma… su mamá murió de cáncer y… y aparte que a veces nos quedábamos sin comer una

semana y yo estando embarazada y yo siento que a lo mejor por todo esto me malpasé mucho, no tomaba vitaminas, no me estaba checando con, con ningún doctor, entonces yo pienso que por eso; porque él era muy celoso, no me podía juntar con nadie. Entonces no yo con él no… pues siento coraje nada más por lo que me hizo a mí, pero la niña pues es su papá, lo quiere, lo vio y todo, pero y así que vino y de que ya se fue apenas, y pero en el año que estuvo él aquí trabajando en México nunca… ni un peso, le daba 10 pesos, y él en una ocasión que íbamos a comprar medicamento muchas veces yo le dije:"vamos pa' que le compres su medicamento". No, él nunca quiso, que no, no le interesa yo pienso, no quiere a su hija, y entonces ya se fue otra vez, ya no hizo de ella. Por mí que nunca vuelva a ver a la niña pues nunca se ocupó de ella.

E.: Me mencionaba que luego se malpasaba en su etapa de embarazo…

C. E.: Sí

E.: ¿Nunca fue con el médico a revisiones?

C. E.: No, fui hasta que, fui a mi casa y ya mi mamá me dijo que cuántos meses tenía y yo le dije que 8 y ellos se espantaron porque no se me notaba, yo estaba bien delgada y ya me dijo: "No, ay que ir al doctor ya". Luego al otro día me llevaron al doctor y me pusieron… me dieron vitaminas, las que dan y todo eso pero de 8 meses hasta los 9 meses me estuve checando; pero mientras empecé de mi embarazo no, no.

E.: Cuando se embaraza de Evelyn ¿usted lo tenía planeado?

C. E.: No

E.: ¿Cómo recibió usted la noticia?

C.E.: Pues contenta a la vez, todos pensábamos que iba a tener una bebé, no, pero pues sí, nació bien, estaba bien contenta, el que no se puso contento fue el papá de Evelyn, porque él es de esos hombres, de por sí en su familia ellos quieren tener puros niños, no niñas, entonces cuando vio que

era la niña, pues yo creo por eso no la quiere, porque ahora se casó y tiene 2 niños, y él quiere mucho a sus niños, y a ella no la quiere

E.: Cuando se enteró, tuvo algún pensamiento así de: “¡Chin!, ¿por qué a mí?”

C. E.: No, no

E.: Y sus papás, los papás de usted ¿cómo lo tomaron?

C. E.: Ellos estaban contentos, sí

E.: ¿Tenían alguna expectativa de que fuera niño o niña?

C. E.: No, nomás ellos decían que querían niña, o sea, como soy yo única entonces los dos querían niña, y por eso la quieren mucho a ella, porque es niña, y al niño también, pero más quieren a la niña y la apapachan más que nada porque está enferma

E.: ¿Y qué, qué le hacen o qué le dicen?

C. E.: Le hablan con cariño, le dan dinero cuando vienen para lo que ella quiera comer, le compran lo que ella quiere, la consienten, a lo mejor más que yo, porque yo luego la cuido porque ella quiere comer pura chuchería en la calle, y pues no, no me gusta la verdad, y ellos con ver qué contenta está la niña le dan lo que ella quiere

E.: ¿Cómo se conoció con su actual esposo?

C. E.: Yo estaba trabajando en Estados Unidos y mi esposo allá estaba también

E.: ¿Qué circunstancias se la llevaron a trabajar allá?

C. E.: Este… porque tenía yo mi niña la grande… allá en el rancho no hay lugares de trabajo.

E.: Y ¿de qué trabajaba allá en Estados Unidos?

C.E.: Trabaja yo de mesera.

E.: ¿Cuánto tiempo estuvo por allá?

C. E.: 4 años.

E.: Igual con su hija, ¿se la llevó?

C. E.: No, ella se quedo aquí sola con mi mamá.

E.: Se conocieron allá ¿y?

C. E.: Nos juntamos y nos, tuvimos problemas allá porque allá lo agarró la policía tomado y manejando, entonces es un delito allá, lo agarraron, lo echaron a la cárcel un año y de ahí lo aventó la migración para México. Entonces yo me tuve que venir porque ya mi esposo estaba de este lado, mi niño también tenía que tener a su papá, la dejó de 8 meses y ya tenía más del año, por eso nos tuvimos que venir, por eso tuvimos que regresar a Puebla, mi esposo es de San Luis Potosí, pero nos fuimos a Puebla na' más a traer a la niña y de ahí nos fuimos para San Luis, los 4.

E.: Y ¿Cómo ha sido su relación con el?

C. E.: Bien.

E.: ¿Cómo bien?

C. E.: Pues bien, lo que pasa es que ahorita tenemos un poquito de problemas porque el niño está enfermito y a veces él como que no me cree de que está enfermo. El niño desde chiquito ha sido enfermo, que le daba mucha tos, mucha tos, entonces ahora, pues la niña está enferma, ya ves, tiene leucemia y de repente el niño llega aquí a México el 20 de diciembre y viene todo morado y lo llevo a urgencias del hospital allá donde están viendo mi niña y que me dicen que tenía tapadas sus vías respiratorias, lo nebulizaron y desde esa ocasión lo estoy llevando al hospital, pero a veces se me pone bien mal y como que no me cree porque pues sí estoy gastando demasiado en el tratamiento del niño hasta más en el que en de la niña porque gracias a Dios la niña tiene Seguro Popular, pero el niño no, no entra en el seguro él. Aja y ahorita me dice que no, que no nos vamos a ir.

E.: Cuando nació Evelyn ¿dónde nació?

C. E.: En mi casa con partera,

E.: ¿Cuánto tiempo duró el proceso de parto?

C. E.: Como 2 horas porque fue como a las 10 de la noche cuando empecé más con dolores y me alivié a las 12 de la noche

E.: ¿Y fue difícil el parto?

C.E.: No, no fue difícil

E.: ¿Cuánto tiempo le dio pecho?

C. E.: Casi un año.

E.: Y mientras tomaba leche materna¿qué otro alimento le daba?

C. E.: Papillas de fruta o de verduras

E.: ¿De Gerber?

C. E.: No, naturales, de fruta natural

E.: ¿Usted las hacía?

C. E.: Ajá.

E.: ¿Alguna otra cosa?

C. E.: Yogures, jugos

E.: Aparte del proceso de embarazo, mientras vivía con su esposo,¿tenía usted relación con sus papás?

C. E.: ¿Cómo, con sus papás de él?

E.: Sí, con los de él y con los de usted

C. E.: Mmm, pues yo vivía con sus papás de él, en casa de los papás de él. Pero pues casi no, con mis papás casi no porque no teníamos dinero para ir allá,

a Puebla, ese día le dije que (…) sólo que mis papás a veces nos mandaban un poco de dinero con conocidos, y ya llegaba a ir a verlos

E.: ¿Cómo se llevaba con los papás de su…

C. E.: Pues con su papá era bien, pues bien, pero con su mamá siento que no me quería

E.: ¿Por qué, le hacía algo?

C. E.: Sí, ella era la que a veces escondía la comida, no quería que comiera, porque su hijo…

E.: ¿Y usted qué hacía?

C. E.: Pues nada, nada más miraba que ya no había de comer, y me decía una de mis cuñadas que su mamá ya había metido todo al cuarto de ella y que ya no iba a poder comer, y ya me metía al cuarto ya sin comer algo

E.: Y ante aquella situación ¿usted no hacía nada?

C. E.: No, no hacía nada

E.: Y ¿qué sentimiento le genera ahorita que recuerda eso?

C. E.: Pues casi ya lo había olvidado, pero ya, ya no siento nada, la señora ya falleció…

E.: Cuando crece Evelyn ¿cómo crece, cómo la educa usted?

C. E.: Pues casi en realidad a la niña no estaba mucho tiempo con ella, ni porque, ahí en el pueblo trabajaba en una casa yo y era de 6 de la mañana hasta las 7 de la noche, entonces ya llegaba, me iba a trabajar, la niña durmiendo, cuando regresaba, la niña durmiendo, casi no estuvo, la que la crió fue mi mamá, ella fue la que estuvo más

E.: ¿Y cómo la educaron?

C. E.: Pues bien, la niña es una niña buena, ella no discutía, una niña amable, y todo…

E.: ¿No tuvo queja de que fuera muy latosa?

C. E.: No, no, ella era una niña sana, jugaba y todo, pero no daba lata, no era grosera

E.: Y aparte de sus abuelos,¿convivía con alguien más?

C. E.: No, nada más con ellos

E.: ¿Con algún amigo, algunos amigos?

C. E.: Ella siempre fue una niña muy, muy seria, no tenía amigos, no tenía amigos, estaba todo el día solita en la casa y como mi mamá siempre la acostumbró a“ella es niña, ella no debe jugar con niños”.Y con las niñas ella dice que sus amigas de la escuela nadie la quería porque, no sé, ella me decía: “Es que a mí nadie me quiere”, y hasta la fecha: cuando va a la casa ella juega con su hermanito y ya, con nadie más, no sale afuera

E.: ¿Y qué juega?

C. E.: Carros de aquí que les dan aquí en el albergue porque antes jugaban yo creo que con nada, pero como aquí les dan muchos juguetes a veces llegan a la casa, como cuando vamos 3 días, 4 días, quieren que les lleve ahí sus carros, su bicicleta, les gusta mucho andar en bicicleta, patín del diablo, los saco al parque a jugar, nos vamos.

E.: ¿Tenía quejas de que fuera melindrosa con la comida?

C. E.: Sí, sí, a ella casi no le gustan las verduras, ella siempre le va a comer, pero lo que ella quiere comer, lo que se le antoje, pero frijoles, arroz, nada de eso le gusta

E.: ¿Qué come con mayor frecuencia?

C. E.: A ella le gusta comer mucho, allá le hace mucho quesadillas de queso… queso, crema, sopecitos con crema, frijoles de vez en cuando, como comíamos muy seguido frijoles ya le fastidió, pero come mucho la sopa con pollo

E.: Sopa con pollo ¿la carne de res le gusta?

C. E.: Casi no, nomás le gusta el bistec y la cecina sola, pero la carne así el caldo ella no lo come, ni el caldo de pollo, ella prefiere la sopa, pero así el caldo no

E.: Suponiendo que son 5 sabores básicos: el agrio, el dulce, el amargo, el picante y el salado, ¿cuál prefiere más?

C. E.: El dulce

E.: ¿Y usted qué sabor de estos prefiere?

C. E.: El salado también y el dulce también

E.: ¿Evelyn come golosinas?

C. E.: Sí, muchas

E.: ¿Papas “Sabritas”?

C. E.: Aja, nomás que ahorita que está enferma pues no la dejamos que coma todo eso, pero sí le compramos a veces

E.: ¿Alguna otra cosa que coma, o algún otro alimento preferido que tenga?

C. E.: Ella, pues no, yo digo el pollo del Kentucky a ella le encanta mucho, aunque todos los días la lleváramos, ella está feliz, le gusta mucho

E.: El McDonald’s…

C. E.: También, el Burger King, todo eso

E.: ¿Es muy enfermiza? Estando allá, ¿se enfermaba mucho, gripa, por ejemplo?

C. E.: No

E.: ¿No?

C. E.: Antes de chiquita sí, pero ahorita como tiene bajas sus defensas y todo, no puede haber un niño con tos cerca porque luego ella ya empieza, sobre todo la fiebre y la gripa no

E.: ¿Es la que más le da seguido?

C. E.: Sí

E.: ¿Del estómago se enferma frecuentemente?

C. E.: Sólo cuando come cosas ácidas, le hace daño a ella

E.: ¿Como qué?

C. E.: El mango verde

E.: ¿La naranja?

C. E.: No, la naranja casi no, pero es lo que come, el mango verde, y se pone mala

E.: ¿Le da diarrea?

C. E.: Sí, le da diarrea

E.: Cuando se enferma ¿la lleva al médico?

C. E.: Sí, ella como es niña especial, si tiene fiebre, o dolor de panza, o sangrado luego, luego córrele al hospital porque no la puedo dejar mucho tiempo, ella puede morir…

E.: Bueno, eso ahorita…

C. E.: Aja

E.: Pero ¿antes?

C. E.: No

E.: La llevaba al médico

C. E.: Sí la llevábamos al doctor y ya se le, se pasaba, sí

E.: Cuando le daba tos, o se enfermaba mucho de tos,¿había alguna temporada en la que se enfermaba frecuentemente?

C. E.: Cuando hace frío

E.: ¿Su familia, bueno, sus papás o ustedes, son enfermizos?

C. E.: No

E.: Cuando se llegan a enfermar ¿de qué es?

C. E.: De la gripa, de la tos, nada más

E.:¿Cómo se lleva Evelyn con sus hermanos?

C. E.: Bien, a veces sí andan peleando, pero sí lo quiere mucho, sí. Se llevan bien

E.: ¿Y Evelyn con su pareja?

C. E.: Ella lo quiere mucho, porque ella le dice tío a él

E.: Ella le dice tío

C. E.: Porque como lo miró ya, cuando regresó estaba así la niña, y pues ella nos decía que, o sea, ella nos preguntaba a nosotros ¿y cómo le voy a decir? Y ya mi mamá le dijo: Pues dile tío, y ya, se le quedó, tío, le habla y así tío, y ya.

E.: Salvo la situación que me comentaba de que tienen discusiones porque está aquí y su pareja está allá, y tienen problemas ¿cómo se llevan?

C. E.: Pues bien, casi no me habla por lo mismo de que mucho peleamos , pero, a veces me habla, y habla con el niño nada más, y la niña, pero conmigo casi no, porque peleamos.

E.: ¿Qué se dicen?

C. E.: Pues ahora sí que, que él, que a lo mejor no le importamos, porque él dice, no me cree que el niño, porque la niña él estuvo aquí, entonces ya él me dice que no, y yo le empiezo a decir que para que me crea le voy a mandar todos los recibos de, de lo que he estado comprando, haciéndole al niño, gastando para que él me crea que sí es cierto, aja.

E.: ¿Y qué le responde?

C. E.: Que estoy loca, que, que sólo hablo tonterías, y así empieza a decir

E.: ¿Y usted que le contesta?

C. E.: Le cuelgo a veces

E.: ¿Y las veces que no le cuelga?

C. E.: Pues no, yo le digo que él qué quiere, que no me tiene confianza, porque me manda dinero muy poco y le manda más a su familia de él, o sea, él le manda al papá, él no me dice, pero como yo hablo seguido para allá, a la casa, a San Luis yo hablo, me dicen es que él me manda dinero, y yo ni enterada estoy, de ese dinero, yo siento que le tiene más confianza a su familia que a mí, y por eso me da coraje a mí, y le digo que él no me tiene confianza, que le tiene más confianza a sus hermanos que a mí… nada más para ellos

E.: Hace 2 años recibió el diagnóstico de Evelyn, que tenía la leucemia ¿cómo se dieron cuenta o qué síntomas tenía?

C. E.: A Evelin de mayo, a principios de mayo. Cuando yo llegué a Puebla, estaba yo en San Luis, llegaba con los dolores de pies que le dolían, pero más las rodillas, ella lloraba en la noche que le dolían las rodillas, la llevaron con un doctor y la inyectaban y se le quitaba el dolor, y al otro día otra vez los dolores, ya la inyectaban y se le quitaba el dolor, entonces, bueno mi esposo ya se había ido y me dijo “No, llévatela al doctor y que le hagan análisis, porque no es normal”. Ya no comía, estaba pálida, entonces ya la llevamos a un pueblo que está cerca de ahí, le hicieron análisis de sangre, y en ese momento no nos quiso decir nada el doctor, nada más nos dijo que la niña estaba mal, de ahí salimos, como no nos quiso decir nada nos fuimos a otro hospital con los estudios y le dijimos que queríamos saber qué tenía mi hija, y ya entonces el doctor nos dijo:“Es que la niña está muy grave, se la debe de llevar ahorita mismo a Puebla al Hospital delNiño Poblano porque la niña tiene leucemia y estaba muy…”, no me acuerdo exactamente cómo me dijo, pero que estaba muy alta, y que si no llegaba,

un día martes no estaba, para el domingo, en una semana ya estaba (…), entonces ya rápido nos salimos del hospital, me acuerdo que salimos del hospital, ni cuenta nos dimos cómo donde quiera, salimos al camión, nos fuimos a la casa, preparamos todo, y yo le dije a mí mamá:“Yo no me la llevo al niño poblano, yo la llevo a México”. Pero es que México no conocíamos, pasábamos para ir a San Luis pero nomás pasábamos, teníamos mucho miedo a México entonces “No, vámonos a México porque ahí están más doctores buenos, porque ahí están”. Y perdidos, llegamos a México.

E.: Entonces vino mejor a México

C. E.: Sí, me la traje el 16 de mayo así, llegamos a la casa y nos trajo mi tía, según ella sabía de México, medio sabía, y nos la trajimos y fuimos a un infantil que está atrás de la Villa y ahí nos dijeron: No, llévensela aquí

E.: Al “Federico Gómez”…

C. E.: Ahí veníamos en el metro perdidas todas, en taxi, agarramos un taxi me acuerdo hasta acá, ahí les enseñé el papel, no tenía ni pase ni nada y me decían:“Es que no puede pasar si no tiene un pase”, y llegaron los policías y les dije: “Es que no tengo pase, mi niña está bien grave, y se puede morir”, y ya la metieron a urgencias, le dieron, le enseñé el estudio, y pues sí, los doctores me dijeron: “La niña viene bien grave”, ya no podía caminar, la metieron luego, luego a terapia, ahí en terapia intensiva con, luego le pusieron quimio, luego le empezaron a dar medicamentos muy fuertes, de ahí me la subieron a piso esa misma tarde, ese mismo día, rápido fue todo, no sé cómo pero fue muy rápido, ya en la tarde como a las 8 me dijo la doctora: “¿Sabe qué? la niña la vamos a subir a Oncología, al piso cuarto”, a que le hicieran transfusión de sangre, plaquetas, todo eso. La subieron a Oncología y ahí estuvo como, en mayo, como a mediados de mayo íbamos con la quimio hasta que un día amaneció con fiebre de 40, no se le quitó en

todo el día, toda la noche, en la mañana siguiente amaneció y convulsionó le dio un paro.

E.: ¿Un paro cardiaco?

C. E.: Sí, le dio un paro cardiaco, la niña estaba… entonces le dio un paro y ya, los doctores la entubaron, en ese momento, le metieron un tubo para que pudiera respirar, y la bajaron a terapia intensiva otra vez, pero ya entubada, y ya ahí me decían que ya…

E.: Iba a morir…

C. E.: Que ya, que sólo esperáramos a ver qué. Sí, ya a la niña la operaron, le sacaron sus intestinos, le dio colitis leutopénica, este, gracias a Dios la niña ha pasado de varias cosas que ya estaba así de que la niña ya no la cuenta, pero 15 días y se levantó, otra vez y la subieron

E.: Cuando recibió el diagnóstico ¿qué pensó usted?

C. E.: Uh, pues bien mal estábamos, lo que es mi mamá y yo estábamos, o sea, yo, yo me echaba la culpa, que yo era la que decía culpable y todo me decían:“No, señora, no es porque usted no le dio de comer, la niña ya venía desde antes (…) pero ustedes no se dieron cuenta, hasta ahora que desarrolló más”. Ya tenía 7 años la niña.

E.: 7 años cuando la diagnosticaron. Y usted siente culpa de que…

C. E.: De que no estuve con ella, yo regresé cuando la niña tenía 6 años

E.: Siente culpa de que estuviera así ella, enferma

C. E:: Aja, yo sentía que yo era la culpable, yo le decía a mi mamá, bueno, yo le decía a todos:“Es que yo soy la culpable de que mi niña esté así mal”, y ahí estaba yo cuando la subieron a piso pues yo ya no comía, ya no hacía nada, mi esposo estaba en Estados Unidos, ese día acababa de ir también, entonces como le hablaron mis hermanos, mi familia que “ya estaba bien

mal, ya se va a dejar morir", pues ya, tenía una semana en Estados Unidos y se volvió a regresar porque…

E.: Eso le dijeron sus papás a su esposo

C. E.: No, mis papás no, mis hermanos. Le dijeron a mi esposo: "Sabes qué, vete, tienes que ayudar a mi hermana porque mi mamá no puede por el niño, lo tiene que cuidar y mi hermana está en el hospital, tienes que irte porque ella no come por estar ahí y luego se siente culpable", entonces ni lo pensó, se regresó luego otra vez

E.: Cuando regresó ¿qué le dijo su esposo?

C. E.: Pues él es una buena persona, él es muchísimo mayor que yo, ni tanto, es un poquito mayor que yo, él es una buena persona aunque tiene sus arranques lo que tiene es que es bueno, yo digo que bueno porque quiere a mi niña, y no es de él. Y ya llegando ya me hablo, me dijo 'que todo iba a cambiar, que la niña se iba a componer, que no me sintiera culpable porque yo no era culpable, que la niña… no se dieron cuenta a tiempo, porque ella estaba enferma'. Y ya, su apoyo de él me ayudó mucho.

E.: Levantó ánimo…

C. E.: Sí, es que yo me sentía solita…

E.: Y luego le decían que venía así, con leucemia

C. E.: Sí, yo tenía mucho miedo porque salía yo a comer, y una vez me perdí, no podía regresar, no sabía por donde, ahora ya puedo ir y regresar y ya no me pierdo, pero sí la primera vez sí

E.: ¿Había algo que le mencionara a Evelyn de su estado? ¿Ella se sabía enferma?

C. E.: No, ella, estuvo una psicóloga muy buena, ella la quiere bastante, bastante la quiere ella fue la que le ayudó mucho por ella ya no quería comer, estaba acostada, y más se deprimió cuando salió de terapia intensiva que ya no

traía pelito, que estaba bien peloncita, entonces me decía que por qué le corta el pelo, que qué tenía, y así y yo le decía:“No, te vas a componer”, y la psicóloga también le decía: “No te preocupes, luego te va a volver a salir”, aja y ella le ayudó mucho, yo veo porque ahora se fue porque… en el hospital, y se tuvo que ir, y ahora que fuimos a ver lo de la cama que se va a internar el domingo, la vimos

E.: ¿Este domingo se interna?

C. E.: Sí, este domingo se interna Evelyn, y sale el miércoles, 4 días de quimioterapia, aja, y a ella le dio mucho gusto cuando vio a la muchacha: “¡Ahí está Lupita!”, y corrió a abrazarla y le dijo es que yo la quiero y quiero volver a platicar contigo, y ya después cambió, su tío también le hablaba, mi esposo: “Es que le vas a echar ganas, tienes que salir de esta”, y sí, sí, ella dice que ella va a luchar, aja, es bien valiente.

E.: ¿En algún momento llegó a considerar que fuera castigo divino, o castigo así de Dios?

C. E.: No, antes no pensaba eso, pero de ahora que se me enfermó mi niño también ahora lo pienso

E.: Ahora lo piensa…

C. E.: Sí, a veces digo: “Es que esto ya es un castigo porque algo he de haber hecho yo ni me di cuenta”… no sé, porque cómo es posible de que mi niña este enferma y ahora mi niño otra vez, yo lo vi sano, nació bien, y ahora está enfermo, ahora…

E.: ¿Qué siente usted que hizo?

C. E.: Pues es lo que no sé, es que yo le digo: “es que yo no sé que hice, o hice algo malo, o soy mala, o es porque no les hablo a mis hermanos”, no sé

E.: Dijo: “Bueno, igual es por lo de mis hermanos”, pero, ¿algo más?

C. E.: No, yo siento que no

E.: Haciendo sus análisis de conciencia usted dice:“No, es que no”

C. E.: No, pues no. Nada más eso de que no les hablo a mis hermanos, es que no me gusta que sean así con mis cosas, de indiferentes.

E.: ¿Cómo se siente con todo lo que me ha contado?

C. E.: Pues bien, porque siento que uno lo saca, uno que lo tiene aquí guardado

E.: Pareciera como que…

C. E.: Saca uno todo lo que trae guardado, no, que a veces uno por eso, yo siento que por eso a veces siento que, es que a veces mucha gente me dice que “Es que tú necesitas platicar de ti”, pero aquí es puro chisme, ¿a quién se lo voy a decir? Y digo “No”…

E.: ¿Cuándo termina de manera total el tratamiento de Evelyn?

C. E.: La doctora me dijo que en noviembre de este año se termina el, la quimioterapia, que es de 120 semanas, se termina, pero del 18 de noviembre al 20 de diciembre metemos en cirugía a la niña, entonces, metiendo en cirugía a la niña va a andar en vigilancia

E.: ¿Cirugía de qué?

C. E.: La van a volver a conectar las tripitas que tiene acá se las van a volver conectar, pero ahorita la niña ya no tiene hongos, ya, o sea, está bien, lo que pasa es que ya con la quimio no la pueden dejar en ayuno, no la pueden atrasar

E.: ¿Le dio una infección por hongos?

C. E.: De hongos, una colitis leutopénica

E.: ¿Leutopénica?

C. E.: Leutopénica, entonces le tuvieron que cortar el pedazo malo, tuvieron que cortarle y ponerle. En los riñones también tenía hongos pero se los quitaron con tratamiento, pero el intestino no pudieron, lo tuvieron que cortare.

E.: ¿Recuerda cuál fue el tratamiento que le hicieron con el riñón?

C. E.: No, no me acuerdo, no recuerdo

E.: Y eso que me dice que sintió como que, que lo saca, si lo pudiera así como que imaginar en alguna parte del cuerpo ¿dónde sería?

C. E.: Pues de aquí, del pecho

E.: ¿Cómo se va, oiga, después de la entrevista?

C. E.: Pues tranquila, o sea, pues bien, ya otras veces andaba con mortificación, ahorita he estado, o sea… ya no quiero estar aquí en México, ya me quiero estar en mi casa, estar allá con mis dos hijos, pero mi vida es estar aquí en México, y estar más que nada con el tratamiento de la niña, ya veces me digo:“Ya me tengo que resignar, echarle ganas nada más y seguir adelante”.

E.: Le agradezco mucho el tiempo que me brindó en hacerle la entrevista, y le agradezco muchísimo que me haya compartido mucho de su vida

C. E.: No hay de qué.

Caso Cuca:

Entrevistador (E): Cuando se embaraza de Cuca ¿bajo qué circunstancias fue: fue planeada, no fue planeada?

Caso Cuca (C. C.):Pues yo me alivié solita

E.: ¿Usted se alivió solita?

C. C.: Me alivié solita esa vez, ya cuando vino, fue mi esposo a traer una señora, yo ya había, yo ya estaba con mi niña en el piso

E.: ¿Usted la tuvo en casa, sola? Pero antes,¿planearon tenerla, qué cuidados tuvo mientras estaba el embarazo?

C. C.: Pues yo me cuidaba

E.: ¿Comía lo mismo que cuando no estaba embarazada?

C. C.: Pues…

E.: Cuando nació Cuca, ¿cómo la recibieron?, ¿les dio alegría, les dio enojo?

C. C.: …

E.: Cuando estuvo embarazada ¿se llegó a enfermar alguna vez?

C. C.: No, no

E.: Después de que nació en casa ¿la llevaron al doctor?

C. C.: Sí. Fue una, una señora y le cortó el cordón umbilical, y en eso yo la envolví. Me agarré lo primero que alcancé y la envolví en un rebozo, sí, estaba sola

E.: Estaba sola… ¿Y la tuvo en la mañana, en la tarde?

C. C.: En la madrugada, como a las 6 de la mañana

E.: A las 6 de la mañana ¿Su esposo había ido trabajar?

C. C.: No, pues ni me acuerdo a dónde había salido ese día, pero yo estaba sola como en la casa, y como estaban metiendo todo el drenaje por todos lados, no podía salir, y no me dio tiempo salir

E.: ¿Ella fue la única que nació en casa?

C. C.: Aja

E.: Ydurante el embarazo ¿su esposo la cuidaba?

CC.: …

E.: ¿Le ayudaba su esposo? ¿Qué hacía?

C. C.: Lavaba

E.: ¿Lavaba?¿Hacía de comer?

C. C.: Sí, hacía de comer

E.: ¿Y sus hermanos cómo la trataban mientras estaba embarazada?

C. C.: Bien

E.: ¿Bien, la cuidaban?

C. C.: Aja

E.: Durante todo este periodo de que estaba embarazada,¿la llegaron a hacer enojar, o que se sintiera triste?

C. C.: No

E.: ¿Cómo alimentaba a Cuca mientras iba creciendo? Cuando la tuvo ¿le dio pecho?

C. C.: Mmm, le di pecho pero después no, no lo quiso ya

E.: ¿Como cuántos meses tenía?

C. C.: Mmm…

E.: ¿No tenía ni el año?

C. C.: No, como 8 meses

E.: 8 meses

C. C.: Sí

E.: Ydespués,¿cómo la alimentaba?

C. C.: Pues con mamila

E.: ¿Le daba leche?

C. C.: Leche

E.: ¿De…

C. C.: De Liconsa

E.: Y aparte de leche, ¿qué le daba?

C. C.: Nada más. Ya después sí, le daba…, y luego empezó a comer y ya

E.: ¿Qué empezaba a comer?

C. C.: Sopa, taco

E.: ¿Taco? ¿Tacos de qué?

C. C.: De una tortilla, le daba un taco con sal. Nada más miraba que estaban las tortillas...

E.: ¿Era muy latosa Cuca cuando entró al kinder, cómo es?

C. C.: …

E.: ¿Le llegó a hacer travesuras así fuertes?

C. C.: No

E.: Cuando había que corregirla [a ella o sus hermanas] ¿les llegó a dar una nalgada?

C. C.:Sí

E.: ¿Algún otro método para corregir?

C. C.: Les daba yo sus, no fuerte con vara ni con nada, nomás con la mano… una nalgada y ya

E.: ¿Qué hacían?

C. C.: Luego se peleaba con las demás, y para que no se pelearan pues yo las apartaba, una por un lado y por otro y las otras se enojaban porque decían que quería más a una que a otra, ahorita todavía se pelean porque como hay 3 en la casa ahorita, y luego se pelea una y se pelea otra y ya hago a una para un lado y otra pa'l otro y dicen: "Sí, quieres más a una que a otra, quieres más a ella que a mí". Les digo: "No, nomás pa' que no se peleen"

E.: ¿Con quién de las 5 tiene más cercanía? O bueno, no sé si tenga usted así, una consentida

C. C.: No… para mí todas son iguales

E.: ¿Sí?

C. C.: Aja

E.: Crió a sus 5 hijas ¿no tuvo que salir a trabajar?

C. C.: No, yo no trabajaba

E.: Están con ellas. ¿Amigos por, por el rumbo, por la casa?

C. C.: No, casi no, muy cerca, no

E.: Entonces las únicas personas con que conviven, bueno, son ustedes mismos…

C. C.: Sí, con mi mamá, pues sí, antes iban con mi suegra, antes de que se pusiera mala la niña pero ahorita… no

E.: ¿Y ustedes están aseguradas, tienen seguro médico, del IMSS o ISSSTE?

C. C.: Pues a la niña sí se lo dio un compadre que estaba aquí nos dieron, porque no, yo no, y ellos le sacaron el seguro a la niña aquí

E.: ¿Hay algún sabor que prefieran sus hijas o usted? No sé, picante, salado, amargo, dulce, eh, agrio.

C. C.: No

E.: Cuando cocina ¿no se le pasa algún condimento?

C. C.: No

E.: ¿Comen papitas, refresco?

C. C.: De vez en cuando

E.: ¡Hay algún alimento que le haga daño a Cuca, por ejemplo, que no tolere la leche o que sea alérgica a algo?

C. C.: No, le encanta

E.: Y cuando llegan a enfermarse sus hijas ¿las atienden? ¿Van al médico, o conocen a alguien que sepa curar con hierbas?

C. C.: No, casi no se enferman

E.: Cuando se llegan a enfermar ¿de qué son?

C. C.: Pues nomás gripa, nomás gripa pero casi no

E.: ¿Qué temporada se le enferman, de calor, frío…?

C. C.: Pues casi, nomás cuando hace frío

E.: Y es porque se descuidan, no se tapan, o…

C. C.: Yo digo que es porque casi no se ponen suéter

E.: Cuando, cuando ustedva a Yuridia, ¿qué días del mes son o con qué frecuencia al mes va?

C. C.: Cuando le dan cita así retirada, como ahora que fuimos ayer, que nos dieron 10, 8 días a la casa, pero no teníamos dinero… para volver a regresar, y pues ya, ya nos teníamos que esperarnos a ver que la cita que nos digan, la cita que nos pongan ahora…, entonces vamos. Si está retiradita, pues vamos, necesitamos sacar así 8, 15 días, se me hace muy largo.

E.: Al pensar en su esposo ¿qué emociones se le vienen en la mente?

C. C.: Ahorita ya ni una.

E.: ¿Ahorita ya ni una?

C. C.: Pues no, porque ahorita acá estamos nosotras solas y no sabe como están ni nada, y así ya con el tiempo él por su lado y yo por el mío

E.: Y eso ¿qué le genera, qué le hace sentir?

C. C.: Pues ya no nos quiere

E.: ¿Qué síntomas presentaba Cuca cuando le diagnosticaron leucemia?

C. C.: Pos ella le daba calentura… y luego de sentada, de parada que estaba dos veces se desmayó. Luego se estaba parada por el lavadero y se cayó, y otra vez estaba sentada y se fue, así, y ya después pues la llevé al centro y le pusieron una ampolleta para que no vomitara por la vena y pos no se le quitaba. Ya después la empezamos a, la empezó mi hermana a llevar a Morelia y namás le sacaban sangre y le sacaban sangre y no le decían a ella qué era lo que tenía, hasta que la traje aquí.

E.: Aquí en el Federico Gómez.

C. C.: Aja

E.: ¿Cómo le dio el doctor la noticia? ¿Qué le dijo?

C. C.: Le sacó acá, en la espalda le hizo una ¿cómo se llama? le dicen que le hacen acá atrás y de acá le sacó la médula…Me dijo que 'era cáncer, que tiene cáncer en la sangre, que porqué yo no la traje luego, luego', y decía una comadre de que eso, y ahí luego ahorita no nos habla ella, ahorita no nos frecuenta… por qué, pues sí duramos un tiempo ahí y después cuando se vino mi esposo se enojaron y nos corrieron a los dos, para que no estuviéramos nosotros aquí, y que nosotros teníamos que ir a atenderla a Guanajuato, no acá. Primero nos llamaron para acá, y ya luego nos dicieron que no, que yo me tenía que ir a atenderla allá, que qué andaba haciendo acá sola, pero ellos no quisieron que él anduviera conmigo, que, que para qué lo quería, que si lo quería para que me cambiara a la niña, para qué…

E.: ¿Cuando le dijeron que tenía cáncer en la sangre, qué pensamiento le vino a la mente?

C. C.: Que echándole ganas iba a salir adelante, pero ya después nomás decían que de esa enfermedad se morían que porque su papá tenía una hermana y se había muerto y le decía yo pero qué, qué comparación y si no la atendían, no había quién le diera de comer, quién la cuidara, tenía que ¿a poco ella solita iba a comer? Pues no. Y a esta le decían que se iba a morir,

que se iba a morir, que porque ya estaba más avanzada, pero, su enfermedad… dice una señora “No que su niña se iba a morir”…

E.: Y cuando Cuca estaba en la etapa de tratamiento frecuente ¿Usted se quedaba todo el tiempo en el hospital?

C. C.: Pues en el hospital duramos 8 días, ya después me la dieron de alta, yo como yo no me sabía ir ni a donde llegar, porque mi cuñado nada más vino y nos trajo al hospital, pues ya ahí me quedé yo, y ya hasta que le hablamos a mi comadre para que viniera a recogernos porque es madrina de una niña… sí, y ya le hablamos, porque venía ella a vernos cuando salía de trabajar, pero a esa hora no, no nos la dieron de alta, hasta como a las 11 de la noche, pues ya qué iba a venir, si estaba retirada también ¿a qué iba a venir ya a esa hora? Ya mejor me esperé en la mañana a que amaneciera y a qué vinieran por mí porque ¿a dónde iba a llegar yo? Sin saber donde vivía ni nada, no y me decían: “Vaya a pagar porque ya se va a ir, y vaya a pagar porque ya se va a ir”, y yo: “Ay, yo no traje dinero “, y ya luego al otro día mi comadre y ya fuimos por nosotros y ya me llevó a su casa.

E.: Ahorita actualmente, ¿está en tratamiento Cuca?

CC.: Sí

E.: ¿Qué día termina su tratamiento?

C. C.: Pues ahorita cada 8 días le están poniendo su ‘quimio’

E.: Cada 8 días

CC.: Ahorita vamos al miércoles, el martes, a que le pusieran su ‘quimio’ y ahorita pues hasta esta otra semana, el martes vamos a ir otra vez y hasta el 17 que la revisen…, y ya ahorita es nada más de puras quimioterapias, ya salió de su internamiento y ya nada más puras ‘quimios’

E.: Llegó a pensar que cuando le diagnosticaron la leucemia ¿que era un castigo divino o alguna cuestión de ese tipo?

C. C.: No pensaba que fuera tan así, pues, de tan malo, pero yo con lo mala la llevaba al hospital, ahí, al hospital y de ahí pues le daban medicina y pues no, no se mejoraba, y ya luego ya, la llevó mi hermana a Morelia y ya después pues me la traje yo pa' acá

E.: ¿Se encomienda a Dios…?

C. C.: Pues… si se alivia pues se la encomiendo a Dios y ya si no, si no se logra, pos, ya, será para él…

E.: Entonces los gastos que usted hace ¿corren a cuenta de alguien en específico?

C. C.: No, mi mamá, ella es la que me ayuda… sí, ya, nomás que yo no me los gasto, lo guardo para cuando queremos ir

E.: Ah y ¿en qué se ayuda? ¿En qué trabaja su mamá?

C. C.: Ella no trabaja, no, na'más que cuando le dan mis hermanos pues ya me da, o le mandan mis hermanos, ya me da pa' el pasaje, ya me da 300 o 500 pesos, así.

Es evidente la falta de planeación en el embarazo. En caso específico de Manuel, fue concebido como una forma de 'desquite' y 'escape' por parte de su mamá, y no como socialmente se espera que venga un bebé: por medio de un enlace matrimonial. De igual modo, la espontaneidad del embarazo y el posterior ocultamiento en el caso de Evelyn, implica una exclusión de la participación de los abuelos en este proceso. La disminuida relación que la madre de Cuca guarda con otras personas distintas a su núcleo familiar, no le permite permear desde el embarazo la dimensión social a la que será sujeta con mayor amplitud cuando nazca.

Es necesario mencionar que la estimulación en el embarazo señalada tanto en medios de comunicación (programas de televisión, radio, revistas) como por el conocimiento populares muy deseable durante este período. La forma más común de estimulación son las caricias al vientre por parte de la madre y del padre, dirigirse al bebé por medio de la voz (tomemos en cuenta que las voces humanas son los ruidos externos que mejor llegan y capta fielmente el bebé, pero con mayor agudeza percibe la voz de su madre), la necesidad de generar o permanecer en estados de ánimo positivos para que la madre no le 'transmita' sentimientos indeseables al pequeño. En las entrevistas presentadas las madres no mencionan una relación de estimulación en esta etapa, mostrando una actitud de negación o indiferencia en esta etapa. En el caso de Manuel, la madre menciona en la entrevista que llegó a pensar en abortarlo y llegó a informarse de los costos y procedimiento en alguna clínica anunciada en el periódico. Con Evelyn, existe descuido en su alimentación, cuidado y vigilancia médica: la madre menciona que no entera a sus padres de su embarazo hasta el octavo mes, situación que les preocupó, pues no se le notaba su vientre. En el embarazo de Cuca, la madre no recuerda mucho su proceso de embarazo. En estos casos, pueden verse circunstancias contrarias a los constructos que socialmente se esperan en las mujeres embarazadas: ilusión, planeación, la alegría compartida con su pareja y familia por la espera del bebé.

Estos niños que vinieron al mundo les fue negada la posibilidad de ser recibidos incluso antes de su concepción, teniendo en cuenta que es indispensable el cuidado personal de los padres (alimentación, el desarrollo de una conciencia que permita explorar y explotar sus potenciales, la posibilidad de emprender su búsqueda de sentido de vida), la planificación del embarazo como un proyecto conjunto de vida y no como un descuido en las relaciones sexuales, la generación de las condiciones necesarias (económicas, de espacio, planificación de tiempos de ambos padres).

La falta de recursos económicos es una variable constante en los tres casos: con ello la alimentación es deficiente y se consume lo que es preparado para los demás integrantes de la familia. No hay una planeación de la alimentación para este período del embarazo y el cuidado y visitas al médico es nula, se hace esporádicamente o sólo cuando nacen los hijos.

Tomando en cuenta que desde el momento en que el bebé comienza a presentar movimiento en el vientre de su madre, se puede decir que hay actividad psíquica y con ello comienza a gestarse y desarrollarse la memoria corporal en el bebé. Perinat (2003) menciona que a partir de los 2 meses hay actividad psíquica, pero a los 16 meses de embarazo el bebé tiene un nivel de recepción y respuesta táctil, olfativa y gustativa muy considerables. De ser esto cierto, puede afirmarse que en la vida uterina hay percepción con alta definición tanto de los estímulos internos (procesos digestivos, latidos del corazón, frecuencia respiratoria, estados de ánimo) como externos (ruidos de la calle, sabores de comida, la relación que tiene con los miembros de la familia, conocidos)que experiencia la madre.

Entonces, si tomamos en cuenta los estados de ánimo de las madres (que estaban tristes, enojadas, con coraje o alegres) en donde los órganos y sus funciones se ven afectados, los bebés pudieron experimentar exactamente los mismos procesos corporales y alteraciones que las madres. Con el enojo (que prepara para el ataque) la respiración se hace más corta, rápida y circular, lo que da como consecuencia poca capacidad de oxigenación en la sangre; los latidos cardíacos se aceleran, retumbando sonoramente los latidos en todo el cuerpo, así como la rápida circulación de la sangre, generando más calor al normal en el cuerpo; los procesos digestivos se alteran, generando dolores en el estómago o diarreas. Con la tristeza, la respiración se hace lenta, profunda y a veces imperceptible, quitando energía al cuerpo y generando poca movilidad o pereza. El corazón late de manera tenue y pausada, reduciendo (quizá de manera poco perceptible para la madre, pero evidente para el bebé) la temperatura corporal; el

proceso digestivo se hace más lento, provocando estreñimiento y con ello, dificultad para eliminar los desechos en la sangre.

La forma en que la madre se relaciona en su dimensión social también implica en la vivencia al bebé, que la integrará a su corporeidad-experiencia. En líneas anteriores se mencionó que es por medio de la familia que en primera instancia el bebé es introducido al mundo social. Sin embargo, no es compatible diferenciar entre un estado de 'no nacido' y 'nacido' para que sea evidente la carga de estímulos sociales (lenguaje, contacto físico, visual y auditivo, vestimenta, lugar de estancia) para que el bebé tenga relación con la dimensión social. Con esto se quiere decir que no es necesario que el bebé esté fuera del vientre de su madre para reconocer y relacionarse con el Mundo (entendiendo 'Mundo' como todo aquello 'experienciable').

De ser esto cierto, todas las experiencias de enojo, tristeza y coraje que vivieron las madres de los niños con sus seres cercanos(el enojo y coraje que sintieron la madre de Manuel que sintió contra su pareja, madre y abuelo por los abandonos y abusos; las experiencias vividas de la madre de Evelyn con sus cuñadas, pareja y suegra; el sentimiento de abandono que la madre de Cuca manifiesta con relación a su pareja) se integraron a la memoria corporal de los bebés en gestación. De igual modo, en el caso de Manuel, donde su madre tuvo deseos de que no naciera, se integraron a su experiencia intrauterina.

La vida relacional de los bebés está impregnada de lo que su madres (en primera instancia, pero no en responsabilidad absoluta) experienciaron y vivieron en su Mundo en el proceso del embarazo. Nacerán conviviendo en su memoria corporal con el coraje, enojo, tristeza, incluso con esas ganas de que no hubiesen nacido.

Tomando en cuenta que el útero es su “esfera de relación primaria”, su espacio y referencia física con la que el bebé mantiene relación con las demás dimensiones (familiar, social, espiritual), será conveniente plantear qué es lo que se requiere para construir o generarle una sensación en la que no se sienta amenazado o experimente emociones negativas, las cuales configurarán su forma de ver el Mundo, y muy particularmente su mundo cercano relacional (léase familia).

4.6 *Historia emocional del niño*

Partimos del hecho de que el desarrollo del niño en gran medida está apoyado y acondicionado por su biología, la relación con los integrantes de su familia, la herencia cultural que asumirá. Toda relación del niño con su realidad será mediada por su familia, así como las personas que estén a su alrededor.

Durante el proceso de desarrollo del niño, los factores biológicos forman parte importante en su crecimiento embrionario: por ello, es recomendable que durante el embarazo las madres tengan un especial cuidado en lo que consumen o dejan de consumir, pues influirá de manera directa en el producto, debido a la relación tan directa que tienen respecto a nutrición, procesos emocionales, de salud-enfermedad.

Respecto a la familia, Ortega (2005) refiere que la historia de los niños debería “rastrearse desde el trabajo interior de cada uno de sus padres su capacidad de crear seres humanos física y emocionalmente sanos”. Así, el crecimiento y construcción social del niño, resulta de la concreción de dos

historias: las historias personales de su padre y su madre, cómo vivieron, cómo se construyeron en sus familias y entorno social, qué emociones predominaron en ellos, cómo se enfermaron, qué han construido hasta el momento de tener hijos.

La ‘cristalización’ de estas dos historias (padre-madre), probablemente llevará entramada cuestiones no superadas por ambos, que se traslada a la vida en pareja, a la vida en común y a los hijos. Dichas historias alejarán probablemente a los padres de sus hijos, pues la única forma de relacionarse desde un papel de padres lo ha aprendido cuando ellos eran niños con pocas o nulas muestras de cariño y afecto, indiferencia y poca responsabilidad ante la vida.

La desvinculación entre el decir que los quieren y aman con el trato que reciben, genera en el niño una desestructuración en la manera de apropiarse de la realidad, sin una clara conciencia del significado y significante.

En los casos que se presentarán a continuación, podrá ser evidente que los problemas de comportamiento y emocionales de los niños son cargas emocionales y transferencia de situaciones no resueltas de los padres, pues a su corta edad los niños aún viven en el ‘aquí y ahora’; y si damos por hecho esto punto, es por los hijos que veremos la dinámica que acontece en la familia.

Entrevistas:

Caso Luis Manuel:

Entrevistador (E):

Caso Manuel (C. M.):

E.: Cuando nació Luis Manuel, ¿cómo era la relación?

C. M.: Pues bueno… si fue bonito… como hasta el medio año, porque teníamos buena relación, se llevaba bien con el bebé, lo atendía bien… nosotros también, nada más que cuando él tenía un negocio de ropa, empezó a bajar… el era alcohólico, pero el jura y así se la va llevando… en ese momento se le acabó el juramento y empezó a tomar y a tomar y a tomar… […].

Ahí fue donde empezaron los problemas, porque quedé embarazada nuevamente… se empezó a preocupar más por el niño que venía que por el que ya estaba. Y ahí comenzaron los problemas: el le llegó a pegar al niño cuando estaba chiquito, tenía como año y medio… no… como un año tres meses, algo así.

[…].

E.: ¿Cómo considera la relación de su esposo con el niño?

C. M.: En ese momento era bonito, porque lo atendía muy bien…

E.: ¿A qué se refiere a 'que lo atendía muy bien'?

C M.: Mmm… a que jugaba mucho con él. Dormía, bueno, dormíamos juntos en la cama… en la noche se lo quedaba: yo lo cuidaba en el día y él en la noche. Cuando había que darle de comer, a veces nos turnábamos los dos. Era más atento con él: le cambiaba los pañales; que iba al mercado, se llevaba al bebé.

E.: Y después, ¿qué pasó?

C. M.: Fue en el segundo embarazo del segundo niño cuando empezó a tomar, y que tronó su empresa… […]. Puso… fabricaba ropa industrial, pero ya no se pudo mantener… y eso fue lo que… se agarró más por el alcohol… su mal genio, ya no lo tomaba en cuenta, ya no jugaba con él. Conmigo se empezó a poner muy agresivo… tenía el embarazo del otro niño y fue

cuando me le pegó… él (Luis Manuel) como que se empezó a ‘caer’ un poquito en ese entonces…

E.: ¿Empezó a caer?

C. M.: Si. Era un niño muy alegre en ese entonces.

E.: Alegre…

C. M.: Jugaba mucho, sonreía mucho, era un niño inquieto… pero después de eso si… como que se puso ‘cabizbajo’, ya no comía bien… intentaba caminar y dejó de caminar, dejó de avisarnos de querer ir al baño, todo lo que le daba de comer: pollito, verduras, lo dejó de comer…

E.: ¿Prácticamente todo?

C. M.: Si. Tomaba mucha leche, eso no dejó de tomar… le teníamos que buscar algo para que comiera, porque ya no se comía la comida.

E.: Después de todo esto, ¿cómo se sentía usted?

C. M.: Bueno… yo me sentía muy mal, porque yo trabajaba y llegaba y veía a mi hijo morado… yo lo vi morado de aquí hasta acá (señala con sus dedo índice izquierdo su costado derecho del cuerpo, iniciando de las costillas hasta la cadera)… muy mal…

E.: ¿Era porque le pegaba?

C. M.: Ajá… era, ajá… le pegó dos veces mientras vivimos juntos, pero le había pegado muchas, pero de esa magnitud…

E.: ¿Qué emoción le provocó?

C. M.: […]… mucha tristeza porque no… no tenía porqué haberle pegado… estaba muy chico para que me lo hubiera golpeado, y aparte me lo negaba y me lo negaba: “yo no le pegué” y “yo no le pegué”, y me lo manejó así, hasta tres años me dijo que sí le había pegado.

E.: Cuando ocurría algún accidente, se batía la ropa con comida o hacía travesuras, ¿cómo lo corregían?

C. M.: Bueno… yo como que lo dejaba. Que se le caía algo, decía: "¡Ay, ya se le cayó!", pero mi esposo no, mi esposo le decía: "¡Ay, siempre haces lo mismo! ¿Cuándo será el día en que… no tires algo?". Yo le decía: "No hagas eso", "no te batas…". Yo lo veía como algo normal, eran accidentes que pasaban, no le tomaba mucha importancia cuando se le caía, cuando se ensuciaba.

E.: Entonces el padre de Manuel le gritaba…

C. M.: Ajá… le decía que "no había día que no tirara algo o se ensuciara"…

E.: ¿Le llegó a gritar con groserías al niño?

C. M.: Pues así con groserías… no. No le habla con groserías, es muy enojón, pero así con groserías, no.

E.: ¿Ud. en algún momento llegó a pegarle, sea porque la haya desesperado por alguna situación?

C. M.: Cuando ya creció un poquito más, si.

E.: ¿A qué edad, más o menos?

C. M.: Mmm… cuando nació el tercer bebé. […]. Fue cuando ya me empecé a desesperar mucho… fue cuando empecé a sentir mucha presión: el cuidar a los niños, el aseo de la casa, tenía yo que ir a trabajar. Era ahí cuando me desesperaban mucho. […] y si, en ocasiones me los llegué a 'sonar', tanto a el como al otro niño.

E.: Y cuando se los llegaba a sonar, ¿cómo…

C. M.: Era manazo y nalgada…

E.: ¿Con quién tiene más relación su hijo: con su familia o con la familia de su esposo?

C. M.: Con las tías de mi esposo, con su abuelito y con mi familia. Principalmente con las tías y con mi mamá.

E.: Con las tías, ¿cómo es la relación?

C. M.: Con las tías… por ejemplo con Manuel, él era el consentido, y no le podía yo decir nada, ni regañarlo, ni decidir qué comía, porque ellas eran las que mandaban… eran muy atentas, eran muy atentas. Una falleció, pero eran muy atentas. Bueno… ellas tienen mucha educación y todo…

E.: Una de ellas falleció…

C. M.: Una falleció ya…

E.: ¿De qué falleció?

C. M.: De un tumor en la matriz.

E.: ¿Hace cuanto fue?

C. M.: Tenía dos años…

E.: Por parte de su abuelo paterno de Manual, ¿cómo es el trato?

C. M.: Como niño.

E.: ¿Cómo?

CM.: Si, como niño: juega con ellos como niño. Juegan a las ‘luchitas’, que al ‘carrito,’, que a la ‘pelota’, así, o sea, es como muy niño. No me los regaña, no me les dice nada, ni les llama ni siquiera la atención.

Caso Evelyn:

Entrevistador (E):

Caso Evelyn (C. E.):

E.: Cuando nació Luis Manuel, ¿cómo era la relación?

C. E.: Pues bueno… si fue bonito… como hasta el medio año, porque teníamos buena relación, se llevaba bien con el bebé, lo atendía bien… nosotros también, nada.

E.: Cuando crece Evelyn ¿cómo crece, cómo la educa usted?

C. E.: Pues casi en realidad a la niña no estaba mucho tiempo con ella, ni porque, ahí en el pueblo trabajaba en una casa yo y era de 6 de la mañana hasta las 7 de la noche, entonces ya llegaba, me iba a trabajar, la niña durmiendo, cuando regresaba, la niña durmiendo, casi no estuvo, la que la crió fue mi mamá, ella fue la que estuvo más.

E.: ¿Y cómo la educaron?

C. E.: Pues bien, la niña es una niña buena, ella no discutía, una niña amable, y todo.

E.: ¿No tuvo queja de que fuera muy latosa?

C. E.: No, no, ella era una niña sana, jugaba y todo, pero no daba lata, no era grosera

E.: Y aparte de sus abuelos,¿convivía con alguien más?

C. E.: No, nada más con ellos

E.: ¿Con algún amigo, algunos amigos?

C. E.: Ella siempre fue una niña muy, muy seria, no tenía amigos, no tenía amigos, estaba todo el día solita en la casa y como mi mamá siempre la acostumbró a: ella es niña, ella no debe jugar con niños, y con las niñas ella dice que sus amigas de la escuela nadie la quería porque, no sé, ella me decía: Es

que a mí nadie me quiere, y hasta la fecha cuando va a la casa ella juega con su hermanito y ya, con nadie más, no sale afuera.

E.:¿Cómo se lleva con sus hermanos de Evelyn?

CE.: Bien, a veces sí andan peleando, pero sí lo quiere mucho, sí. Se llevan bien.

E.: ¿Y Evelyn con su pareja?

C. E.: Ella lo quiere mucho, porque ella le dice tío a él

E.: Ella le dice tío

C. E.: Porque como lo miró ya, cuando regresó estaba así la niña, y pues ella nos decía que, o sea, ella nos preguntaba a nosotros ¿y cómo le voy a decir? Y ya mi mamá le dijo: "Pues dile tío", y ya, se le quedó, tío, le habla y así tío, y ya.

E.: Y sus papás, los papás de usted ¿cómo tomaron el embarazo?

C. E.: Ellos estaban contentos, sí, aja

E.: ¿Tenían alguna expectativa de que fuera niño o niña?

C. E.: No, nomás ellos decían que querían niña, o sea, como soy yo única entonces los dos querían niña, y por eso la quieren mucho a ella, porque es niña, y al niño también, pero más quieren a la niña y la apapachan más que nada porque está enferma

E.: ¿Y qué, qué le hacen o qué le dicen?

C. E.: Le hablan con cariño, le dan dinero cuando vienen para lo que ella quiera comer, le compran lo que ella quiere, la consienten, a lo mejor más que yo, porque yo luego la cuido porque ella quiere comer pura chuchería en la calle, y pues no, no me gusta la verdad, y ellos con ver qué contenta está la niña le dan lo que ella quiere.

Caso Cuca. Madre de Cuca:

Entrevistador (E):

Caso Cuca (C. C.):

E.: Y, ¿era muy latosa Cuca, cómo es?

C. C.: (…)

E.: ¿Le llegó a hacer travesuras así fuertes?

C. C.: No

E.: Cuando había que corregirla, bueno, ella o sus hermanas ¿les llegó a daruna nalgada?

C. C.: Sí

E.: ¿Algún otro métodopara corregir?

C. C.: Les daba yo sus, no fuerte con vara ni con nada, nomás con la mano, una nalgada y ya.

E.: Y eso era ¿debido a qué, qué hacían?

C. C.: Luego se peleaba con las demás, y para que no se pelearan pues yo las apartaba, una por un lado y por otro y las otras se enojaban porque decían que quería más a una que a otra, ahorita todavía se pelean porque como hay 3 en la casa ahorita, y luego se pelea una y se pelea otra y ya hago a una para un lado y otra pa'l otro y dicen: Sí, quieres más a una que a otra, quieres más a ella que a mí. Les digo: "No, nomás pa' que no se peleen".

E.: Crió a sus 5 hijas ¿no tuvo que salir a trabajar?

C. C.: No, yo no trabajaba

E.: Y por decir, con Cuca ¿cómo se lleva usted?

C.C.: Bien

E.: Bueno, a ella la abraza mucho, tiene mucho contacto con ella físico, o le dice cosas, ¿cómo se lleva?

C. C.: Bien (pausa larga)

Caso Cuca. Entrevista a Cuca:

E.: ¿Cómo te llevas con tus hermanas?

C. C.: Bien

E.: ¿Cómo bien?

C. C.: Luego bien, luego mal

E.: Cuándo dices bien, ¿qué hacen como para que digas: 'ah, nos llevamos bien'?

C. C.: Nos llevamos bien, (…) jugamos, ya platicamos

E.: ¿De qué platican?

C. C.: Pues luego mi hermana quién sabe qué platica,

E.: ¿No sabes de qué te platica?

C. C.: Ya no me acuerdo, es que fue hace mucho, cuando estábamos en la casa

E.: ¿No te acuerdas como de qué platicaban: de la escuela, de los amigos, cuando estabas en la escuela?

C. C.: (Pausa larga)

E.: ¿cómo te llevabas con tus compañeros?

C. C.: Bien

E.: ¿Qué hacían, a qué jugaban?

C. C.: Jugábamos, luego ya cuando era la hora del recreo nos juntábamos a almorzar, y ya almorzábamos y después nos poníamos a jugar

E.: ¿A qué jugaban?

C. C.: Luego al chirrín o a las escondidas

E.: ¿El chirrín, ese cuál es?

C. C.: Jugábamos con niños y todos los niños nos perseguían a nosotras y nos atrapaban.

E.: Ah ¿eso es el chirrín? y al revés luego ¿las niñas atrapaban a los niños?

C. C.: Sí

E.: ¿Cómo te llevas con tus papás?

CC.: Bien

E.: ¿Eres traviesa?

C. C.: A veces (risa)

E.: ¿Qué haces de travesuras?

C. C.: Ya no, pelear.

E.: Pelear… ¿y eso por qué, te hacían enojar, o?

C. C.: Luego mis hermanas se enojaban conmigo, yo también

E.: ¿Por qué se enojaban contigo?

C. C.: No sé

E.: ¿Qué les hacías?

C. C.: Se enojaban porque yo les quitaba sus cosas

E.: Ahh les quitabas sus cosas ¿y cómo qué cosas? ¿Sus muñecas?

C. C.: No, no les gusta jugar muñecas… Ah un día porque mi hermana quería un pantalón y yo le dije que se lo prestaba y mi hermana la otra pues no (risa)

E.: ¿Y cómo peleaban?

C. C.: Nomás se enojaba y ya, me gritaban y ya

E.: ¿Te gritaban, y bueno, no te pegaba?

C. C.: No

E.: ¿Nunca se pegaban?

C. C.: No

E.: ¿Te acuerdas tú de alguna cosa que hayas hecho con tu papá? Así que te haya cargado o que haya jugado contigo…

C. C.: No

E.: Cuando se peleaban tus hermanas y tú… ¿qué hacían tu papá o tu mamá? ¿Qué les hacían?

C. C.: Siempre mi hermana se peleaba cuando no estaban

C. C.: Sí, pero nosotras le mentíamos que no

E.: ¿Por qué, qué les hacía?

C. C.: Nos iban a regañar, nos iba a decir que por qué nos peleábamos, por eso nosotros le decíamos que no era verdad.

E.: ¿Nunca te llegaron a dar tus nalgadas?

C, C.: Mi mamá sí pero mi papá no, mi papá nunca nos pegó, mi mamá sí.

E.:¿No te enojabas porque te daban tus nalgadas?

C. C.: Ah sí, me ponía a chillar y me metía al cuarto

E.: Chillabas y te metías al cuarto y ¿no pensabas nada?

C. C.: No

E.: Y con tu abuelita ¿cómo te llevas?

C. C.: Bien también

E.: ¿Cómo es ella? ¿Es enojona?

C. C.: A veces. A veces sí se enoja

E.: A veces sí se enoja. Y eso ¿cómo por qué?

C. C.: Porque no le hacemos caso

E.: No le hacen caso… y tú mamá ¿cómo es?

C. C.: A veces también se enoja

E.: Y sabes así como por qué

CC.: Igual, porque no le hacemos caso

E.:¿Se abrazan mucho entre tú y tus hermanas, o casi no?

CC.: Casi no

E.: ¿En la escuela cómo te llevabas con tus compañeros?

CC.: Con unos bien y con unos más o menos

E.: Con los que más o menos ¿qué, cómo te lleva, qué hacían? ¿Cómo se comportaban?

CC.: Con lo que me llevaba bien pues convivíamos más

Podemos observar en las entrevistas que la atención y el cuidado por parte de los padres son en ocasiones cercanos o lejanos: a veces el padre, a veces la madre o incluso ambos, mantienen una relación estrecha y cercana con el hijo, pues lo involucran en sus actividades, como ir al mercado, le daban de comer, le cambiaban el pañal, etc. Sin embargo, por cuestiones laborales, económicas, personales o de salud, como la quiebra del negocio del padre de Manuel, las exigencias en un mayor cuidado de las labores la casa, los demás hermanos, comienzan a alejarse de los hijos. Presentando incluso cambios sustanciales en la relación padres-hijo o hija que incluso les llegan a pegar, a comunicarse con gritos o reproches, no dejando también como opción el ignorarles.

Estos cambios en su relación, conllevan, en voz de los entrevistados, cambios en el comportamiento de los niños: dejan de comer, no avisan que quieren ir al baño, incluso dejan de caminar.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se observa en los testimonios que no existe un régimen de cuidado en la alimentación, pues por diversas cuestiones (económicas, de desconocimiento, etc.) la comida que consumen es poco variada, industrializada (enlatados, embutidos, comidas pre-elaboradas) que resulta incompatible con el organismo, impidiendo que sean absorbidos los nutrientes (si es que tienen) y que sean desechados los compuestos químicos (que contienen muchos) con facilidad, acumulándose en el tejido adiposo, permaneciendo dentro del organismo por mucho tiempo.

La poca variedad y consumo de verduras y frutas implica un déficit en la adquisición de nutrientes vitales como los minerales, vitaminas y carbohidratos, necesarios para procesos celulares, generación y mantenimiento de las mismas, estando con ello expuestas a enfermedades; aunado a lo anterior, el consumo de azúcar refinado y grasas, elementos no tan necesarios son consumidos en exceso, se mantienen en el organismo alterando su funcionamiento, debido a su excesiva cantidad y dificultad de eliminarlas del cuerpo.

Este régimen de consumo implica una baja adquisición de nutrientes esenciales para el cuerpo, impidiendo funciones vitales como reparación de células, fortalecimiento del sistema inmunológico y procesos más complejos que se llevan a cabo en los órganos, que a la larga, redunda en deficiencias de los órganos, para poder absorber nutrimentos por vía digestiva y respiratoria.

El resultado de éste proceso se ‘guarda’ en la memoria corporal de las personas entrevistadas, que con el paso del tiempo, surge en algún momento determinado, en el caso de las mujeres, en el embarazo.

No existe un cuidado respecto al consumo de alimentos, pues su dieta consiste en comida que se repite a lo largo de la semana y no hay una variación o enriquecimiento con otros productos.

El cuerpo elabora su trabajo de acuerdo a lo que recibe y lo distribuye de la mejor manera para su funcionamiento; la falta de enriquecimiento con otros alimentos limita la asimilación de otros elementos que resultan de beneficio para el cuerpo, ayudándole a desarrollarse en todo su potencial.

La historia emocional de las madres está muy marcada por sentimientos de abandono, enojo, resentimiento, rechazo. En sus historias se encontró que provienen de familias disfuncionales, desintegradas o que no tenían un ambiente propicio para su desarrollo. Provienen de familias con recursos económicos escasos o limitados; refieren haber sufrido agresiones físicas y verbales; perciben carencias afectivas por parte de sus padres, poca o nula comunicación; ‘vivenciaron’ situaciones de abuso, rechazo, abandono, indiferencia, prohibiciones y negaciones. El amor, la aceptación incondicional, la seguridad y cuidados necesarios para un desarrollo emocional sano es tenue o poco demostrados en los casos presentados. Si la familia es la primera esfera social con la que el niño tiene relación, asume que ésa es la forma de relacionarse con el mundo amplio, socialmente hablando: la única referencia de cómo relacionarse con amigos, pareja, está impregnada de la historia emocional y relacional que vivieron en casa, reproduciendo esquemas y constructos similares. Por ejemplo: la forma en que ‘experienciaron’ la relación de sus papás, la reproducen: engaños, abandonos,

infidelidades, golpes en la relación y consideran muchas veces que es lo ‘normal’: se hacen presentes los constructos familiares y sociales en la relación que establecen.

Existe una incongruencia (quizá hasta ‘desestructurante’) en la vida real de las madres entrevistadas con los constructos sociales de lo que debe ser la familia: no hay un ambiente benéfico o adecuado, generando resentimiento y emociones negativas, las cuales estructuran su forma de percibir el mundo y las relaciones en general. Asumen creencias sin cuestionarlas, muchas de ellas incluso contrarias a su propio bienestar físico y emocional, como el separarse de un esposo golpeador, decidir mantenerse en situaciones de riesgo para ellas como para sus hijos, soportar abandonos y mantenerse vinculadas a sus parejas a pesar de ello.

En el caso de la mamá de Manuel, menciona que cuando conoció a su pareja y padre de Manuel, él tenía actitudes de cuidado, cariño y cortejo hacia ella; eso fue lo que la enamoró y le permitió decidir tener un hijo con él. Sin embargo, con el paso del tiempo, su esposo comenzó a mostrarse agresivo y a beber alcohol en exceso, incluso llegó a golpearla.

En los tres casos, los esposos no saben mucho del proceso que vivían mientras se encontraban en tratamiento en el hospital, no reciben llamadas o cuando les llaman discuten. Refieren que desde antes, se encontraban distantes, sea por cuestiones de trabajo o porque ellos se alejaron relacionalmente sin separarse o divorciarse. Menciona la madre de Cuca que “ya no los quiere” por el alejamiento emocional que siente de él. Al preguntarles sobre su relación a las madres entrevistadas, se mantenían en silencio o manifestaban corporalmente incomodidad por hablar de ello: se hacían hacia atrás con relación al entrevistador,

hundían un hombro e inclinaban la cabeza, miraban hacia el suelo, apretaban los labios, inhalaban profundamente.

En estos momentos difíciles, los constructos y creencias de que la pareja estará “en las buenas y en las malas” es confrontado con la realidad de que el esposo no está. Es común escuchar a el padre o la madre decir: “quiero lo mejor para mis hijos” y que demuestra con hechos que en efecto, estará para procurarles lo necesario para el bienestar de los hijos: buscan alimentarlos para que crezcan sanos; les compran ropa, quizá para que estén ‘presentables’; cuando se tienen los recursos económicos, le buscan la mejor escuela para que reciba una educación de calidad; cuando se enferman, llevan a sus hijos al doctor para que sanen y compran las medicinas requeridas. Quizá mucho de esto se encuentra bajo las incomodidades que generó preguntar por la relación: el esposo no está físicamente, no llama y cuando llama es para discutir, reciben poco apoyo económico de ellos, no asisten ni les acompañan en el hospital porque, argumentan las madres, ‘están trabajando’. En efecto, ante una situación de enfermedad como el cáncer, es necesario ingresos económicos fuertes, pues los tratamientos son costosos y los esposos se encargan de esta situación. En el caso de la mamá de Cuca, recibe apoyo económico por parte de su madre (abuela de Cuca) y de sus hermanos, que radican en Estados Unidos y menciona que no recibe apoyo económico alguno del padre de Cuca.

Lo anterior es contrastante con relación a las primeras veces que tuvieron contacto con sus esposos y padres de sus hijos. En el caso de Manuel, sus padres se conocieron de manera circunstancial: su madre trabajaba y su padre pasaba por su lugar de labor. La señora menciona que era cariñoso, detallista, amable y le hacía reír. Estas actitudes la enamoraron de él. Debido a las problemáticas que tenía en casa por peleas con su mamá, así como el abuso y maltratos sufridos por su abuelo, la mamá de Manuel decidió embarazarse porque “como ya tenía

obligaciones” (cuidar y dar de comer a sus hermanos menores, llevarlos y traerlos de la escuela, vestirlos, bañarlos, cambiarlos, etc.) pues entonces “tendría a su propia familia”. Cuando resulta embarazada, el padre de Manuel lo desconoce, generándole mucho enojo (‘coraje’ en términos propios de la señora) por al menos los primeros 6 meses del embarazo. Dentro de este período de embarazo, comenta la madre de Manuel que se reconcilió con su madre, pues ella tenía ‘culpa’ porque la ‘descuidó’, provocando que ella se embarazara. Relata que su madre la cuidó durante el embarazo; después se reconcilió con el padre de Manuel y se fue a vivir con él a casa de sus padres. Menciona la madre de Manuel, que él ya no era cariñoso, detallista ni amable como antes; lo hacía de manera esporádica y de acuerdo a sus estados de ánimo. Cuando Manuel nace, menciona la madre de Manuel que su padre se desvivía por el bebé: lo cuidaba, jugaba con él, le cambiaba el pañal; más grande lo llevaba al mercado y lo incluía en sus actividades de diario. No obstante, cuando el negocio del padre de Manuel comienza a tener dificultades de dinero, la madre refiere una distancia física y emocional por parte de su esposo con relación a Manuel: ya no lo carga mucho, no lo toma en cuenta en sus labores, incluso menciona que le llega a pegar dejándole marcas de los golpes en su cuerpo. Minutos después, la madre refiere que también ella llegó a pegarle a Manuel, pues se sentía ‘presionada’ por las labores en casa y su trabajo, el cuidado de sus otros dos hijos menores a Manuel. La relación con su esposo fue cambiando, que llegó a pegarle estando ella embarazada del hermano que le sigue a Manuel. Respecto al proceso de embarazo y parto, la madre menciona que seguía comiendo lo mismo que todos los demás miembros de la familia; si tenía antojos su madre le compraba complacía en esto ;acudía a sus citas al doctor cada mes durante el proceso de gestación; sin embargo, menciona que emocionalmente hablando, lo vivió con enojo, reclamos hacia su pareja (dice que se lo llegó a encontrar en un momento determinado y le llegó a gritar que era un ‘desgraciado’, que ‘porqué se olvidaba de su hijo’), coraje, tristeza y alegría. Prácticamente el padre no estuvo presente en el embarazo, salvo el último trimestre del mismo.

Por su parte, la madre de Cuca refiere una historia similar con su esposo: le enamoran los detalles que tiene hacia con ella y lo atento que es. Sin embargo, no se pudo ahondar más en el tema, pues la señora mostró una actitud reservada ante las preguntas y sólo respondía sin más explicaciones o guardaba silencio, bajaba la mirada y apretaba los labios. No compartió sobre cómo se llevó el embarazo de Cuca, ni cómo lo vivió con su esposo. Cabe señalar que lo que sí refirió es que estuvo ausente tanto en el embarazo como en el nacimiento de Cuca, pues ella nació en casa mientras estaba sola: la abuela de Cuca salió a buscar a una partera en la madrugada, pero el nacimiento ocurrió estando la madre sola en casa.

En el caso de los padres e Evelyn, se conocieron en Estados Unidos: ella se enamora del padre de Evelyn, se embaraza, sus hermanos la deciden traer a México y no continúa la relación. Durante su embarazo, refiere que no asistió a revisiones médicas ni a los chequeos de cada mes. Ocultó el embarazo hasta los 8 meses y menciona que aún no se le notaba su vientre. Les comenta a sus padres sobre su embarazo, ellos se preocupan y la llevan al médico, quien le diagnostica “desnutrición”. Pensó que les generaría molestia si le decía a sus padres y hermanos sobre su embarazo: por eso lo ocultó. Con todo, recibe una respuesta positiva, distinta a la que ella esperaba y le ofrecen ayuda. Así, son ellos quienes le atienden y cuidan durante el último mes: le compran comida, ropa y le procuran atenciones médicas. Menciona la señora que su embarazo lo vive con coraje y enojo por la negativa de su entonces pareja en reconocer a Evelyn como su hija y en involucrarse en el embarazo, pero también dice que lo vivió con alegría.

De acuerdo con las entrevistas, existe una falta de atención a su propio proceso de embarazo: no hay un cuidado médico ni asisten con regularidad a las revisiones mensuales, especialmente en los primeros meses del mismo. Hubiese sido importante clarificar las causas que les determinó en no tener cuidado en acudir al médico, aunque se infieren, son por cuestiones económicas. De igual forma, no existe una 'diferenciación' entre lo que ellas requerían consumir en su embarazo y lo que se preparaba para los demás miembros de la familia.

Emocionalmente hablando, las madres refieren vivir enojo, coraje, reclamos y a la vez alegría su embarazo. Si tomamos en cuenta que los bebés no sólo se nutren de lo que las madres consumen en su alimentación, sino también de las emociones, el aire que respiran, etc., podremos inferir una deficiencia en este aspecto, pues la dieta no enriquecida y carente de otros elementos alimenticios diferentes a los que están acostumbrados, no permite un enriquecimiento nutricional ni una vinculación con otras posibilidades de desarrollo para el bebé. Aunado a esto, si tomamos en cuenta que el proceso de respiración se ve altero por las emociones y que durante su embarazo vivieron emocionalmente enojadas, con tristeza y a la vez con alegría, se puede decir que también hubo una deficiencia 'nutricional' en este aspecto. El enojo es una emoción que prepara al organismo para el ataque: la respiración se vuelve superficial, rápida y circular, de decir, sin pausas entre la inhalación y exhalación, no permitiendo la absorción de oxígeno y fijación en las células, así como el mantenimiento del bióxido de carbono en la sangre, no permitiendo su purificación y eliminación de los desechos celulares.

A voz de las madres, la concepción de sus hijos no fue planeada, situación que se ve reflejada en el proceso mismo del embarazo: descuido en atenderse o revisarse periódicamente con el médico; poca atención en su alimentación, la falta de apoyo que no tuvieron por parte de sus parejas o esposos, el enojo, coraje,

reclamos y tristeza son situaciones diversas que han impactado en los bebés, que se desarrollaron en su ‘memoria corporal’ y son manifiestas en su nacimiento y posterior crecimiento.

La historia emocional de los hijos está muy vinculada con la de los padres, incluso desde su concepción. Si tomamos en cuenta que la preparación física, emocional, psicológica e incluso espiritual es necesaria para la concepción de un hijo, estos testimonios carecen de ello, pues son concebidos de manera circunstancial. Las primeras formas de relacionarse sus madres con ellos, es desde el enojo. Ya más avanzado el proceso de gestación, comienzan a relacionarse de manera más directa con el bebé al hacerse notorio el embarazo: hablan con el bebé, acarician su vientre. La evidencia física como lo es el crecimiento del vientre, no les permite vincularse de manera afectivamente positiva con sus hijos.

Estos modos de relación, quedan impregnados en el cuerpo del bebé, en su memoria corporal, manifestándose en enfermedades, estados de ánimo, comportamiento y formas de relacionarse con las personas que le rodean.

En el caso de Manuel, la madre menciona que ha sido un niño alegre: en los primeros años de vida, era incluido en las actividades de su pareja; lo cuidaba, le cambiaba los pañales, le daba de comer, sin embargo, al presentar su negocio dificultades económicas, comenzó a cambiar con él ya no incluyéndolo ni cuidándolo. Incluso le llegó a golpear en varias ocasiones, en una de ellas dejándole hematomas de ello en la mayoría de su cuerpo. Dice su madre que es consentido del padre de su pareja, así como de unas tías también familiares de su pareja. Menciona que lo ‘cuidaban mucho’, siendo ellas quienes decidían sobre Manuel cuando estaba bajo cuidado de ellas: decidían qué comía, cómo vestía y

de qué forma se le educaba. Su abuelo jugaba con él ‘como si fuera también un niño chiquito’. A la muerte de una de las tías, Manuel comenzó a decaer anímicamente; conjuntamente con ello, los problemas en casa con sus padres incrementaron, siendo las discusiones más frecuentes, así como los golpes hacia él. Refiere la madre de Manuel que alrededor de estos acontecimientos comienza a tener una ‘decaída’ en su estado de ánimo, deja de comer y avisar que necesita ir al baño. Es bajo estas circunstancias que comienza a presentar los síntomas propios de la leucemia, sin embargo, hay historial de que se enfermaba frecuentemente de gripe.

En el caso de Cuca, poco se sabe por boca de su madre, pues sólo mencionó que de vez en cuando le pegaba a causa de las peleas con sus otras hermanas. Por voz de Cuca se sabe que se relaciona sólo con sus hermanas, su madre y su abuela: tiene poco contacto con su padre y que platica mucho con una de sus hermanas. Comenzó a presentar síntomas de la enfermedad por desmayos frecuentes, dolor en huesos y sangrados de la nariz. Ella menciona que es ‘enojona’ y que ‘sin querer’ pelea con sus hermanas o porque ellas la provocan. Se enferma principalmente de las vías respiratorias, principalmente de gripe.

Con relación a Evelyn, su madre tuvo que trabajar para poder mantenerla. Viajó a Estados Unidos y la dejó a cargo de sus abuelos: con ellos Evelyn creció los primeros 6 años de su vida. Menciona la madre de Evelyn que es una niña que no da problemas, tranquila, muy seria y solitaria. Que sólo juega con su hermano (hijo de la actual pareja de su madre), no tiene amigos porque su abuela materna la acostumbró a que “ella es niña y no debe jugar con niños”. Menciona que las niñas de la escuela no la quieren, porque ella le decía: “es que a mí nadie me quiere”.

Lo que se sabe de la historia emocional de los niños es por lo que las madres entrevistadas refieren. Puede observarse que los niños se relaciona y vinculan emocionalmente con pocas personas, todos tienen alguna pérdida significativa y se encuentra ausente su padre: Manuel con su padre, pero después deja de ser incluido en las actividades de su padre; sus tías le consienten y quieren, pero una de ellas fallece de cáncer, teniendo una pérdida significativa por su muerte. Cuca no tiene un vínculo con su padre significativo, no le llama y asume lo que su madre dice: “ya no nos quiere”. Evelyn es dejada con sus abuelos para que la cuiden, ya que su madre regresa a los Estados Unidos para trabajar y obtener dinero. Con sus abuelos, crece limitada de otras relaciones aparte de su familia, pues bajo la creencia de que ‘ella es niña y no debe jugar con niños’ es criada, restringiéndola a sólo relacionarse con su familia.

Es importante resaltar la falta de redes sociales de los niños y sus madres, más allá de la familia que les permita aprender a relacionarse y vincularse con el mundo de una forma distinta a la que conoce y le es habitual; esta situación quizá genere sentimientos de soledad y vacío, ya que probablemente quiera cambiar la forma de vincularse con su familia, pero el mismo sistema familiar no se lo permite.

CONCLUSIONES GENERALES

El interés por escribir un tema como este, surge en 2006 en el seminario de titulación que se abrió en septiembre de aquél año, como modo de titulación. Al decirnos los profesores Irma Herrera y Gerardo Chaparro que eligiéramos un tema para desarrollar, de inmediato pensé en cáncer, pues en mi historia familiar, tenemos varios casos de personas que han muerto a causa de esta enfermedad: la más marcada, mi abuela materna.

Al término del seminario de ese lunes y pasear por las jardineras camino a la salida para comprar algo de comer, iba pensando en específico el tema que decidiría estudiar. “Leucemia infantil”, me dije. Era un tema duro, con pocas personas que hablen sobre este tema, es la primera causa de muerte en niños con cáncer, entonces no me será tan difícil encontrarlos, me aseguré. Debo confesar que ‘mi cabeza con pies’ me ganó y con este tema quise encontrar ‘el hilo negro’ de la Leucemia Infantil.

Por “casualidades” o como dijera Carl G. Jung, como “coincidencias significativas”, comencé a conocer personas con algún familiar que trabajaba en algún Hospital que brinda atención a estos niños o a personas que conocían a alguien que conocían con un niño con cáncer. Me sentía consentido por la vida y que las puertas para estudiar el tema se abrían. Eran las señales de que había escogido EL tema.

Debo mencionar que muchas de las entrevistas las realicé, fueron realizadas de manera clandestina en diversos hospitales públicos de la Ciudad de México: excesivos protocolos de seguridad que sólo permitían el estudio de esta

población a médicos residentes o a personal del mismo hospital. Imposible entrar por la puerta principal. Intenté entrar a una conocida asociación que ayuda a niños con cáncer, pero de igual forma, no dejaron que alguien extraño 'metiera mano en su caja de galletas'. Recurrí a la clandestinidad y a echar mano de las personas que conocían a alguien que trabajara en algún hospital. ¡Tuve la bendición de conocer a una de las principales enfermeras que precisamente estaba encargada del pabellón de niños con cáncer! Me seguía diciendo: "este es EL tema".

Por la enorme amabilidad de esta enfermera, pasé varias noches al hospital por las noches, entrevistando a muchas madres que tenían en esos momentos internados a sus hijos, debido a que les estaban aplicando quimioterapia. Fueron noches intensas: la oscuridad de la noche, el ambiente pesado por la angustia e incertidumbre que ahí se viven, fueron suficientes para darme cuenta de mi poca preparación ante situaciones de este tipo.

La filosofía positivista con la cual está impregnada la carrera de psicología, el conductismo y el modelo cognitivo-conductual, no permite la apertura a temas que estén fuera de sus propios esquemas: que con lo que se trabaje sea observable, medible y cuantificable. En su aplicación en el ámbito clínico, sólo se remite a que el paciente se tome sus pastillas a la hora que le corresponde y 'aplicarle' técnicas para disminuir la ansiedad. No es importante comprender el por qué de su angustia. Quizá el modelo cognitivo-conductual pudiera brindar algunas respuestas con su Terapia Racional Emotiva. Sin embargo, tomemos en cuenta que no sólo somos seres 'racionales', también somos intuición, emociones, somos corporales y somos relación. Aquí es donde los modelos mencionados encuentran sus fronteras.

La aproximación desde un enfoque psicológico corporal, permite brindar una visión más amplia de una enfermedad: pueden verse las dimensiones físicas, emocionales, históricas, sociales, culturales. En efecto, por nuestra limitada capacidad de percepción, es prácticamente imposible verlas todas juntas sin perder ni una de vista: sería necesario tener un “Ojo de Dios” para poder verlas juntas bajo una sola mirada. Nuestra atención se desplaza de una dimensión a otra; se podrá tener en conciencia de dos, a lo mucho o tres dimensiones, pero es muy difícil verlas todas como un todo.

La propuesta es que, investigadores, terapeutas, personal de salud o psicólogos clínicos, reconozcamos esta limitación de observación y aprehensión del mundo que, de manera inherente estamos, tenerla consciente y no perderla de vista pues es con esta limitación con que vemos al mundo, a nuestros pacientes y sus problemas y es este sesgo con el que realizamos nuestras investigaciones e intervenciones.

Es necesaria una nueva propuesta filosófica con la cual puedan apoyarse y sustentarse las ciencias y disciplinas, pues desde la visión fragmentada de la filosofía positivista, los alcances y beneficios que puedan brindar serán limitados, pues excluye a todo aquello que no entre dentro de su paradigma. Además, cabe señalar que una propuesta filosófica llega a permearse en la vida cotidiana y habitar los cuerpos de las personas.

Aunado a una nueva propuesta filosófica, se plantea la necesidad de recurrir a un nuevo lenguaje que sea incluyente: muchas de las ideas y palabras hacen énfasis en una dualidad y esto facilita la división en todas las dimensiones del ser humano: cuerpo-mente; salud-enfermedad; sujeto-objeto. Es necesario un lenguaje que sugiera una relacionalidad y vinculación: que no haga diferencia entre sujeto y objeto; observador y lo observado. Cabe señalar que somos

subjetivos, por lo que todo lo que veamos está permeado por nuestros sentidos, nuestro muy particular punto de vista y percepción, por lo que lo que apreciamos del Mundo, no corresponde a su naturaleza inherente, sino que siempre está en función de cómo lo percibimos. Así, un mismo fenómeno podrá no ser visto de la misma manera por la misma persona en momentos diferentes.

La filosofía positivista, sutilmente sugiere cierta estabilidad e inherencia en las propiedades de los fenómenos, cuando la física moderna, ha demostrado que incluso los elementos estáticos, a nivel molecular están en movimiento. La física cuántica moderna puede ser un pilar indispensable en esta transición de una filosofía rígida a otra más flexible, en la que se tome en cuenta la interrelación del Mundo.

Las formas en que comienzan a relacionarse y crear una familia los padres de los niños de estos casos, son de manera circunstancial, no planificada y los hijos no son concebidos bajo un plan de vida en común. Esto por las dificultades económicas; la falta de contención emocional en los embarazos que no existe por parte de los esposos; la poca o nula atención médica en su proceso de gestación; el descuido en la alimentación de las madres. Considerando esto, los bebés cuentan con su memoria corporal que van registrando lo que vivencian sus madres con relación a su entorno familiar así como la relación que guardan con ellas mismas.

Existe una carencia en habilidades de comunicación, de externar lo que sienten ambos en la pareja; de clarificar y soportar incluso las diferencias en su relación. Se considera necesaria la posibilidad de poder empatar y mantener un proyecto de vida en común si se permitieran expresarse de manera abierta su sentir. La comunicación se torna importante: cuando alguien en la relación dice

“quiero una familia” el otro miembro de la pareja entiende un “quiero una familia” desde su propia subjetividad y es cuando, al asumir algo como ‘igual’, se complican las cosas al momento de emprender hacia el objetivo que se plantearon como ‘común’.

El cuidado en el embarazo es importante, debido a que se trae a un mundo nada más ni nada menos que a un ser humano a la vida: y es en un período de 9 meses que dependerá en mucho de la madre, por ser el ‘vehículo’ del bebé en proceso de gestación. Antes, los padres requieren de una preparación física, emocional y psicológica para poder decidir en concebir a un hijo. Si partimos del hecho que Mantak Chía menciona: “los órganos aportan ‘lo mejor de sí mismos’ en los espermatozoides y en los óvulos, es to quiere decir que debe pensarse en el cuidado que uno le proporciona a su propio cuerpo. El olvido corporal que prevalece en nuestra cultura no permite pensar en esto, evidentemente desde la justificación ‘lógica’ de que ‘eso no tiene nada que ver’. Desde una visión positivista, no. Desde una visión relacional tiene que ver, y más puesto que no acaba ahí. La atención que es necesaria brindarse en la mujer en proceso de gestación es importante: alimentación, ambiente sano, relación adecuada con el esposo principalmente. En los casos anteriores, no existe este cuidado en el embarazo. Aunado a ello, la relación que guardan los padres de los niños no es la más adecuada: no brinda un soporte emocional que permita un desarrollo seguro. Los padres están ausentes tanto en la relación como en el cuidado de los hijos. Con esta ausencia los niños crecen y con ello con las emociones que las madres, que aunque no las expresan verbalmente, ellos saben intuirla y reconocerla.

La crianza de los hijos es dada en los primeros años de vida por sus madres, pero en el caso de Evelyn, sus abuelos maternos se hicieron cargo de su cuidado. Aunado a los puntos anteriores, en los que los padres se encuentran ausentes, los golpes como método de corrección, expresado en la madre de

Manuel, también como forma de ‘desquite’ y de no saber cómo manejar sus emociones debidas a los problemas en su trabajo y con su esposo, tienen un impacto negativo en los niños, manifestándose en enfermedades en vías respiratorias recurrentes. En el marco de la Teoría de los 5 Elementos, las enfermedades en vías respiratorias implican una falta de contacto afectivo, evidente en estos niños.

Teóricos del desarrollo, refieren que el contacto y el movimiento es el principal canal por donde el afecto es percibido por el recién nacido: quizá la misma etapa de bebé, que genera ternura y ganas de cargar o acariciar a un bebé sea un indicador biológico de que en efecto, nosotros mismos fuimos estimulados de tal manera que de manera intuitiva demostramos a los bebés el afecto, ya que por medio de las palabras a esa edad es imposible demostrarlo, la más sencilla e importante sea el contacto y el movimiento. Probablemente esto abra una línea de investigación sobre la falta de contacto de los padres hacia sus hijos, pues generan muchas preguntas.

La atención médica en hospitales de tercer nivel, como en los que se llevaron a cabo las entrevistas, es, en muchos casos, carente de humanismo. Los doctores no brindan apoyo y contención emocional a los padres que son diagnosticados con estas enfermedades que ponen en riesgo la vida. Los casos aquí presentados presentan una misma característica: la falta de un diagnóstico oportuno que brinde mayores posibilidades de sobrevivencia. En la mayoría de los casos, no sólo de los aquí presentes, sino de los pacientes en general, las enfermeras son las encargadas de brindar mayor atención y cuidado, tanto en lo protocolar médico como de apoyo emocional: inclusive hay doctores que afirman que las enfermeras son las que sostienen a los hospitales, en términos de atención. En mi estancia en los hospitales, no sólo conversé con las personas entrevistadas, sino con aquellas que de manera espontánea se me presentaban. Muchas refieren que a sus familiares les detectaron de manera tardía el cáncer, a

pesar de que acudían al médico a revisarse: la falta de estudios y perici amédica generó iatrogenias en muchos pacientes, es decir, enfermedades o complicaciones debidas a un mal diagnóstico y/o tratamiento.

La medicina occidental está enfocada a la resolución de las enfermedades, contrario a la Medicina Tradicional China, que argumenta que el mejor tratamientos es la prevención. De igual forma, los métodos y sustancias necesarias dentro de la medicina alópata, implican deterioros (en muchos casos severos) en el organismo. De manera particular, los medicamentos empleados en las quimioterapias son altamente agresivos al cuerpo, pues no sólo afectan a las células malignas, también a las células sanas, como los glóbulos blancos, encargados de defender el cuerpo, con lo que una gripe o un pequeño resfriado puede convertirse en una bronquitis o una pulmonía que pone en riesgo al pacientes; todo esto, sin contar el excesivo costo de los medicamentos, que en la mayoría de los pacientes se vuelve incosteable, llegando a requerir hasta 22,000 pesos para los medicamentos necesarios por sesión de quimioterapia, llegando algunas personas a requerir más de 20 sesiones. El tratamiento de muchas enfermedades, pero específicamente en el cáncer, no brinda una certeza de remisión del mismo: el argumento es que “es necesario detectarlo a tiempo”; si en nuestra sociedad la dimensión corporal está descuidada o desatendida, será difícil tener una cultura de prevención. Como se argumenta en los pasillos de los quirófanos: “la operación fue todo un éxito, pero el paciente murió”.

La propuesta de salud consiste en cambiar a un paradigma de atención en los campos de salud que estén enfocados a la prevención y atención oportuna de las enfermedades.

En el campo de la psicología, muchos modelos y escuelas teóricas se ven limitadas por los casos que en la vida real se les presentan: no es extraño que un psicólogo o psicoterapeuta formado de manera especial en el modelo conductual o cognitivo-conductual requiera de echar mano de otras técnicas o visiones que le permitan brindar al paciente respuestas o ayuda en sus problemas. La discusión comienza cuando se pone mayor importancia o se centra la atención en el paciente y no tanto en la escuela psicológica: “nos tendríamos que ver 3 o 4 sesiones para saber si eres candidato o no a un tratamiento”, argumentan muchos profesionales. La intención es mirar al paciente con todas sus dimensiones, que no sólo es un ‘paciente-problema’ lo que tenemos enfrente: es una persona con una historia emocional, familiar, social, cultural, de creencias, es un ser relacional que viene a nosotros a consulta con todos estos elementos y se sienta enfrente de nosotros para resolver su vida. El verdadero profesional en psicología puede ver de manera integral a la persona: con sus dimensiones físicas, sociales, relacionales y espirituales; no tratando de moldear su problemática en la técnica o tratamiento que determinada escuela propone u ofrece. La propuesta es que por medio de una atención centrada en la persona, se pueda trabajar.

Un tema que no se profundizó fue en la probabilidad de que el hijo perdiera la vida en el tratamiento: al preguntárseles qué sucedería si su hijo muriera, las madres disolvieron la posibilidad en su creencia de que ‘todo saldrá bien’ y que ‘se está haciendo lo mejor que se puede’. La posibilidad de la muerte está negada en loa familiares de los pacientes, a pesar de que es frecuente que les toque presenciar la muerte de alguno de sus vecinos de cuarto. En especial, la muerte de los niños está implicada una variable: ellos no le temen a la muerte. En uno de los hospitales en los que se llevó a cabo la entrevista, hubo casos (quizá valga la pena decir ‘hermosos’) en los que los niños se despedían de esta vida.

Un caso: el niño ‘sentía’ que su muerte estaba próxima. Le comentó a la psicóloga que le atendía que no se iba a morir hasta que probara la cerveza. Si seguimos de manera rígida el protocolo del nosocomio, cumplir este deseo es impensable. Sin embargo, la psicóloga asumió la responsabilidad de este deseo e ingresó clandestinamente una lata de cerveza al cuarto del niño. Sólo consumió un poco de cerveza. A las pocas horas el niño partió. Otro caso, la madre estaba acompañando en la agonía a su hijo con gritos y llanto. Los médicos trataban de controlar a la madre y ésta se aferraba a permanecer cerca y en contacto con su hijo. El niño les pedía a los doctores que se llevaran a su mamá, porque ella ‘no lo dejaba irse’. El final fue, en términos personales, terrible, pues no se le pudo ayudar a que el niño se fuera como el hubiese querido. Uno más, igual en el mismo hospital: un niño le pidió a su madre que le trajera algo de la tienda, la madre va por lo que le pide su hijo y al llegar se encuentra con la noticia que el niño había partido antes de que llegara.

Quizá “coincidencias significativas”, quizá los niños generaron sus propias condiciones en las cuales ellos se sentían seguros para poder despedirse de esta vida, no se sabe. Lo que nos deja a los que nos quedamos es una vivencia que cada uno podrá experiencias de diferente manera. Prefiero asumirla como una enseñanza.

Parte del ideal de la medicina es “defender la vida”, pero en muchos casos, “defender la vida” implica defenderla a costa de un detrimento de la dignidad y la persona.

Considero por concluido mi trabajo de investigación, con la sensación de haber hecho un intento de trabajo fenomenológico y de historias de vida, necesario mejorar y ampliar en muchos aspectos, de lo que implica un proceso de

enfermedad como la leucemia infantil: primera causa de muerte en niños con cáncer.Deseo de corazón que las omisiones y falta de profundidad en mi investigación pueda servir para generar nuevas preguntas, nuevas formas de planear y abordar estos temas, qué es lo que no se debe de hacer y que quien lea esto, pueda encontrar algunas respuestas a sus inquietudes personales y/o profesionales.

Las experiencias obtenidas y los muchos momentos en que lloré por no concluir este proyecto de acuerdo a mi plan de vida son valiosas, pues pude aprender a soportar un tema tan confrontante como la posibilidad de la muerte. Sin duda, de no haber hecho esta investigación, no hubiese tenido la fortaleza de dedicarme al ámbito clínico, pues prácticamente aprendí psicología y cómo abordar a los pacientes, a ‘cuidarles’ y brindarles soporte y contención en los hospitales. En lo personal, sin duda, fue un parteaguas importante, pues me permitió situarme en qué es lo que quiero, hacia dónde me dirijo y qué puedo brindar y ofrecer (en la medida de mis propios recursos) a las personas que acudan por ayuda.

REFERENCIAS

Aguilera, G., Alcaraz, R., Ávila, A., Herrera, O.I., et al, (1998). *Cuerpo, identidad y psicología*. México: Plaza y Valdés Editores.

Berman, M. (1987). "*El reencantamiento del mundo"*. Chile: Editorial Cuatro Vientos.

Castanedo, C. (2005), *La psicología humanística norteamericana*. México: Herder.

Chaparro, A. A. G. y Herrera O. I. (2010). *Una aproximación al proceso órgano emoción II*. México: CEAPAC Ediciones.

Chía, M. y Abrams, D. (2006). *El hombre multiorgásmico*. Madrid: Neo Person

Dahlke, R., y Dethlefsen, T. (2007). *La enfermedad como camino*. México: DeBolsillo.

Durán, A.N.D. (2004). *Cuerpo, intuición y razón*. México: CEAPAC Ediciones.

Fajardo, G.A., Mejía A.J., Gómez, D.A., Mendoza, S.H., Garduño, E.J., Martínez, G.M. (1995). Epidemiología de las neoplasias malignas en niños residentes del Distrito Federal (1982-1991). *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 52, (9), 507-516.

Fajardo, G.A., Mejía, A.J., Hermández, C.L., Mendoza, S.H., Garduño, E.J., Martínez, G.M. (1999). Epidemiología descriptiva de las neoplasias malignas en niños. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 6, (2), 75-88.

Fajardo, G.A., Mejía, A.J., Juárez, O.S., Rendón, M.E., Martínez, G.M. (2001).El cáncer, un problema de salud que incrementa en el niño. Un reto para conocer su epidemiología en los niños mexicanos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 58, (2), 721-742.

INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2009). *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer*. 26 (5), 1-3.

International Journal of Cancer (1988). En: Fajardo, G.A., Mejía, A.J., Hernández, C.L., Mendoza, S.H., Garduño, E.J., Martínez, G.M. Epidemiología descriptiva de las neoplasias malignas en niños. *Revista Panamericana de Salud*.

Jiménez, B.R. (2004). Historia e investigación de la leucemia en Costa Rica.*Revista Biológica Tropical*. 52, (3), 559-569.

Lezaeta A.M. (1997). *La medicina natural al alcance de todos*. México: Editorial Pax.

López, R.S. (2000). *Zen y cuerpo humano*. México: Verdehalago.

López, R.S. (2002). *Historia del aire y otros olores en la ciudad de México 1840-1900*. México: CEAPAC-Miguel Ángel Porrúa.

López, R.S. (2006). *Órganos, emociones y vida cotidiana*. México: CEAPAC Ediciones.

Lugo, O.E. (1998). *Para ser médico*. México: Trillas.

Mejía, A.J., Fajardo, G.A., Bernaldez, R.R., Paredes, A.R., Flores, A.H., Martínez, G.M. (2000).Incidencia de las leucemias agudas en niños de la Ciudad de México, de 1982 a 1991. *Salud Pública de México*. 42, (5), 431-437.

Mejía, A.J., Flores, A.H., Juárez, M.I., Vázquez, L.J., Games, E.J., et al. (2005). Edad de aparición de los diferentes tumores malignos en la infancia. *Revista Médica del IMSS*. 43, (1), 25-37.

Miller, R.W. et al. (1983). Agedistribution of epithelialcancers. Lancet.En: Fajardo, G.A., Mejía, A.J., Juárez, O.S., Rendón, M.E., Martínez, G.M. (2001). El cáncer, un problema de salud que incrementa en el niño. Un reto para conocer su epidemiología en los niños mexicanos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 58, 721-742.

Molinés, H.A. (2001). Leucemias linfoblásticas agudas infantiles. Evolución histórica y perspectivas futuras. *Boletín de la Sociedad Canarias Pediátrica. Canarias Pediátrica*. 25, (2), 279-290.

Moro, G.L. (1994). *El enfermo de cáncer y su entorno*. Barcelona: Fundación La Caixa.

Murphy, G.P., Lawrence, W., Lenhard, R. (2002). *Oncología Clínica*. American CancerSociety.

Ortega M.R.L. (2005). *De la familia a la escuela y de la escuela a la vida*. México: CEAPAC Ediciones.Papalia, E. (2005). *Desarrollo humano*. México: McGraw Hill. 9ª Edición.

Perinat, A., (2003). *Psicología del desarrollo: un enfoque sistémico*. España: Editorial VOC.

Reid, D. (2007). *El Tao de la Salud, el Sexo y la Larga Vida*. España: Ediciones Urano.

Rizo, R.P., Sánchez, C.F., González, R.A., Betancourt, C.M., Meneses, G. A., et al. (2002). Mortalidad por leucemias en menores de 20 años. México 1998-2002. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 62, 9-18.

Rodríguez, A.R. (2003). *Las toxinas ambientales y sus efectos tóxicos*. México: Fondo de Cultura Económica.

Saveb, I. (1989). *Como vivir sano*. Tomo I. Editorial Renuevo: Ecuador.

Tian, C.Y. (2003). *Conocer el taoísmo*. Barcelona: Kairós.

Vail y Cananauhg, (2006). *Desarrollo humano: una perspectiva del ciclo vital*. LengageLearning Editores; México.

Vargas, F. y Úbeda, A. (coordinadores), (s/f). *Campos electromagnéticos y salud pública. Informe técnico elaborado por el comité de expertos*. Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Ministerio de Salud y Consumo. España.

Velasco-Suárez, A. (1993).Bioética y salud ambiental. *Salud Pública de México*. 23, 214-220.

ANEXOS

GUÍA DE ENTREVISTA PARA PADECIMIENTOS PSICOSOMÁTICOS

Objetivo: recabar información que permita identificar la ruta de construcción de un padecimiento psicosomático.

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:

Sexo: _____ Estado civil: _____ Edad: _____

Domicilio:

Tipo de vivienda:

Tipo de construcción:

Escolaridad: Ocupación:

Lugar de nacimiento: Tiempo de residencia:

Religión:

II. CIRCUNSTANCIAS DE EMBARAZO Y NACIMIENTO

a) *Historia del embarazo*. En el caso de que el paciente entrevistado sea un adulto, se obtendrá toda la información que la persona sepa del embarazo de su madre. Cuando se trate de un niño, los padres proporcionarán la información al respecto.

b) *Nacimiento*. Historia del embarazo. Incluir toda la información relativa a la concepción, en la que se debe recopilar datos en relación con el tipo de alimentación de la madre; vigilancia médica (control periódico, si existió alguna enfermedad y los tratamientos administrados), tipo de atención que recibió.

c) *Situación de la madre durante el embarazo*. Relación emocional de los padres con el hijo: estuvo sola, en pareja, (condiciones de vida de la madre y del padre en general hasta llegar al parto), con familiares, y otros. Relaciones emocionales de los padres durante el mismo; embarazo deseado, planeado, por falla en el método anticonceptivo o impuesto.

d) *Parto*. Asistido por un médico (cesárea, fórceps o normal) una partera, o sola.

e) *Lactancia y cuidados posteriores*. Fue amamantado por la madre o con leche de fórmula (durante cuánto tiempo); la edad de ablactación , tipos de alimentos.

III. CRIANZA, CRECIMIENTO Y PADECIMIENTO (Desde el nacimiento hasta la edad actual: la edad es detectar en lo posible los principios del padecimiento).

a) *Estilo de crianza*. De qué manera era corregido, al cuidado de quién estuvo y con quienes convivía, ya sea porque compartieran la casa o porque se frecuentaban.

b) *Alimentación*. Qué comía, con quién comía, cuántas veces al día, dónde come, cuáles son los alimentos que prefería y rechazaba, sabores predominantes en la familia (agrio, dulce, amargo, picante y salado); si considera que algunos alimentos le hacen daño (antes y ahora).

c) *Salud*. Servicios médicos de que es usuario; formas en que atiende sus padecimientos, con qué frecuencia asiste; enfermedades más comunes que ha padecido y si puede identificar en qué épocas; qué tipo de tratamientos recibe o ha recibido, los medicamentos así como la dosificación. Cuáles han sido los resultados obtenidos en la búsqueda de su salud, tratamientos alópatas, alternativos; pronóstico y expectativas (Diagnóstico, tratamiento y resultados).

d) *Relaciones emocionales*. Familiares y extrafamiliares: quiénes integran su familia, qué lugar ocupa en ella; actividades, rutinas rituales; qué emociones experimenta y cómo las expresa con cada uno de los miembros de su familia. Relaciones con los otros. Indagar al respecto de cómo construye las relaciones emocionales, si se basan en el odio, resentimiento, tristeza, miedo, angustia, etc., y sus expresiones como vínculos afectivos con mamá, papá, hermanos, maestros, amigos, parejas, hijos, jefes y compañeros de trabajo.

e) *Trabajo*. Qué necesita para vivir, dónde trabaja, horarios, qué emociones experimenta con relación al trabajo, proyecto de vida, expectativas de la misma, relaciones emocionales con los compañeros de trabajo.

f) *Escolaridad*. Qué nivel de estudios tiene, escuelas en las que estuvo; cómo fue su desempeño, si entabló relaciones emocionales, de qué tipo, con quienes y cómo las expresaba.

g) *Tipo de vivienda*. Cómo es la casa donde vive, de qué materiales está hecha, cómo es la distribución del espacio de la misma; desde cuándo vive ahí, con qué servicios cuenta; ubicación geográfica, (si es ciudad, área conurbada, zona rural, etc., oxigenación, altura), orientación geográfica (norte, sur, este y oeste).

IV. CONCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

a) *Profundización del proceso de construcción de la enfermedad*. Cómo la persona vive, es decir, si considera castigo divino, herencia, “ya me tocó”, “bajó del cielo”, contagio, u otros.

b) *Crisis*. Tratar de encontrar qué hace cuando entra en crisis en su enfermedad, es decir, si se deprime, se esconde, llora, se exhibe, se trata de suicidar, etc., entender cómo afecta la enfermedad a su familia.

c) *Concepto del cuerpo y su cuerpo*. Antes y después de la enfermedad para saber cómo lo vive. Buscar su construcción personal respecto al género y su idea de belleza, lo mismo que el ejercicio de su sexualidad.

d) *Creencia religiosa*. Preguntar sobre la fe que profesa y cómo la practica tratando de encontrar la relación con su enfermedad (castigo o bendición).

Nota. Hacer anotaciones, observaciones y comentarios antes y después de la entrevista.