

**Representaciones sociales del trasplante de médula ósea, la quimioterapia y la cirugía  
oncológica en población general colombiana**

**Nathaly Dimey Hoyos y Ana María Jaramillo Villegas**

**Director de Trabajo de Grado**

**<sup>1</sup>Ximena Palacios Espinosa**

**Co-Director de trabajo de grado**

**Irene Barbieri**

**Universidad del Rosario**

**2016**

---

<sup>1</sup> Nota de autor: Esta investigación se realizó con el asesoramiento de Ximena Palacios Espinosa del programa del programa de psicología, de la Universidad del Rosario  
Envío de correspondencia a: [Anam.jaramillo@urosario.edu.co](mailto:Anam.jaramillo@urosario.edu.co)

**Universidad del Rosario**  
**Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud**  
**Programa de Psicología**

**Acta de Aprobación del trabajo de grado**

Los aquí firmantes certificamos que el trabajo de grado elaborado por

Nathaly Dimey Hoyos

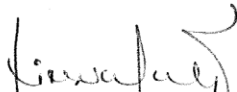
Ana María Jaramillo Villegas

Titulado: Representaciones sociales del trasplante de médula ósea, la quimioterapia y la cirugía oncológica en población general colombiana

Cumple con los estándares de calidad exigidos por el programa de psicología para la aprobación del mismo.

Esta acta se firma a los 2 días del mes de Diciembre de 2016

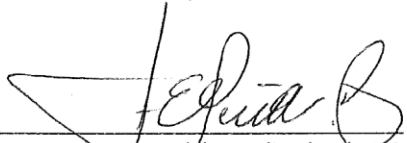
Director del Trabajo de Grado

  
\_\_\_\_\_  
Firma del Director

2/12/2016

\_\_\_\_\_  
Fecha

Coordinador de Trabajos de Grado del Programa de Psicología

  
\_\_\_\_\_  
Firma del Coordinador de T.G.

2/12/16

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Tabla de Contenido

Resumen .....	6
Abstract.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
Representaciones sociales y tratamiento oncológico convencional.....	11
Definición de Representaciones Sociales (RS) .....	14
MÉTODO .....	43
Tipo de Investigación .....	43
Población y Muestra .....	43
Procedimiento.....	44
Instrumentos .....	45
RESULTADOS .....	47
DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIÓN .....	64
REFERENCIAS .....	65

**Lista de tablas**

*Tabla 1.* Efectos secundarios esperados durante el proceso de TMO.....38

**Lista de figuras**

*Figura 1:* Campo de representación del tratamiento oncológico convencional. Fuente:  
Elaboración propia.....57

**Resumen**

Las representaciones sociales son una construcción de significados que las personas otorgan a un objeto en este caso el tratamiento oncológico. En el mundo, el cáncer es una enfermedad de alta prevalencia y sus tratamientos suelen generar numerosos efectos secundarios, pero a la vez es el recurso médico disponible para controlar la enfermedad. Este estudio cualitativo tuvo como objetivo analizar las representaciones sociales del tratamiento oncológico en población colombiana. Participaron voluntariamente 20 personas seleccionadas por conveniencia. Se realizaron entrevistas abiertas y se analizaron los resultados a través del análisis temático y se interpretaron con base en la teoría de las representaciones sociales. Los resultados indicaron que las personas representan el tratamiento oncológico convencional, predominantemente como quimioterapia, generadores de sufrimiento, miedo, alto costo físico, emocional y económico; así como una apuesta en la que la ganancia puede ser la prolongación de la vida o la remisión. Se discuten los resultados y sus implicaciones.

*Palabras claves:* Representaciones sociales, trasplante de médula ósea, quimioterapia; cirugía oncológica.

**Abstract**

Social representations are a construction of meanings that people grant to an object, in this case, oncological treatment. Worldwide, cancer is a high prevalence disease and its treatments usually generate numerous side effects, but at the same time is the only medical resource to control the disease. This qualitative study aimed to analyze social representations of the oncological treatment in the Colombian population. Twenty people, selected by convenience, participated voluntarily. Open interviews were made and results were analyzed through thematic analysis and were interpreted based on the social representations theory. Results indicated that people represent conventional oncological treatment, predominantly as chemotherapy, generators of suffering, fear, high physical, emotional and economical cost; as well as a bet, in which profit can be life prolongation or remission. Results and its implications are discussed.

**Key Words:** Social representations, Bone marrow transplant, chemotherapy oncological surgery.

## **INTRODUCCIÓN**

Un tumor “es una masa anormal de tejido de crecimiento prácticamente autónomo que supera el de los tejidos normales” (Robbins, Cotran, Kumar & Collins, 2002, p.155); estos se organizan en dos grupos, que son los tumores benignos y malignos. Los tumores malignos se denominan cáncer y se dividen en dos clases: los carcinomas que se originan en las células epiteliales y los sarcomas que se originan en los tejidos mesenquimales (Robbins et al., 2002).

Esta enfermedad es tan antigua como la vida en nuestro planeta. Su estudio y tratamiento han sido objeto de gran interés desde épocas remotas en distintas culturas, lo cual ha llevado al ser humano a utilizar diversos recursos con determinadas sustancias para combatir esta mortal enfermedad. A pesar de que en el mundo actual existe un mayor acceso a la información mediante la tecnología, aún se puede observar que esta enfermedad y sus diversos métodos de tratamiento no son tan conocidos por la población general; sólo quienes están en contacto con la enfermedad ya sea por su labor profesional y/o experiencia personal tienen un conocimiento más claro frente a esta temática.

Dentro de los métodos tradicionales del tratamiento médico convencional, el más común y el de primera línea es la cirugía oncológica, la cual es considerada como el método más efectivo para curar tumores o masas malignas y es la opción terapéutica más usada junto con otros métodos (Celano & Estrada, 2014). Por otro lado, se encuentra la quimioterapia que se define como un tratamiento contra el cáncer que tiene como objetivo evitar que las células cancerosas invadan otros órganos, se multipliquen y metastaticen actuando en el ciclo celular (Skeel & Khelif, 2012). La quimioterapia está constituida de uno o varios medicamentos y su administración puede ser para fines curativos o paliativos y puede ser neoadyuvante que es utilizada para tratar la enfermedad local y tiene como fin la reducción



del tumor en su totalidad y la adyuvante o coadyuvante que es realizada posterior a la cirugía oncológica y su objetivo es la extirpación total del tumor (Celano & Estrada, 2014).

Finalmente se encuentra el Trasplante de Médula Ósea (TMO), que según Cárdenas (2000) es un procedimiento médico fuertemente invasivo que es utilizado para personas con enfermedades hematológicas; el éxito de éste es de aproximadamente 62%, teniendo en cuenta las diferencias de cada sujeto.

En este estudio no solo interesan en particular las representaciones sociales del tratamiento médico convencional para el cáncer, específicamente los acabados de presentar.

Las representaciones sociales son:

Un sistema de valores, ideas y prácticas con una función doble: en primer lugar, establecer un orden que posibilita a los individuos orientarse a sí mismos y controlar el mundo social en el que viven y en segundo lugar, facilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proveyéndoles de un código para nombrar y clasificar los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal” (Moscovici citado por Valencia y Elejabarrieta, 2007, p. 89-90).

Los estudios acerca de las representaciones sociales sobre el tratamiento convencional para el cáncer son escasos. En específico, algunos se han centrado en la quimioterapia (Castaño & Palacios-Espinosa, 2013; Palacios-Espinosa & Zani, 2014), que es el tratamiento médico mayormente asociado con el cáncer y más popularizado. Además, los pocos estudios realizados se centran en las representaciones sociales de los pacientes y no de la población general que es precisamente, aquella de interés en el presente estudio. Este se desarrolló en el marco de un proyecto de investigación titulado: *Representaciones sociales de la Medicina Popular, la Medicina Complementaria y Alternativa y el Tratamiento Oncológico Convencional*”, en el que la investigadora principal es: Ximena Palacios-

Espinosa. El objetivo fue analizar las representaciones sociales que la población general ha construido alrededor de la cirugía oncológica, la quimioterapia y el TMO.

Si bien las implicaciones psicológicas de los tres tratamientos son amplias y están documentadas (Berry, Blonquist, Hong, Halpenny & Partridge, 2015; Mansoor & Jehangir, 2015; Alarcón, 2006 )no sucede lo mismo con los significados que tienen para la gente. Este es un tema de alta relevancia y su estudio es sin duda pertinente para la Psicooncología pues de la representación de una enfermedad y de un tratamiento, depende en gran medida la decisión que se toma sobre hacerlo o no, su afrontamiento y la adherencia al tratamiento.

Esta investigación es importante dado que poco se ha estudiado sobre el tema por lo cual sus resultados serán una herramienta útil que permitirá suplir las falencias conceptuales que surgen alrededor de este tema. Así mismo, podrá servir como punto de partida para futuras investigaciones, dado que la mayoría de estudios relacionados con este tema han sido enfocados solamente en quienes padecen de la enfermedad y sus familias.

De esta manera, la pregunta de investigación en la que estuvo basado el presente estudio fue: ¿Cuáles son las representaciones sociales de la cirugía oncológica, la quimioterapia y el TMO en la población general colombiana? Así, el objetivo general del estudio fue analizar las representaciones sociales de la cirugía oncológica, la quimioterapia y el TMO y como objetivos específicos nos planteamos: (a) explorar el conocimiento sobre la cirugía oncológica, la quimioterapia y el TMO; (b) describir las actitudes hacia la cirugía oncológica, la quimioterapia y el TMO y (c) describir el campo de representación de la cirugía oncológica, la quimioterapia y el TMO.

En consecuencia, con nuestra pregunta de investigación y nuestros objetivos, se revisaron los antecedentes teóricos sobre las representaciones sociales; aquellos sobre los tres

tratamientos oncológicos de estudio y finalmente, los antecedentes empíricos sobre las representaciones sociales de la cirugía oncológica, la quimioterapia y el TMO

### **Representaciones sociales y tratamiento oncológico convencional**

La Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) surge en el marco de la psicología social europea, específicamente de la psicología social francesa (Gutiérrez, 1998). Esta teoría se vio ampliamente influida por los fundamentos de la etnopsicología, el interaccionismo simbólico y las representaciones colectivas (Mora, 2002). La primera, planteada por Wundt, tuvo como resultado la diferenciación de la Psicología experimental y la Psicología social. En coherencia con ello, Wundt propuso la interpretación de los productos de la experiencia como una metodología para estudiar los procesos cognoscitivos superiores, concluyendo que la comunicación de los gestos establece la base de la vida social y permite la comprensión entre los seres humanos (Mora, 2002). A partir de este planteamiento surgieron otras dos corrientes, el interaccionismo simbólico de George Herber Mead y las representaciones sociales de Sergei Moscovici (Mora, 2002).

De acuerdo con lo anterior, Mead (s.f.) fundamentó la psicología social en la etnopsicología de Wundt pero también en los postulados de la teoría evolucionista darwiniana. Propuso que la evolución humana puede estudiarse a partir del gesto animal y reconoce como unidad de análisis el acto social, específicamente el significado y el símbolo que están presentes en el espacio de interacción. En ese espacio y como parte del proceso de comunicación se forma el espíritu y resalta que la persona es gracias a su espacio social en una determinada sociedad (Mora, 2002). Así que Mead incorpora el concepto de realidad simbólica y realidad natural. La primera consiste en hacer presente un objeto, un acontecimiento de la realidad social o un fenómeno, mediante los símbolos o las imágenes que sustituyen esa realidad. De igual estas imágenes recrean la realidad de modo simbólico

(Perera, 2003). En cambio, la realidad natural es vulnerable a la creación, la transformación y la destrucción. Y así mismo propone que la naturaleza simbólica de la sociedad y la naturaleza cultural del lenguaje, pueden analizarse empíricamente (Mora,2002).

La TRS representa un hito fundamental para la Psicología Social después de la revolución cognoscitivista, en la medida en que permitió retornar tanto al estudio de los significados de los objetos y de los procesos tanto para los sujetos como para los grupos como a la construcción social de los significados. En el marco de esta teoría, a diferencia de lo que sucede en la investigación de la cognición social, interesa el conocimiento social, el contenido del conocimiento y el significado de tal conocimiento para las personas y para los grupos. Así, esta TRS “considera el conocimiento (tanto teórica como empíricamente) en relación a los contextos local, social, cultural e histórico en los cuales se genera y se utiliza” (Flick, 1988, p. 5). Lo anterior evidencia que el conocimiento no se limita a un fenómeno puramente cognoscitivo.

Hay dos antecedentes teóricos importantes en la consolidación y el posicionamiento del estudio de las representaciones sociales propuestos por Moscovici en su obra “*La psychanalyse, son image et son public*”: la inexistencia de una psicología del conocimiento frente a una sociología del conocimiento y la epistemología del sentido común. Aparecen entonces dos ejes de interés: (a) la construcción de un conocimiento popular y la apropiación social de la ciencia por parte de una sociedad pensante cuyos miembros son eruditos principiantes (savants amateurs). (b) La difusión del conocimiento. De esta manera, las representaciones sociales pueden ejercer como sistema que obstaculiza o apoya la asimilación del saber científico y técnico (Moscovici, 1979).

De lo anterior, se deriva el hecho fundamental de que en el marco de la TRS, el conocimiento ingenuo nunca será considerado falso o sesgado, contrario a lo que puede

acontecer desde la perspectiva cognoscitivista. Al respecto, Jodelet afirma que: “se trata de “otro” conocimiento que el de la ciencia, pero adaptado y corroborado por la acción sobre el mundo. Su especificidad de la que dan cuenta una formación y unas finalidades sociales, es un objeto de estudio epistemológico no solo legítimo sino necesario para comprender plenamente los mecanismos del pensamiento y para tratar el saber científico en sí mismo[1]” (Jodelet, 1999; p. 63).

Finalmente, Moscovici plantea la TRS adaptó el concepto de representaciones colectivas de Durkheim y planteó el concepto de representación social (RS). Por supuesto reconoció diferencias entre estos conceptos, indicando que mientras las representaciones colectivas son formas de conciencia impuestas por la cultura, es decir, una reproducción del pensamiento social, las RS son una construcción social de los conocimientos de las personas, y a la vez son un proceso de construcción de saberes de tipo social originado en conversaciones individuales o intergrupales (Moscovici, 1989).

Las RS y las actitudes fueron conceptos que surgieron prácticamente de manera simultánea lo que llevó a que se les tratara de manera indistinta (Wagner & Hayes, 2011). En realidad solo son diferentes, sino que las actitudes como se mencionará adelante, son tan solo una dimensión de las RS y se conciben de manera particular en el marco de esta teoría.

Prácticamente en los últimos 30 años, la TRS ha obtenido tres logros importantes. En primer lugar, articular lo individual y lo colectivo; en segundo lugar, demostrar que existe una organización estructurada del pensamiento social y en tercer lugar, la plasticidad metodológica (Rouquette, 2010).

“La TRS ocupa un lugar aparte en la Psicología Social, tanto por los problemas que plantea como por la escala de fenómenos con los que trata” (Moscovici, 1988, p. 211). Esta teoría permite estudiar las relaciones entre fenómenos sociales y cognoscitivos,

comunicación y pensamiento. Las representaciones sociales permiten crear información en tanto que su función es familiarizarnos con lo extraño de acuerdo con las categorías de la cultura en la que estamos inmersos o a la que pertenecemos.

### **Definición de Representaciones Sociales (RS)**

Actualmente, una representación es un constructo teórico que se utiliza para describir un estado mental o un proceso social de cualquier naturaleza, que tiene un papel explicativo en las teorías que tratan acerca de comportamientos sociales individuales y colectivos asociados (Wagner & Hayes, 2011). Sin embargo, el concepto de RS tiene unas características específicas que desde su concepción, lo han distinguido de otros. A continuación se presentan varias definiciones de RS.

Según Moscovici (1979) las representaciones sociales se originan en la reciprocidad de las interacciones y por tanto se intercambian e intervienen en su construcción aspectos psicológicos y sociales. De esta manera, se trata de percepciones y conceptos, formas de conocer y producto de lo representativo y lo simbólico, lo cual se expresa bajo la forma de una interacción social.

Igualmente, Moscovici citado por Wagner Duveen, Farr, Jouvchelovitch, Lorenzi-Cioldi, Marková y Rose. (1999) planteó que una RS es el resultado de una elaboración colectiva acerca de un objeto social para comunicarse y comportarse dentro de una comunidad. Así, una RS es un fenómeno colectivo, propio de una comunidad y producto de la interacción y la conversación frecuentes entre sus miembros (Wagner et al., 1999).

Inicialmente, Moscovici definió las RS como

Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. [...] es un corpus organizado

de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. [...] son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporcionan a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material para dominarlo (Moscovici citado por (Perera, 2003, p. 10).

Por su parte, Jodelet (1999), definió las representaciones sociales como “una forma de conocimiento, socialmente elaborada y compartida, con un propósito práctico y que convergen hacia la construcción de una realidad común a un conjunto social” (p. 53).

Para esta misma autora, las representaciones sociales son intervenidas por lo social de distintas formas como por ejemplo, por el ambiente en el cual se encuentran las personas y los grupos, por la interacción y la comunicación que establecen entre ellas, por la manera de percibir el bagaje social y por las creencias e ideologías enmarcados en una posición social determinada (Jodelet, 1984). De hecho, Wagner y Hayes (2011) indican que una RS es una elaboración a partir de la cual los hechos y los objetos adquieren un significado social único dentro de un grupo social específico pues son el producto del “encuentro de un grupo con su medio ambiente y su sistema de referencia” (Wagner & Haynes ,2011, p. 94) y no solo un sistema de imágenes transmitidas culturalmente.

Precisamente, Wagner y Hayes (2011) rescatan que la imagen es uno de los aspectos que caracteriza en particular a las RS e indican que esta debe ser : (a) estructurada; (b) cognitiva, afectiva, evaluativa y operativa; (c) metafórica o icónica; (d) de los fenómenos socialmente relevantes (eventos, estímulos o hechos); (e) de los fenómenos de los cuales los individuos son potencialmente conscientes; (f) de fenómenos compartidos por otros miembros de un grupo social y (g) un elemento fundamental de la identidad social de los

individuos. Estos mismos autores indican que si bien los hechos sociales se pueden expresar a través del lenguaje, generalmente se representan a través de imágenes o de metáforas dotadas de significado afectivo.

Las RS le proporcionan al individuo una orientación en un mundo múltiple y complejo y permiten atribuirle a los fenómenos importantes significado, estructura y preponderancia (Wagner & Hayes , 2011).

Al conocimiento inmerso en las RS se le denomina saber del sentido común, que según Flechter (1984) se refiere a las creencias sobre el entorno que son compartidas por un grupo social determinado. Y en consecuencia, las representaciones sociales se definen como todos aquellos conocimientos que posee una cultura y que funcionan en modo de teorías de sentido común sobre todas las características de la vida y la sociedad .

Y precisamente Moscovici rescató en la definición que diera de RS en los años 80 del siglo XX, el sentido común:

Por representaciones sociales nosotros entendemos un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. En nuestra sociedad se corresponden con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; incluso se podría decir que son la versión contemporánea del sentido común [...], constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común (Moscovici citado por Perera, 2003, p. 10).

De acuerdo con Jodelet (1986), las RS se presentan de diversas formas: (a) teorías que establecen hechos; (b) imágenes que agrupan sistemas de referencia que proporcionan la interpretación de lo que sucede y brindan sentido a lo inesperado; (c) categorías que clasifican situaciones y fenómenos. Es así como la ideología de representación social une lo psicológico



y lo social y resalta que como seres humanos aprehendemos los sucesos de la cotidianidad, la información, las características del medio ambiente al que nos exponemos y las personas; es así cómo se construye el concepto de sentido común el cual surge gracias a las experiencias, informaciones, modelos que se nos han transmitido, la educación que hemos recibido, la tradición y claro está, la comunicación social (Jodelet, 1986). De hecho, para esta autora “las representaciones sociales son fenómenos complejos, que siempre están activas y actuando en la vida social” (Jodelet, 1999, p. 52).

Por su parte, Rouquette (2010) indicó que una representación social “es la que organiza y coordina las representaciones individuales en tres planos: la cognición, la comunicación y la sociabilidad” (p. 136). Al respecto, Jodelet indica que las RS son:

Fenómenos cognoscitivos que fortalecen la pertenencia social de las personas con las implicaciones afectivas y normativas, con las interiorizaciones de experiencias, de prácticas, de modelos de conducta y de pensamiento, socialmente inculcados o transmitidos por la comunicación social, los cuales están ligados (Jodelet, 1999,p. 53).

### **Dimensiones de las Representaciones Sociales**

Las RS tienen como objetivo describir, clasificar y explicar (Moscovici & Hewstone citado por Gutiérrez, 1998) y están constituidas por tres dimensiones interdependientes: la información, la actitud y el campo de representación o imagen. La información es la asociación de conocimientos organizados que tiene un grupo frente a un objeto social (Gutiérrez, 1998) o según Moscovici (1979) una agrupación de conocimientos que tiene un grupo sobre un suceso, fenómeno o momento de la sociedad. Así mismo, se incluyen los datos y explicaciones que se construyen sobre la realidad mediante las relaciones cotidianas.

La actitud permite enfocar la orientación global, positiva o negativa, con respecto al objeto de la RS (Gutiérrez,1998; Mora, 2002).

Por último, el campo de representación remite a la idea de imagen, modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones acerca de un aspecto preciso del objeto de la representación” (Gutiérrez,1998, p.14) permitiendo observar la expresión del contenido y sus características cualitativas (Moscovici, 1979).

La TRS “define los fenómenos y los objetos socialmente relevantes, no en función de los rasgos inherentes de los objetos, sino según la relación que existe entre las personas, los objetos y los eventos representados por estos” (p.71). Estas se entienden como un constructo socialmente compartido, es decir como esquemas fundamentales dentro del discurso y la arquitectura social de los grupos (Wagner & Hayes, 2011, p. 69).

### **Procesos de las Representaciones Sociales: la Objetivación y el Anclaje**

De acuerdo con Jodelet (1984) las representaciones sociales se pueden estudiar desde tres grandes perspectivas: (a) como un modo de expresión social y cultural; (b) como el resultado de una dinámica psicosocial; (c) como una forma de pensamiento social.

Desde la primera perspectiva, las representaciones sociales como modo de expresión social y cultural permiten aprender de la sociedad sus códigos, valores, modelos así como los sistemas de interpretación de actos, eventos y personas que en conjunto forman las escenas de la cotidianidad (Jodelet, 1984).

Desde la segunda perspectiva, las representaciones se consideran como el resultado de una dinámica psicosocial y por tanto se analizan a la luz de la pertenencia de los individuos a un grupo determinado y a la vez tienen una función psicológica y efectos de conocimiento (Jodelet, 1984).

Desde la tercera perspectiva en la que las representaciones sociales se consideran como una forma de pensamiento social, se propone reflexionarlas alrededor de la idealización social. En este sentido, cabe resaltar como características de esta perspectiva que:

Las representaciones se aprehenden como forma de conocimiento siendo fenómenos sociales singulares y autoeficaces. Las representaciones son a la vez pensamiento constituyente y constituido. Desde esta perspectiva se estudian los procesos de pensamiento social globalmente. En tanto que pensamiento constituido, las representaciones sociales se transforman en productos que operan en la vida social en el plano intelectual y práctico, como realidades preformadas, como cuadros de interpretación de lo real, como cuadros de seguimiento para la acción, como sistemas de generación de nuevas realidades. Estas propiedades son la razón de la eficacia de las representaciones (Jodelet, 1984, p. 26).

De acuerdo con lo anterior, el pensamiento constituido será el resultado de “la suma de saberes, nociones, interpretaciones y apreciaciones de las que disponemos para aprehender nuestro universo de vida y de acción” (Jodelet, 1984, p. 29).

De acuerdo con Moscovici (1985) la objetivación es uno de los dos procesos fundamentales para comprender la manera en cómo lo social cambia un conocimiento en representación y cómo esta representación transforma lo social. El otro proceso es el anclaje. La objetivación es el proceso mediante el cual la percepción se convierte en concepto, lo abstracto se materializa y las ideas se tornan en una imagen; siendo esta la constitución formal de un conocimiento (Jodelet, 1988; Hebe, 2005). Según Moscovici citado por Jodelet (2006) “objetivar es reabsorber un exceso de significafos materializándose” (p.481), lo cual quiere decir que dentro de las comunicaciones en las que el hombre se encuentra, existe un grupo de ideas y nociones que a través de estructuras materiales se radicalizan (Jodelet, 1989). Este

proceso de objetivación consta de diferentes fases: (a) selección y descontextualización de los elementos de la teoría; (b) la formación de un núcleo figurativo y (c) la naturalización. El primero se refiere a la exclusión e inclusión de distintos conceptos según la clase social y la cultura del individuo y la reafirmación o la negación de estos según el sistema de valores inculcado (Jodelet, 1988). Esto quiere decir que las informaciones son separadas del campo científico al que pertenecen y son tomadas por el público que las concibe como acontecimientos de su propio mundo para así lograr denominarlas (Hebe, 2005).

El núcleo figurativo es el resultado final de la lucha entre el consciente y el inconsciente a través del rechazo que da lugar a la formación del “complejo”; entiéndase, por complejo la estructura conceptual convertida en su forma visible, es decir en una estructura de imagen que permite que los conceptos teóricos se organicen en un grupo coherente y gráfico que facilite la comprensión de manera individual y con sus respectivas relaciones (Jodelet, 1988; Hebe, 2005).

La naturalización es cuando un modelo figurativo adquirido de forma consciente adquiere un status de evidencia e integra “los elementos de la ciencia en una realidad de sentido común” (Jodelet, 1988, p.483).

El segundo proceso para comprender la manera en cómo lo social cambia un conocimiento en representación y cómo esta representación transforma lo social, es el anclaje. Este “se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto” (Hebe, 2005, p.7); implica la integración cognitiva del objeto entendida como “una inserción orgánica dentro del pensamiento constituido” (Jodelet, 1988, p.486) y no de la consolidación formal de un conocimiento. De acuerdo a Perera (2003) el anclaje permite integrar las representaciones novedosas a todo el sistema representacional pre-existente, modificando constantemente la visión de la realidad.

El anclaje se descompone en diferentes modalidades que permiten entender:

Cómo se confiere el significado al objeto representado; cómo se utiliza la representación en tanto que sistema de interpretación del mundo social, marco e instrumento de conducta; cómo se opera su integración dentro de un sistema de recepción y conversión de elementos de este último relacionados con la representación (Jodelet, 1988, p.486).

El anclaje y la objetivación son procesos articulados a partir de tres funciones básicas de las representaciones sociales: (a) integración de la novedad; (b) interpretación de la realidad y (c) orientación de las conductas y las relaciones sociales. Estas se articulan entre el proceso de anclaje y la objetivación (Jodelet, 1988).

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, las representaciones sociales permiten interpretar un concepto y comprender su significado y es por esto que son el punto de partida de esta investigación puesto que es a través de ellas que se analizarán la cirugía oncológica, la quimioterapia y el TMO, tratamientos médicos convencionales que serán explicados a continuación.

### **Quimioterapia**

La quimioterapia es un tratamiento contra el cáncer que tiene como objetivo, evitar que las células cancerosas invadan otros órganos, se multipliquen y metastaticen (Skeel & Khlief, 2012) al actuar sobre el ciclo celular. La eficacia de este tratamiento se genera cuando existe mayor destrucción celular que proliferación celular (Skeel & Khlief, 2012).

La quimioterapia se constituye de uno o varios medicamentos que se denominan antineoplásicos, citotóxicos o citostáticos. Entre ellos, alquilantes, antimetabolitos, antibióticos antitumorales, alcaloides vegetales, agentes hormonales y compuestos misceláneos (Fleming, Braddy, Mielszkalski & Cooper, 1996).

Los alquilantes son un grupo farmacológico caracterizado por déficit de electrones, lo que predispone a la formación de enlaces covalentes con los grupos reactivos ricos en electrones; hay muchas moléculas en el organismo ricas en electrones pero las de mayor interés en este caso son las bases nitrogenadas del ADN en cualquier fase del ciclo celular, a las cuales el fármaco se une y produce citotoxicidad. Su presentación permite la administración intravenosa y oral y el de mayor uso es la ciclofosfamida (Braddy, 1996).

Los alquilantes afectan a las células en cualquier momento del ciclo celular pero tienen mayor actividad cuando están proliferando, por lo que puede producir malignidades en la médula ósea y esterilidad transitoria o permanente, entre otras (Braddy, 1996).

Los antimetabolitos inhiben la síntesis de ARN y/o ADN mediante el antagonismo competitivo o no competitivo de una o varias enzimas sea por la vía del ácido fólico, los antagonistas de las purinas o los antagonistas de las pirimidinas. Estos medicamentos, entre los cuales se resaltan metotrexate, 5- fluoruracilo y mercaptopurina, suelen requerir hospitalización para su administración debido a sus efectos adversos y la posible necesidad de realizar exámenes de laboratorio para el monitoreo de la toxicidad, la efectividad o la prevención de mecanismos de resistencia. Estos antineoplásicos, en su mayoría requieren la administración concomitante de otros medicamentos para potenciar su efectividad o prevenir efectos adversos. Los antimetabolitos actúan principalmente durante la fase S del ciclo celular y son especialmente útiles en tumores altamente proliferativos, como los tumores trofoblásticos (Braddy, 1996).

Los antibióticos antitumorales entre los cuales los más conocidos y utilizados son las antraciclinas, tienen alta efectividad antineoplásica. Se desconocen exactamente sus mecanismos de acción ya que tienen efecto en cualquier fase del ciclo celular (principalmente fases S y G2) y generan alta morbimortalidad. Uno de los efectos secundarios más serios es

el daño sobre las células del músculo estriado cardiaco. La administración de este medicamento requiere supervisión médica estricta y el uso de diferentes exámenes de laboratorio para el monitoreo de la toxicidad (Braddy, 1996).

Los alcaloides vegetales se dividen principalmente en los derivados de la vincapervinca y la podofilotoxina. Los primeros son inhibidores de la síntesis de tubulina, por lo que bloquean la formación del citoesqueleto y los axones y el transporte de neurotransmisores. Estos se caracterizan por generar mielotoxicidad (vinblastina) o neurotoxicidad (vincristina). El etopósido inhibe las células en la metafase de la mitosis pero no inhibe la formación de microtúbulos; su principal efecto adverso es la hipotensión tras la administración intravenosa rápida del medicamento (Braddy, 1996).

Las hormonas y los antagonistas hormonales se utilizan en los tumores que se sabe, que para su crecimiento dependen por lo menos en parte de las hormonas que estimulan al tejido originario del cáncer, por ejemplo los tumores de próstata, endometrio y mama, son hormonodependientes. Esta opción terapéutica se usa principalmente en tumores avanzados con fines paliativos y pocas veces curativos. Dentro de los más conocidos está el tamoxifeno, para el cáncer de mama y los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina en el cáncer de próstata. Estos agentes suelen producir menos efectos adversos y la mayoría de los que se producen, se derivan de la supresión de hormonas sexuales o la suplencia de las mismas (Braddy, 1996).

Otros agentes se utilizan en las quimioterapias. Un ejemplo es el cisplatino que funciona de una forma parecida a los agentes alquilantes ya que también se une a las bases nitrogenadas en su grupo n7. Sin embargo el cisplatino es más reactivo, tiene mayor actividad citotóxica y prácticamente no es mielotóxico aunque sí es altamente nefrotóxico y ototóxico.

Su diferencia radica en que forma enlaces cruzados entre las cadenas de ADN debido a su alta nucleofilia y reactividad (Braddy , 1996).

Los agentes inmunes condicionan a las células inmunológicas del organismo para que respondan y reconozcan con mayor efectividad a las células tumorales. Estos fármacos son los que producen mayor controversia, y están siendo estudiados con mayor eficacia en este momento; dentro de los más conocidos están los interferones, interleucinas y algunos anticuerpos monoclonales (Cooper & Cooper, 1996).

Los factores que intervienen en la selección de medicamentos antineoplásicos son el tipo de cáncer, la velocidad de absorción del medicamento, la localización del tumor, la carga tumoral y la resistencia del tumor a la quimioterapia (Celano & Estada, 2014). La vía de administración más común es la intravenosa, aunque también puede administrarse por vía oral, intramuscular, intratecal y tópica (Instituto Nacional del Cáncer, 2014).

En cuanto a los efectos secundarios de la quimioterapia, son frecuentes náuseas y vómitos que usualmente se presentan después de que se realiza el procedimiento y su duración oscila entre uno y varios días. También se genera alopecia en diferentes partes del cuerpo dependiendo del medicamento que se administre (American Cancer Society, 2013).

También se puede afectar la médula ósea por la quimioterapia, pudiendo causar que los recuentos sanguíneos bajen. Cuando disminuyen los glóbulos rojos, la persona puede presentar anemia con sus respectivas consecuencias como cansancio, dificultad para respirar y debilidad. Si disminuyen los glóbulos blancos hay inmunosupresión y si hay trombocitopenia, pueden generarse hemorragias (American Cancer Society, 2013). De acuerdo con la Asociación Española contra el Cáncer (2011), las células tumorales son fácilmente afectadas por los fármacos citotóxicos que las destruyen, pero a su vez estos también afectan las células sanas como lo son las del tubo digestivo, las de la médula ósea y



las de los folículos pilosos. La destrucción de estas células sanas desencadena los efectos secundarios más frecuentes del tratamiento que aparecen desde unas horas antes hasta varias semanas después de la administración de los fármacos.

Entre los efectos secundarios a corto plazo de la quimioterapia antineoplásica se encuentran: la estomatitis y otras complicaciones bucales, la astenia, la diarrea, el estreñimiento, la alteración del estado nutricional, el síndrome de mano-pie que es una erupción cutánea en la superficie de las manos y las plantas de los pies y las reacciones cutáneas (Tipton, 2011).

Por otro lado están las alteraciones de la médula ósea la cual se encarga de producir las células de la sangre como los leucocitos, las plaquetas y los glóbulos rojos. Estas células se vuelven muy sensibles a los efectos de la quimioterapia. De esta manera se presentan síntomas como la disminución de los glóbulos rojos lo que produce anemia que a su vez genera cansancio, palidez de la piel y las mucosas, mareos y mucha debilidad (Asociación Española contra el Cáncer, 2011).

Por otra parte, el descenso de los leucocitos genera inmunodepresión que indica que no hay suficientes defensas en el organismo para combatir la aparición de microorganismos. Por tal motivo, el paciente está en alto riesgo de desarrollar infecciones. El descenso de las plaquetas genera el aumento de riesgo de presentar hemorragias ante cualquier tipo de traumatismos por más leves que sean. Adicionalmente, existen alteraciones en el pelo como la alopecia secundaria a la acción de ciertos fármacos (Asociación Española contra el Cáncer, 2011).

Por otra parte, existen alteraciones neurológicas que indican la aparición de síntomas como hormigueo, sensibilidad y sensación de pinchazos en brazos y piernas y pérdida de fuerza y motricidad (Asociación Española contra el Cáncer, 2011). La neurotoxicidad

generada por la quimioterapia actualmente es mayor, posiblemente por la utilización de fármacos en dosis elevadas y por el uso de nuevos fármacos que se usan en combinación. Los síntomas que alerta sobre la neurotoxicidad pueden ser: disfunción cerebelosa, ototoxicidad y o coma; lo cual puede ser temporal pero generar cambios en la capacidad funcional si es prolongada o crónica (Tipton, 2011).

En cuanto a la vejiga urinaria se presentan síntomas como la cistitis que a su vez provoca prurito, dolor al orinar y hematuria. De igual manera, están los posibles problemas en la sexualidad y la fertilidad que abarcan desaparición del deseo e interés sexual. En las mujeres, los medicamentos podrían afectar el funcionamiento de los ovarios, lo que se asocia con amenorrea, insomnio, irritabilidad y sequedad en la vagina. Respecto a los hombres puede disminuirse la producción de espermatozoides, aparecer esterilidad ya sea temporal o de manera permanente. Finalmente están las alteraciones cardíacas (Asociación Española contra el Cáncer, 2011).

La estomatitis o inflamación de la mucosa oral se encuentra relacionada con infecciones secundarias o molestias bucales. Los antineoplásicos que pueden causar esto son: los alquilantes, los biológicos, los antibióticos antitumorales y los alcaloides. Para prevenir la estomatitis, el paciente debe realizarse un programa de higiene bucal previo al tratamiento y asistir a consulta odontológica; especialmente los pacientes que tienen leucemias y tumores malignos de cabeza y cuello (Tipton, 2011).

La astenia se refiere a la experiencia de cansancio desproporcionado respecto a la actividad física que ha realizado el paciente; lo cual puede afectar las actividades cotidianas. Esta afecta al 80-100% de los pacientes que se realizan un tratamiento oncológico y la forma de intervenir este cansancio es mediante la realización de ejercicio físico, el control de la actividad, la educación, etc. (Tipton, 2011).

La quimioterapia puede ocasionar en los pacientes diarrea secretora u osmótica, la cual puede ocasionarse por infecciones y está relacionada con la destrucción de células epiteliales que se encuentran en el tubo digestivo en división activa. Cuando se presenta en el paciente diarrea prolongada, pueden aparecer desequilibrios graves en los electrolitos, malestar, deshidratación y por consiguiente afectarse su calidad de vida (Tipton, ,2011).

El estreñimiento se puede generar por la administración de fármacos como los antineoplásicos neurotóxicos como el cisplatino, los alcaloides de la vinca y el etopósido. El estreñimiento crónico es muy fácil de prevenir pero es complicado de tratar. Para reducir el estreñimiento se utiliza el consumo de líquidos, frutas, vegetales y fibra (Tipton, 2011).

Los pacientes con cáncer suelen perder el apetito y en algunas ocasiones presentar desnutrición grave la cual puede ocasionarse como un efecto secundario de la quimioterapia o por un efecto directo del cáncer, tales como las metástasis cerebrales o la obstrucción intestinal. Esta desnutrición puede generar en el paciente una pobre respuesta al tratamiento, mayor cantidad de infecciones y afectar el bienestar del mismo. Igualmente, se puede ver afectada la nutrición del paciente debido a la agresión que esta tiene sobre el tubo digestivo; pudiéndose presentar vómitos, náuseas, anorexia, colitis, estomatitis, diarrea. Los pacientes con enfermedad oncológica en estadios III y IV, presentan desnutrición en el 50-80 % de los casos (Tipton, 2011).

Finalmente, las reacciones cutáneas o efectos tóxicos dermatológicos de la quimioterapia pueden variar dependiendo del momento en que inicia el tratamiento, de la respuesta terapéutica y de la gravedad del proceso neoplásico. Entre las reacciones se encuentran prurito, ampollas, descamación, exantemas y sequedad cutánea (Tipton, 2011).

Los anteriores son los efectos secundarios más comunes entre los pacientes que reciben quimioterapia intravenosa. A continuación, se presentan los efectos propios de cada grupo de antineoplásicos de manera general.

La toxicidad de los agentes alquilantes varía mucho en sus formas y grados de severidad de manera objetiva y subjetiva. La principal toxicidad dosis dependiente es la alteración de la función de la médula ósea y las células en fase proliferativa de la mucosa gastrointestinal. De modo que se ven afectadas todas las células en la línea roja y la línea blanca (Tew, 2008). Estos agentes también se asocian a disminución de la inmunidad celular y humoral. Otros efectos posibles son alteración de la función hepática, fibrosis pulmonar, cistitis hemorrágica, daño localizado en el sitio de la inyección y alopecia. Es importante tener en cuenta que la terapia con alquilantes puede afectar la fertilidad del individuo tratado; tener efectos teratogénicos en mujeres embarazadas y puede producir cáncer secundario, por ejemplo, leucemia mieloide aguda fulminante (Tew, 2008).

Adicionalmente con regímenes de altas dosis de algunos alquilantes puede haber toxicidad gastrointestinal severa, enfermedad veno-oclusiva hepática e inclusive efectos sobre el sistema nervioso central como convulsiones, alteración del estado mental o síndrome cerebeloso (Tew, 2008).

En cuanto al cisplatino, las toxicidades que se presentan comúnmente tras la administración de éste incluyen insuficiencia renal, náusea, vómito, neuropatía periférica, discapacidad auditiva y mielosupresión con trombocitopenia prominente. Así mismo se encuentran otros efectos como lo es hipersensibilidad, problemas visuales y convulsiones (Reed, 2008).

Respecto al carboplatino, los pacientes deben hidratarse muy bien y de manera frecuente puesto que de lo contrario puede resultar en la pérdida de la función del riñón más

del 50%, el perfil tóxico de este es similar al del cisplatino pero con la diferencia de que el carboplatino es menos emetizante y más mielosupresor (Reed, 2008).

En cuanto al Oxaliplatino, las toxicidades más relevantes que se presentan en este son la mielosupresión con predominante neutropenia, diarrea, estomatitis y neuropatía periférica. Adicionalmente se podrían dar otros efectos seriamente tóxicos pero que son inusuales como la anafilaxia, anemia hemolítica y disestesias laringofaríngeas (Reed, 2008).

Finalmente se encuentra el satraplatino que tiene como efectos tóxicos más trascendentales una prominente inmunosupresión, neutropenia y trombocitopenia (Reed, 2008).

De acuerdo con Saif y Chu (2008) los antimetabolitos son sustancias que inhiben, reemplazan y atacan a un metabolito, entre ellos se encuentra en primer lugar el metotrexate (MTX) que es un inhibidor fuerte de dihidrofolato reductasa. Entre sus efectos tóxicos se encuentran mielosupresión, daños gastrointestinales, mucositis que aparece de 3 a 7 días después de su consumo, compromiso de la función renal, elevaciones en las enzimas hepáticas y disfunción cerebral transitoria aguda que abarca síntomas como afasia y anormalidades en el comportamiento. En segundo lugar está el pemetrexed, que actúa en una amplia gama de tumores sólidos incluyendo mesoteliomas malignos, cáncer de colon, cuello, cabeza y vejiga. Como efectos adversos se encuentra mielosupresión, mucositis, erupción cutánea, transaminasemia, síndrome de fatiga y anorexia. En tercer lugar están las fluoropirimidinas (FU) que actúan sobre la actividad en tumores sólidos incluyendo tumores gastrointestinales malignos y carcinomas en pecho, cuello, cara y ovarios. Sus efectos adversos se dan primordialmente en la mucosa gastrointestinal y en la médula ósea. Adicionalmente se pueden presentar toxicidades dermatológicas y alteraciones neurológicas.

Por otro lado, se encuentra la capecitabina que actúa en una variabilidad de tumores sólidos incluyendo cánceres como el de páncreas, de ovario, de cabeza, cuello y gastroesofágico. Las principales toxicidades producidas por Capecitabina son diarrea, síndrome de manos y pies, neutropenia febril, aumento de bilirrubina sérica, náuseas y vómito. La citarabina es otro antimetabolito que actúa como agente esencial en el tratamiento de la leucemia mieloide aguda y dentro de sus efectos tóxicos se encuentran: mielosupresión, leucopenia, trombocitopenia, toxicidad gastrointestinal, anorexia, náusea, vómito, dolor abdominal y diarrea (Saif & Chu, 2008).

Por otro lado está la Gemcitabina, que es bien tolerada pero entre sus efectos tóxicos sobresalen: trombocitopenia, toxicidad hematológica, síntomas de gripa transitorios que incluyen fiebre, dolor de cabeza, artralgias y mialgias; un fatal efecto adverso es el síndrome urémico hemolítico. Las Tiopurinas tienen una predisposición muy alta a la aparición de infecciones bacterianas y parasitarias así como para la hepatotoxicidad (Saif & Chu, 2008).

La fludarabina tiene entre sus efectos adversos más notables inmunodepresión, mielosupresión, anemia hemolítica y síndrome de lisis tumoral. Por otra parte la cladribina produce anemia hemolítica severa autoinmune, anorexia, mucositis severa, toxicidades gastrointestinales leves, infección por herpes e infecciones con una variedad de otros patógenos (Saif & Chu, 2008).

Finalmente se encuentra la Clofarabina que produce síndrome de fuga capilar, taquipnea, edema pulmonar, hipotensión, disfunciones renales y cardiacas (Saif & Chu, 2008).

Por otro lado, pueden existir cambios en la vida sexual ya que en algunos pacientes el deseo sexual puede desaparecer o disminuir por un tiempo y recuperarse cuando termina el tratamiento. En las mujeres los medicamentos pueden causar resequeidad vaginal y calores.

Así mismo, algunos medicamentos pueden ocasionar infertilidad durante y después del tratamiento (American Cancer Society, 2013).

En cuanto al momento de administración de la quimioterapia en el curso de la enfermedad, esta puede denominarse neoadyuvante, adyuvante o coadyuvante y administrarse con fines curativos o paliativos. La neoadyuvante, se utiliza para tratar tanto la enfermedad microscópica y local, antes del tratamiento primario; teniendo como objetivo la reducción del tumor local. Y la quimioterapia adyuvante o coadyuvante, es un tratamiento que se realiza después de la cirugía oncológica, el cual tiene como objetivo eliminar la enfermedad micrometastásica, es decir la extirpación de todo el tumor; aumentando las posibilidades de que el paciente se cure (Celano & Estrada, 2014).

### **Cirugía Oncológica**

La cirugía oncológica se considera el método más eficaz para curar las neoplasias malignas (Skeel & Khlief, 2012). A pesar de ser el más antiguo (Skeel & Khlief, 2012), se considera la modalidad más utilizada como única opción terapéutica o en combinación con otros métodos (Celano & Estrada, 2014). En la década de los años noventa del siglo XX, la cirugía se utilizaba en la curación de tumores malignos sólidos casi en el 90 % de los casos (Fleming et al., 1996).

Actualmente, las intervenciones quirúrgicas en el cáncer se utilizan cuando este se encuentra en una zona específica y por tanto, se pueden extirpar todas las células tumorales sin generar un daño en las estructuras vitales. Así mismo, cuando suponen un riesgo menor que el generado por el cáncer y con propósitos curativos y paliativos (Skeel & Khlief, 2012).

Los riesgos de una cirugía acontecen durante o después de la intervención. Durante la cirugía, el paciente puede presentar una reacción a la anestesia o hemorragias, daño de algún órgano o de tejidos cercanos (American Cancer Society, 2013). Después de la cirugía,

casi todos los pacientes presentan dolor y pueden aparecer infecciones, trombos, sangrados y una baja recuperación de las funciones del cuerpo (American Cancer Society, 2014).

Los cinco motivos más frecuentes por los que muere un paciente de forma postoperatoria son bronconeumonía, falla cardíaca congestiva, infarto agudo del miocardio, tromboembolismo pulmonar y falla respiratoria (Rosenberg, 2008 ).

Existen diferentes tipos de cirugía oncológica: diagnóstica, paliativa, radical o curativa, de las recidivas, de las metástasis (Celano & Estrada, 2014).

La cirugía diagnóstica incluye aquellos procedimientos quirúrgicos que se realizan para determinar la naturaleza de la enfermedad, como la biopsia. Esta última permite obtener una porción de tejido que se analiza en un laboratorio de patología (Instituto Nacional del Cáncer, 2014). Las biopsias se realizan a través de varios métodos como endoscopia y punción-aspiración con aguja fina, entre otros (Rosenberg, 1984) y permiten establecer un diagnóstico histológico exacto que indica la extensión del tumor y orienta la planificación y la evaluación del tratamiento (Fleming et al., 1996).

La cirugía radical o curativa tiene como finalidad la extirpación de todo el tejido neoplásico y por lo tanto, busca retirar toda la enfermedad tumoral de tipo microscópico o macroscópico. En consecuencia su propósito es potencialmente curativo. En esta no solo se busca extirpar el tejido, órgano o segmento donde se encuentra el tumor, sino las áreas que tengan posibilidad de generar diseminación linfática (González, 2013).

En los años pasados, se creía que entre más fácil fuera el procedimiento quirúrgico, mejor pronóstico oncológico tendría el paciente. Sin embargo, actualmente esta premisa ha perdido vigencia y ha llevado a que se realicen intervenciones quirúrgicas más conservadoras. En general las cirugías radicales, como la mastectomía radical y la resección de sarcomas han venido remplazándose por procedimientos más conservadores teniendo



como finalidad el logro de márgenes amplios que no tengan evidencia de tumor a nivel microscópico o macroscópico (Funda & Pollock, 2010).

La cirugía paliativa busca conservar y mejorar la calidad de vida de la persona, sin tener como objetivo la curación. En esta se encuentran dos modalidades: (a) la cirugía citorreductora que tiene como objetivo la extirpación del tumor casi de manera completa para mejorar la eficacia de otros tratamientos. (b) La cirugía sintomática (González, 2013) que está relacionada directamente con la cirugía del dolor ya que su propósito es aliviar síntomas como el dolor, especialmente en las neoplasias avanzadas.

La cirugía de las recidivas tumorales y de las metástasis tiene como finalidad reseca las metástasis que se encuentran en órganos específicos, que son procedentes de neoplasias que presentan un crecimiento lento (González, 2013).

### **Trasplante de Médula Ósea (TMO)**

La médula ósea “es un tejido esponjoso que se encuentra en las cavidades interiores de los huesos” (Keller, 1999, p. 625), puede ser “roja que contiene células hematopoyéticas o amarilla que contiene gran cantidad de tejido adiposo” (Bain, Clark & Lampert, 2008, p.1) y está constituida por “células linfoides, un pequeño número de células plasmáticas y mastocitos” (Bain et al., 2008, p.5). La principal función de la médula ósea es producir células sanguíneas (American Cancer Society, 2014).

Se ha identificado que la mayor cantidad de médula ósea se encuentra en los huesos de la pelvis, por consiguiente, este es el lugar de donde se extraen la mayor cantidad de células madres del trasplante (American Cancer Society, 2014). Las células madre son “poblaciones autorrenovables que sirven como una fuente para la producción de células diferenciadas a lo largo de la vida” (Cooper & Hausman, 2011, p.708). Se encuentran tanto en la médula ósea como en el cordón umbilical (Austin & Rini, 2013) y mantienen la

capacidad de proliferar y reemplazar células, teniendo un papel fundamental en el mantenimiento de varios órganos y tejidos. Estas se caracterizan de las demás porque pueden dividirse y producir una célula hija, y seguir siendo una célula madre (Cooper & Hausman, 2011).

El Trasplante de Médula Ósea (TMO) o Trasplante de Células Hematopoyéticas (HSCT) es un procedimiento médico invasivo para personas con enfermedades hematológicas (Cárdenas, 2000) como leucemias, linfomas y mieloma múltiple, tumores sólidos y trastornos metabólicos (Austin & Rini, 2013). De acuerdo con Martelli y Reisner (2010), el TMO es un tratamiento curativo en casos de leucemias y afecciones hematológicas cuyo éxito es de aproximadamente 62%, con las variaciones propias de las diferencias individuales. Estas enfermedades hematológicas afectan el funcionamiento de la médula ósea y en consecuencia, las células madre enfermas o dañadas producen pocas células inmunológicas, sanguíneas y muchas anormales, que conllevan a que el organismo tenga niveles insuficientes de plaquetas, glóbulos rojos y glóbulos blancos (American Cancer Society, 2014).

En consecuencia, el objetivo del TMO es “restablecer la función de la médula ósea tras la administración de dosis muy elevadas (mieloablativas/inmunoblativas) de quimioterapia con o sin radioterapia (QT/RT) para destruir células neoplásicas” (Casciato & Territo, 2012, p.856).

Existen dos tipos de trasplante de médula ósea; el autotrasplante o trasplante autólogo y el alotrasplante o trasplante alogénico. En el primero se usan las células madre del paciente (Casciato & Territo, 2012) y no existe riesgo de que se desarrolle la enfermedad injerto contra huésped, a diferencia del trasplante alogénico. En éste se extrae la médula de otra persona (un donante) y conserva (criopreservación) para reintroducirla después del régimen de

quimioterapia y/o radioterapia (Keller, 1999). Los donantes se clasifican según la relación familiar o no con el paciente. En consecuencia, se denominan: (a) relacionado, cuando el donante es usualmente un hermano familiar del paciente; (b) no relacionado, cuando no existe parentesco entre el donante y el paciente y (c) singénico, cuando el donante es hermano gemelo del paciente (Keller, 1999). Los donantes familiares, especialmente los hermanos y más aún los gemelos idénticos, se consideran los más adecuados desde el punto de vista inmunitario para un trasplante. Si bien es cierto que cuando el trasplante proviene de un gemelo idéntico el riesgo de enfermedad injerto versus huésped es menor, la probabilidad de recidiva para el paciente es mayor (Casciato & Territo, 2012, p.858). Sin embargo, se debe tener en cuenta que solo el 30% de los pacientes podrán tener un hermano donante.

El TMO puede realizarse también a partir de sangre del cordón umbilical que ha sido almacenada y puede provenir de donantes no relacionados o relacionados (Keller, 1999).

El TMO está indicado cuando la respuesta al tratamiento ha sido insatisfactoria, tras un periodo de enfermedad, o como la última opción para curarse del cáncer (Bellver & Moreno, 2009). Así mismo, para su desarrollo se tendrán en cuenta el estadio de la enfermedad, el tipo de trasplante, la condición general de salud del paciente, su edad y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el trasplante (American Cancer Society, 2014).

La decisión de someterse a un TMO no es fácil, ya que a pesar de que puede ser una cura contra el cáncer; es un procedimiento que representa graves riesgos para el paciente, generando efectos secundarios a corto y largo plazo (ver Tabla 1) así como la muerte (American Cancer Society, 2014). Por ejemplo, se ha identificado que se genera un gran estrés al momento de darse el consentimiento informado, ya que se hace explícito que este

procedimiento causa mortalidad y morbilidad (Bellver & Moreno, 2009; Austin & Rini, 2013).

Tabla 1

*Efectos secundarios esperados durante el proceso de TMO*

Etapa del proceso	Efectos secundarios
Pre-trasplante	Mucositis
	Náuseas
	Vómito
	Alopecia
	Dificultad para respirar
	Dolor de boca y garganta
Trasplante	Fiebre
	Brotes
	Escalofríos
	Tos
	Dolor de pecho
	Debilidad
	Presión arterial baja
	Transfusiones sanguíneas
	Enfermedad injerto contra huésped
Post-Trasplante	Problemas hepáticos

---

Problemas pulmonares

Problemas gastrointestinales

Infección

Fracaso de injerto

---

*Nota.* Basado en American Cancer Society (2014)

Además, este procedimiento implica permanecer en hospitalización de manera aislada y con visitas restringidas por un tiempo determinado. Los problemas que se pueden generar en el proceso de trasplante son: dolor de boca y garganta, infección, náuseas, vómito, hemorragias, transfusiones sanguíneas, neumonitis intersticial, problemas pulmonares, enfermedad injerto contra huésped (aguda o crónica) o fracaso de injerto (American Cancer Society, 2014).

Cuando se realiza un trasplante, lo esperado, es que la compatibilidad del donante con el receptor, sea de 6 de 6, es decir que los seis Antígenos Leucocitarios Humanos (HLA) principales y conocidos sean los mismos; esto permite que las personas que se realizan un trasplante tengan menos probabilidades de padecer la enfermedad injerto contra huésped o rechazo del injerto (American Cancer Society, 2014).

Cuando una persona se somete a un proceso de trasplante, debe pasar por diferentes pasos. El primero de ellos es la evaluación y preparación para el trasplante, en este se realizan distintos estudios médicos que permiten determinar si el paciente puede tolerar este procedimiento; entre estos se encuentran: un examen médico completo, una evaluación de su estabilidad psicoemocional, la biopsia de médula ósea, pruebas del corazón y análisis de sangre (American Cancer Society, 2014). Según Lesko (1993), los profesionales de la salud mental se encargan de reconocer las variables psicológicas, sociales y psiquiátricas que

permiten identificar la capacidad de ajuste del paciente y su familia en el proceso de hospitalización al igual que las redes de apoyo del paciente, sus antecedentes psiquiátricos y el estado mental pasado y actual.

Posteriormente, sigue el periodo de hospitalización o tratamiento ambulatorio, en este se lleva al paciente a una unidad de trasplante en la cual permanece aislado para que no se generen infecciones. Este momento puede resultar abrumador para el paciente, ya que en esta etapa se presentarán cambios físicos y emocionales; para esto la unidad de trasplante cuenta con un equipo entrenado de especialistas que estarán pendientes del cuidado del paciente en todas sus áreas (American Cancer Society, 2014).

De esta etapa se pasa al tratamiento de acondicionamiento; se somete al paciente a altas dosis de quimioterapia y/o radioterapia durante una o dos semanas. El acondicionamiento varía dependiendo del tipo de trasplante que se va a realizar y los tratamientos de quimioterapia y radioterapia que hubiera recibido en el pasado. Esta fase, puede generar efectos secundarios en los pacientes como mucositis, náuseas, vómito, alopecia o dificultades para respirar (American Cancer Society, 2014).

Luego, al paciente se le realiza el trasplante por medio de una infusión. El procedimiento dura cerca de veinte a treinta minutos de acuerdo con el volumen a trasplantar y consiste en que la médula, que se encuentra congelada, se lleva a la habitación del paciente en donde se realizará el trasplante. Allí “la bolsa de médula se descongela en un baño de solución salina normal; la médula se recoge en jeringas grandes y se introduce rápidamente por vía intravenosa a través de un catéter venoso central” (Keller, 1999, p.636). Esta etapa es muy importante para el paciente, ya que algunos consideran este procedimiento como volver a nacer o una nueva oportunidad de vida. No obstante, el paciente puede presentar efectos

secundarios después de la infusión como fiebre, brotes, escalofríos, tos, dolor en el pecho, debilidad, presión arterial baja, fiebre, etc. (American Cancer Society, 2014).

Posterior al trasplante se pasa a la etapa de recuperación, en donde se espera a que “las células se injerten o “se asienten” y comiencen a multiplicarse y a producir nuevas células sanguíneas”(p.18). Esta etapa consta de varias semanas. Entre los efectos secundarios se encuentran los problemas hepáticos, renales, pulmonares, cardíacos, gastrointestinales como también sentimientos de depresión, angustia, enojo o ansiedad (American Cancer Society, 2014).

Por otra parte, está el proceso de alta tras la hospitalización en donde el equipo médico le da al paciente instrucciones acerca del cuidado en casa; entre estas se destacan cómo cuidar el catéter venoso central, cómo mantener el cuidado de boca y dientes, cómo debe ser su alimentación, lo que debe y no debe comer, las actividades que puede o no realizar, cuándo debe comunicarse con el equipo de trasplante, etc. (American Cancer Society, 2014). Por último, se encuentra la etapa de rehabilitación; en esta se tienen en cuenta los diferentes problemas psicológicos o físicos que presenta el paciente después de su salida; así mismo se realizan diferentes exámenes médicos durante 6 a 12 meses o más (American Cancer Society, 2014).

### **Antecedentes Empíricos sobre el Tema**

Peláez, Pasquin, Medeiros, Bitencourt y Moura (2004) realizaron un estudio con el objetivo de conocer las representaciones simbólicas del cáncer en los profesionales del área de la salud, pacientes, familiares y población en general. Los participantes de la población general fueron 6 mujeres y 4 hombres para quienes el cáncer implica una reducción significativa en la calidad de vida relacionada con la quimioterapia, el trasplante de médula ósea o la cirugía oncológica en caso en que tuviesen que hacerse dos de estos tratamientos.

Otra respuesta muy frecuente a la pregunta ¿cómo reaccionaría si usted tuviese cáncer? fue “haría todo quimioterapia, radioterapia, cirugía, todo, todo...” (Peláez et al., 2004, p. 127).

Linares, Benedito y Piqueras (2010) realizaron un estudio con el objetivo de analizar representación social del cáncer y de los enfermos oncológicos en la población española.

Esta investigación tuvo una muestra de 200 sujetos escogidos por muestreo al azar; y se llevó a cabo en tres fases: (a) entrevista a profundidad a diez personas que tenía como objetivo conocer las áreas temáticas que tiene la representación social del cáncer y del enfermo oncológico; (b) análisis de las áreas temáticas que habían sido abordadas en estudios acerca de representaciones sociales relacionadas con la enfermedad y la salud y (c) entrevista estructurada generada a partir de los resultados de las fases anteriores, que consta de 10 preguntas acerca de “identidad de la enfermedad, (concepto, síntomas y gravedad), causas, consecuencias, durabilidad/cronicidad, prevención, amenazante/percepción de control, tratamiento, transmisión/contagio, grupo de riesgo, rasgos de personalidad que caracterizan al enfermo oncológico, actitud ante la enfermedad/enfermo e información sobre la enfermedad” (Linares et al., 2010, p. 320).

En los resultados se encontró que para combatir el cáncer los tratamientos con mejores resultados son los farmacológicos y médicos, teniendo mayor relevancia la quimioterapia y la radioterapia. Estos tratamientos según los participantes están relacionados con hospitalizaciones prolongadas (Linares et al., 2010).

González (2013), realizó su tesis doctoral titulada: Cáncer y tratamiento oncológico: Representaciones sociales de la población general, el paciente oncológico y miembros del equipo de salud. Uno de los objetivos de este trabajo, no publicado, fue describir las representaciones sociales sobre el cáncer y el tratamiento oncológico (TMO y quimioterapia) presentes en la población general (González, 2013).



La investigación tuvo una muestra de 20 personas, 7 hombres y 13 mujeres; sus edades oscilaban entre 18 y 60 años, y su nivel de educación, actividad y estrato socioeconómico era diferente. El único criterio para escoger una persona dentro de la investigación era que no hubiese sido diagnosticado con cáncer ni hubiese sido sometido a ningún tratamiento oncológico. Los instrumentos que se utilizaron fueron: (a) una ficha de datos sociodemográficos; (b) una entrevista semiestructurada que tenía como objetivo que los participantes dialogarían sobre: ideas relacionadas acerca del cáncer, la quimioterapia y el trasplante de médula ósea y (c) un ejercicio de asociación libre (González, 2013).

En esta investigación se encontró que la valoración de la quimioterapia es tanto positiva como negativa, ya que algunas personas aprecian el tratamiento como una oportunidad para curarse y otras personas lo valoran de forma negativa por los efectos colaterales. Con respecto a las representaciones sociales, las personas relacionan la quimioterapia con un tratamiento y brindan ideas acerca de la naturaleza de esta, como, infecciones, rayos x, suministro de medicamentos; pero en general manifiestan que no poseen claridad sobre lo que es y su procedimiento. También se reportó que representan la quimioterapia como un tratamiento difícil debido a sus efectos colaterales, que tienen un impacto a nivel emocional y físico (González, 2013).

Por otro lado, se encontró en los resultados sobre las representaciones sociales del TMO que algunos participantes no sabían sobre este y preferían no dar una definición; tenían la idea de que se vincula con la médula ósea, que este tratamiento es una cirugía, que relaciona con un proceso de células madre y transfusiones de sangre (González, 2013).

El Instituto Nacional del Cáncer de Buenos Aires, realizó un estudio cualitativo con el objetivo de explorar las imágenes sociales sobre tres tipos de cáncer (colorrectal, mama y cérvix) y específicamente, sobre conocimientos, etiología, prevención y experiencias con el

sistema de salud en hombres y mujeres de diferentes regiones de Argentina. Encontraron que los tratamientos con quimioterapia para cáncer de mama fueron valorados negativamente por considerarse que aceleran la enfermedad, mientras que la mastectomía y las cirugías se relacionan con la cura (Anónimo, 2013).

## MÉTODO

### Tipo de Investigación

Este estudio fue de tipo cualitativo, dado que buscó analizar información acerca de los puntos de vista sobre creencias, significados, actitudes y otras posturas subjetivas de los participantes. Además, la información se obtuvo a partir de entrevistas en profundidad y asociaciones libres, métodos de recolección de datos no predeterminados ni estandarizados (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010). El análisis de la información se realizó desde el punto de vista metodológico, con el análisis temático (Braun & Clarke, 2012; Riger & Sigurvinsdottir, 2016). Esta investigación se fundamentó en una perspectiva interpretativa de las representaciones sociales, basada en comprender los significados de los comportamientos de los individuos, los cuales pueden cambiar dependiendo de los modelos culturales (Hernández Sampieri et al., 2010).

### Población y Muestra

Colombia es un país con más de 48 millones de habitantes en la actualidad, según lo que se estima a partir del último censo poblacional del DANE en el 2005. Es un país multicultural, donde por lo menos 14.6% de la población se considera perteneciente a un grupo étnico (Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo Internacional USAID, la Organización Internacional para las Migraciones OIM, Aldeas Infantiles SOS y la Agencia de Comunicaciones PANDI, 2015). También es un país multilingüe, con por lo menos 81 grupos indígenas diferentes (Bodnar & Ruiz, 1995). Por otra parte, es un país con una tasa de analfabetismo relativamente baja en relación con décadas anteriores “de 4.7% en el 2014” (Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, s.f.) y 43% en 1950 (Academia Colombiana de Ciencias Exactas Físicas y Naturales, 1990). El pago de los servicios públicos está dividido según las características de las viviendas por estratos sociales desde el 1, con

un 0.5% de pago de servicios públicos subsidiado hasta el 6, con un 120 % de pago de servicios públicos como medida económica de solidaridad (Dane, s.f.).

Las personas de la población general que participaron en esta investigación se obtuvieron a partir de un muestreo no probabilístico, por conveniencia, utilizando la estrategia de saturación de la información. Participaron de manera voluntaria 20 personas de diferentes ciudades de Colombia (Ibagué; Bogotá; Armenia); todos mayores de edad. Esta muestra tuvo un total de 7 hombres y de 13 mujeres; donde 11 de los participantes residían en Bogotá, 1 en Ibagué y 7 en Armenia, ya fuera en el área rural o urbana. La mayoría de los participantes manifestaron tener un estrato económico medio y medio alto; ser bachilleres y aunque varios habían cursado estudios universitarios, no lo concluyeron. Por último, 14 de los participantes manifestaron ser católicos y 3 cristianos no católicos.

### **Procedimiento**

Con el propósito de recolectar la información, inicialmente se invitó a los posibles candidatos a participar en una entrevista. A quienes mostraron estar interesados, se les presentó el consentimiento informado y tras su lectura se aclararon las dudas emergentes. El consentimiento se firmó en presencia de dos testigos como lo establece la normativa en Colombia y se entregó una copia del mismo a cada participante.

En un segundo momento, se realizó la entrevista de manera individual y en un lugar privado, que fue grabada con el consentimiento del participante.

Por último, las auxiliares de investigación realizaron la transcripción de las entrevistas de los participantes para proceder a realizar el análisis temático que se desarrolló en 5 fases que se describen a continuación.

La primera fase fue de familiarización con la información. En acuerdo con Braun y Clarke (2012) se obtuvo por parte de 4 entrevistadores diferentes que fueron entrenados para

ello. Se leyeron varias veces las transcripciones, lo cual permitió una lectura constante y repetida de la información así como la búsqueda de significados y patrones de la misma (Braun & Clarke, 2012).

La segunda fase consistió en generar códigos iniciales (Braun & Clarke, 2012). Se realizó una lista de ideas de acuerdo con su relevancia y se crearon algunos códigos diferenciados de las unidades de análisis. La codificación se hizo de manera manual y siempre entre cuatro personas para garantizar la calidad del código. A todos los códigos se les vincularon extractos de las entrevistas que permitieran ilustrarlos.

La tercera fase consistió en buscar los temas y empezar a construir mapas mentales en los cuales a la vez se vincularon todos los códigos a esos temas, lo que permitió construir finalmente el campo de representación.

En la cuarta fase se revisaron los temas con el fin de afinar el análisis inicialmente hecho. Se leyó el conjunto de datos y se analizó su pertinencia y organización. Y finalmente, en la última fase se definieron y nombraron los temas y se procedió a su interpretación.

### **Instrumentos**

En el presente estudio se utilizaron dos instrumentos elaborados por el investigador principal del proyecto: Una ficha de información general en donde se realiza la recolección de datos sociodemográficos y o biológicos-versión 1. Este fue diligenciado por los auxiliares de la investigación. Consta de información general y dado que puede ser utilizado para diferentes tipos de población, tiene especificaciones que guían a quien lo aplica para identificar los datos precisos que deben diligenciarse. La sección de variables biológicas no aplicó para este estudio contrario a lo que sucedió en la sección de variables sociodemográficas en la que se indaga por el sexo, la edad, el estado civil, el lugar de

nacimiento y residencia, el estrato socioeconómico, el nivel educativo, la afiliación al régimen de salud, el número de hijos, la ocupación actual, la afiliación y la práctica religiosa.

Posteriormente se realizó una entrevista a profundidad, la cual consta en total de 19 preguntas abiertas, de las cuales 16 corresponden a personas no involucradas en el ámbito de la salud. De éstas hay 5 sobre el tratamiento médico convencional: (1). ¿Conoce usted acerca de los tratamientos médicos para el cáncer que existen?; (2) ¿Cómo se enteró acerca de estos tratamientos? ¿En dónde o a quién escuchó hablar de ellos?; (3) ¿Conoce los efectos secundarios que tienen estos tratamientos médicos convencionales?; (4) ¿Qué opina usted acerca de estos tratamientos médicos convencionales?; (5) ¿Considera usted que utilizar Medicina Complementaria y Alternativa y/o remedios caseros puede producir efectos secundarios en los tratamientos convencionales para el cáncer? De acuerdo con las respuestas, el entrevistador puede ampliar o profundizar en los temas que considere relevantes y pertinentes para su interés investigativo.

### **Consideraciones Éticas**

El presente estudio cumplió con los estándares de la ética en investigación, el proyecto original en el que está inscrito fue evaluado y aprobado por un comité de ética en investigación. Según la resolución 8430 de 1993 este es un estudio con riesgo mínimo, por lo cual, entre otros, se solicitó consentimiento informado por escrito a los participantes el cual fue elaborado con base en el artículo 15 de la mencionada resolución. Se protegió la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes. En coherencia las transcripciones se realizaron eliminando los nombres propios y los de aquellas instituciones o lugares que permitieran identificar a los participantes.

## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis temático, interpretados con base en la Teoría de las Representaciones Sociales y organizados de acuerdo con los objetivos propuestos en este estudio: conocimiento, actitudes y campo de representación.

### **Conocimiento sobre los Tratamientos Convencionales para el Cáncer**

Los participantes tuvieron diversas representaciones de los tratamientos médicos para el cáncer. Reconocen que existen algunos que se basan en la extracción del cáncer, tales como los trasplantes de médula, células madre y los tratamientos quirúrgicos (cirugía y extirpaciones) y otros que se basan en la reparación, que permiten reconstruir a través de injertos o colgajos o reparar a través del trasplante (*“Pues si se que hay quimioterapias, lo pueden operar a uno y le pueden quitar el órgano que esta afectado y esta lo de las células madres”*; p7), (*“Pues específicamente como tal uno escucha que hay quimioterapias, que hay radioterapias y que hacen cirugías; p14*).

Así mismo, reportaron que los tratamientos para el cáncer están basados bien sea en energía eléctrica o en la administración de sustancias. Entre los primeros, se encontró que la energía se representa en la exposición a rayos (radioterapia o radiación) o a ondas (radiofrecuencia). Mientras que las sustancias que se administran pueden ser yodoterapia, quimioterapia o nuevos tratamientos siempre basados en químicos (*“Pues la quimio es como medicamentos y la radioterapia son como ondas, rayos x cosas así; p3*).

Los participantes reportaron que tanto la quimioterapia como la radioterapia son tratamientos que consisten en un proceso que implica tiempo y específicamente, que la radioterapia, implica irradiar, mientras que la quimioterapia es un tratamiento de alto costo, de carácter invasivo, que cuenta con bases científicas y que se administra con base en el grado

y el lugar en el que se encuentre el cáncer (*“Pues uno escucha las quimioterapias, medicamentos costosos para la persona que tenga el cáncer y depende del grado que tenga la persona”*; p4), (*“Entonces depende de donde tu tengas el focus de la enfermedad”*; p7). Para ellos, la cirugía comparte con la quimioterapia es el valor de científicidad que los participantes le atribuyen y que está indicada según el lugar donde se encuentre el cáncer, pero en este caso consiste en la extirpación del órgano o tumor.

Por lo que concierne la forma con la cual los participantes reportaron que se enteraron de estos tratamientos a través de los medios de comunicación masiva. Algunos medios implican una alta interacción de la persona; es el caso de la internet, las redes sociales y las películas, mientras que la televisión, implica baja interacción (*Ehh familiares y amigos médicos que uno conoce y por televisión también que escucha uno cuando ve programas y cosas así*”, p1), (*Por las redes sociales, películas que hacen y eso*”; p12).

Las personas también fueron una fuente de información; entre ellas, familiares con y sin cáncer, terceros entre los que se encuentran amigos con cáncer o amigos médicos, compañeros de trabajo y pacientes con cáncer que eventualmente se conocen en salas de espera de las instituciones de salud (*“Lo he escuchado a mucha gente en los centros médicos cuando yo he ido a consulta”*, p4), (*“Por personas conocidas que han tenido esta enfermedad, con mi familia y pues casos del trabajo, de conocidos, amigos, compañeros que han tenido desafortunadamente esta enfermedad”*; p13) . Los médicos son otra fuente de información; entre ellos médicos generales e incluso especialistas en Oncología (*También hablando con médicos, con oncólogos*” ; p8). Y finalmente, los participantes reportaron que ellos mismos son una fuente de conocimiento en tanto motivados por su curiosidad personal, han leído sobre este tema o incluso a través de una experiencia personal han aprendido cuáles son los tratamientos médicos para el cáncer (*“Investigando previo a situaciones que he visto”*;



p19), (*Pues por personas allegadas que han tenido cáncer*”; p16), (*“Porqué mis suegros padecieron los dos de cáncer”*; p14).

Los resultados mostraron que los participantes consideran que los tratamientos convencionales para el cáncer tienen efectos secundarios que se representan en consecuencias psicológicas individuales (depresión, ansiedad, preocupación y estrés) así como relacionales cuando al paciente le falta apoyo familiar (*“Son depresivos”*; p2), (*Pues lo que yo he mirado es que mantienen muy depresivos*”; p4). También estos tratamientos se representan en consecuencias médicas que pueden ser internas o invisibles y externas o visibles. Las primeras son consecuencias que implican adquirir síntomas o alteraciones tales como mareo, vómito, daño de órganos internos, alteraciones graves en la condición física, empeoramiento de la condición de base, malestar general, náuseas y dolor de cabeza (*“Hay pacientes que se debilitan más de lo que estaban, produce desmayo, produce más vómito”*; p3), (*“Pérdida de su pelo, efectos en el sistema inmunológico, alteraciones graves en su condición física”*; p15) o que implican perder condiciones como bajar de peso, de defensas, de apetito y de fuerza que se representa en debilidad (*“Pues bajan de peso, se les cae el cabello, pierden el apetito, sienten mucho dolor”*; p2). Las consecuencias que se representan como visibles, implican cambios notorios en la apariencia del paciente que se ve demacrado, con dientes amarillos o alteraciones de la piel (resequedad, palidez y alopecia) (*“Se siente esa persona los labios como tostados como sequitos, se siente una piel muy seca pues como tostadita”*; p20), (*“Uyy terrible dicen que eso es tenaz, que la persona se pone tan mal que se pone demacrado, verde, transparente”*; p10), (*“La piel es fea.. no sé la verdad”*; p11 ), (*“Mmm los dientes creo que también se ponen amarillosos o también pierde como ese calcio”*; p16) y que a la vez implican la sangre como por sangrado de nariz, oídos y órganos genitales o por la evidencia de hematomas (*“Se les pone la piel con veticas moradas ehh se*

*les viene mucho la sangre por nariz, oídos ehh .. a las mujeres vaginal, a los hombres por el pene”;* p3)

Los participantes consideraron que el uso de tratamientos de Medicina Complementaria y Alternativa (MCA) y los remedios caseros pueden tener tanto efectos positivos como efectos negativos sobre el tratamiento médico convencional para el cáncer. Entre los efectos positivos, consideraron que este tipo de tratamientos o remedios pueden ayudar, son complementarios, su éxito depende de si la actitud es favorable y se cree que es efectivo. Adicionalmente, reportaron que es posible que estos tratamientos contrarresten los efectos secundarios de los tratamientos y que incluso los efectos dependen de la fase del tratamiento (*Pensaría que pueden ser unos procedimientos como sistemas complementarios digamos a la medicina tradicional y que no generan ningún efecto negativo, por el contrario pueden generar efectos positivos y podría incidir en el aumento de las defensas o en la reducción de procesos que estén afectando al organismo”;* p15).

Entre los efectos negativos, reportaron que generan consecuencias negativas, están contraindicados, pueden interferir en la eficacia del tratamiento médico y saturar el organismo. (*“Si yo si digo que los anteriores si le pueden causar problemas, porque si uno está con un tratamiento de medicina si debe traerle a uno consecuencias”;* p4).

Algunos participantes reportaron desconocer si los tratamientos de MCA y los populares pueden ocasionar efectos sobre el tratamiento médico convencional para el cáncer; no saben si es así o consideran que no existe evidencia científica para afirmarlo. (*“Es una luz de esperanza pero falta investigación, falta más comprobación científica y falta más una comprobación en hechos reales que salven a alguien”;* p18).

Finalmente, algunos de los participantes indicaron que no se generan tales efectos porque la naturaleza y la química no se afectan mutuamente, (*“Pues igual digamos que la*

*quimioterapia como es algo químico de pronto no llegue a interferir tanto con esta parte natural, no creo que afecte tanto”; p8).*

### **Actitudes hacia los Tratamientos Convencionales para el Cáncer**

Los participantes mostraron tener actitudes tanto positivas como negativas hacia los tratamientos oncológicos convencionales. Las actitudes positivas se centraron en la representación de efectividad de los tratamientos, aunque se requiere de tiempo pues plantearon que actúan a largo plazo y además está sujeta al grado y al lugar en el que se encuentre el cáncer. Los calificaron como tratamientos buenos cuya eficacia goza de evidencia científica (*“La medicina es la medicina y tal como lo diga el médico pues así uno debe aplicarla”; p3*), (*“Me parece que han mostrado efectividad”; p17*). De hecho, los consideraron como confiables con respecto a los tratamientos no convencionales (*“Es como lo que más funciona entonces entonces hay como más creencia en esos métodos que en los no convencionales”; p8*) y reportaron que están respaldados por la fe que se tiene en la ciencia (*“Pues digamos que teniendo fe en la ciencia es en lo que uno confía que es lo último que la ciencia le ofrece a la humanidad”; p13*). Los representaron también como los tratamientos de primera elección para el cáncer y los más populares, es decir, los más conocidos (*“Pues que es la opción más popular, es la primera que se elige”; p18*), (*“Creo que pueden ser positivos, creo que es la primera forma como un doctor que diagnostica cáncer dice que es el tratamiento que hay que seguir” p16*).

Las actitudes positivas estuvieron respaldadas en representaciones del tratamiento oncológico convencional que puede salvar; permitir la superación de la enfermedad; prolongar la vida en tanto da más oportunidades de vivir, más tiempo para disfrutar la vida (*“Son buenos pues hay personas que tienen más oportunidades de vida, de vivir más, de*

*disfrutar más”; p2), (“Se sabe que son efectivos, que han funcionado, hoy en día hay muchas personas que han sobrevivido”; p17) y es bueno si quita el dolor.*

Las actitudes negativas hacia el tratamiento oncológico convencional se asociaron con que los participantes los representan como tratamientos demandantes pues al hacerlos se asume un riesgo sin que exista una ganancia segura y además se realiza un análisis del costo beneficio implicado puesto que mejorar es tan solo una posibilidad. También los representan como tratamientos difíciles y duros que requieren de mucho coraje; producen dolor; generan inestabilidad en el cuerpo; producen daños secundarios y además, son un método invasivo, tóxico e indiscriminante (*“Pues yo pienso que si funcionan, pero la verdad no se si valga la pena como tanto sufrimiento y como tanto dolor”; p11), (“Ehh yo los apoyo así sean muy fuertes y dolorosos”; p12), (“Pues siento que son un tanto invasivos y lo que hacen estos tratamientos es crearle más dolor, más inestabilidad en el cuerpo”; p5).*

Así mismo, las actitudes negativas de los participantes hacia el tratamiento oncológico convencional se fundamentan en que lo consideran carente de investigación suficiente; dudan de su efectividad científica y consideran que no sirven en un 100% (*“Pues yo diría que son efectivos pero que no sirven un 100% todavía y que hacen un poco de daño secundario a la persona”; p1), (“Pues pienso que deben hacer muchos más avances, muchas más investigaciones”; p19).*

### **Campo de Representación**

Finalmente, a partir de los temas descritos, se realizó el análisis del campo de representación que han construido los participantes de la quimioterapia, la cirugía oncológica y el TMO y se propuso un esquema que recoge lo descrito anteriormente (ver Figura 1).

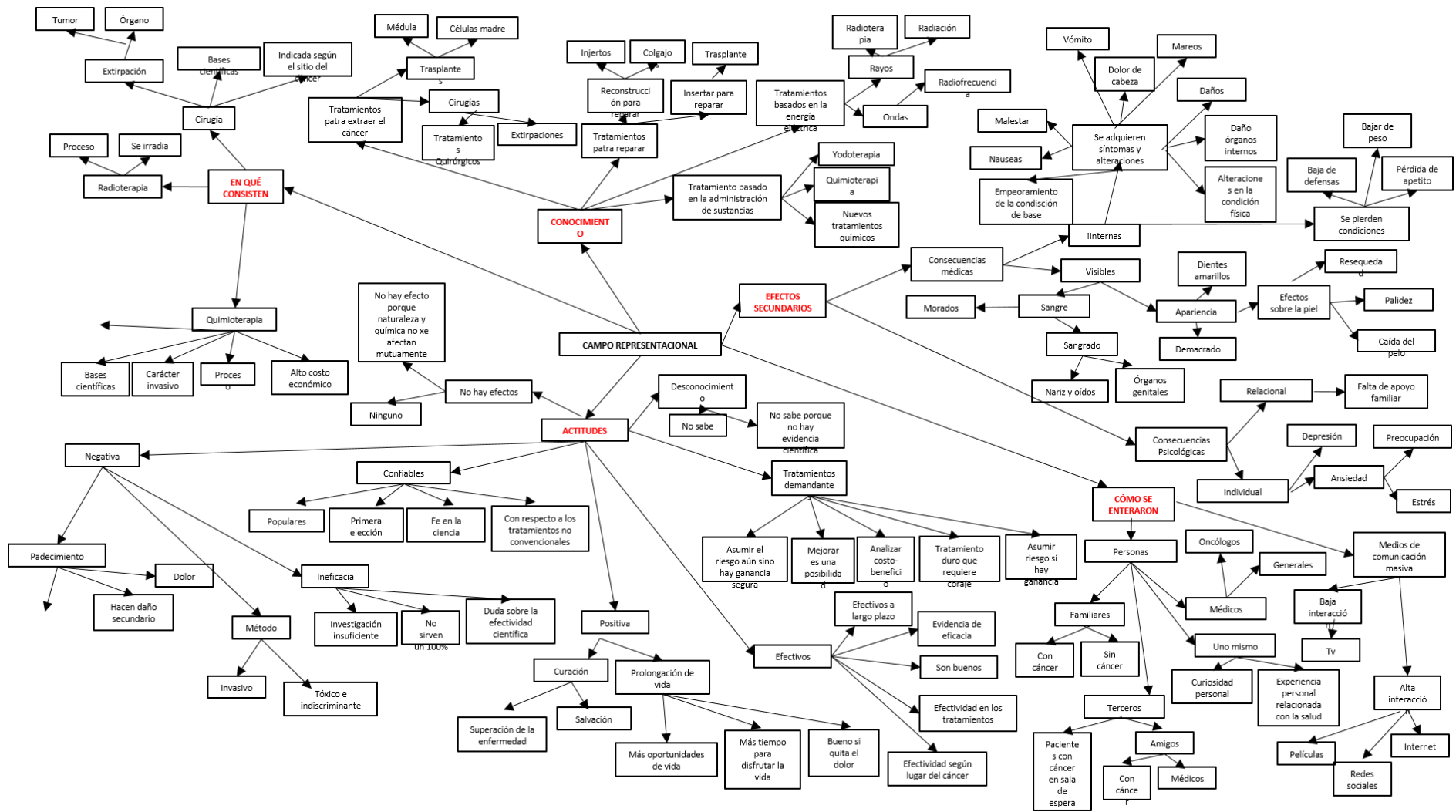


Figura 1. Campo de representación del tratamiento oncológico convencional. (Elaboración propia)

## DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue analizar las representaciones sociales de la cirugía oncológica, el trasplante de médula ósea y la quimioterapia en población general colombiana. En consecuencia, se analizaron las tres dimensiones de las representaciones sociales (Mora, 2002): información o conocimiento, actitud y campo de representación.

De acuerdo con el análisis realizado, es posible concluir que los participantes representan el tratamiento oncológico convencional predominantemente con la quimioterapia; siendo el tratamiento generador de sufrimiento; miedoso; de alto costo físico, emocional y económico; una apuesta en la que la ganancia puede ser la prolongación de la vida o la remisión.

Los participantes consideraron que el tratamiento oncológico es fundamentalmente equivalente a la quimioterapia; como si este fuera el tratamiento de elección y mandatorio para todos los pacientes con cáncer. Sin duda, este es “el tratamiento médico mayormente asociado con el cáncer y más popularizado” (Castaño & Palacios Espinosa, 2013; Palacios Espinosa & Zani, 2014), pero la cirugía es realmente el método más eficaz para curar las neoplasias malignas (Skeel & Khelif, 2012) e incluso puede ser la única opción terapéutica o combinarse con otros métodos (Celano & Estrada, 2014). No obstante, cabe resaltar que se trata de un tratamiento cuyo impacto sobre el aspecto físico de los pacientes ha sido ampliamente explotado en las películas y series televisadas, generando una imagen de paciente con cáncer con intenso malestar y sufrimiento.

Ciertamente, todas las quimioterapias, y en cualquiera de sus modalidades de administración, pueden provocar numerosos efectos secundarios asociados con la toxicidad de los agentes antineoplásicos (Cooper & Cooper, 1996). Los participantes no

mencionaron la existencia de quimioterapias diferentes a la intravenosa y por ello su representación de este tratamiento oncológico es que es de carácter invasivo. Claramente es tóxico, pero no necesariamente invasivo; es el caso de la quimioterapia que se administra por vía oral o tópica (Instituto Nacional del Cáncer, 2014). Y también estrechamente vinculada a esta representación está la de ser un tratamiento con importantes efectos sobre la apariencia física (alopecia, aspecto demacrado, palidez, piel seca, etc.) y sobre las condiciones fisiológicas del paciente. Estas últimas pueden no ser visibles pero ciertamente las palabras por ellos utilizadas permiten inferir que a estas condiciones subyacen intenso malestar, sufrimiento y riesgos. En efecto, algunas quimioterapias producen alopecia, no todas (American Cancer Society, 2013) y es el cáncer mismo el responsable de muchos de estos síntomas. A veces más que la quimioterapia (Suárez, Puente, Santana, Godoy, Serrano & Sanz, 2013).

Es interesante la actitud ambivalente de los participantes ante los posibles efectos de la MCA y de los tratamientos caseros sobre el tratamiento oncológico convencional. En primera instancia, las respuestas permiten inferir que solo piensan en esta interacción cuando el paciente recibe quimioterapia y en segundo lugar, creen que los efectos negativos se asocian con toxicidad potencial a través de saturar a un organismo que, por la quimioterapia, ya se encuentra saturado. Pero a la vez esto es contradictorio con la idea de un papel complementario e incluso protector de este tipo de Medicina y remedios, en tanto hacen más inmunocompetente el organismo del individuo. Algunos pocos participantes fueron reservados frente a emitir una opinión al respecto; pero algunos estuvieron seguros al afirmar que no es posible que la quimioterapia y la MCA y los remedios caseros, que denominan como provenientes de la naturaleza, se afecten porque son de naturaleza diferente.

Este fue uno de los temas más controvertidos y con mayor diversidad de posiciones. Generador de actitudes ambivalentes pero especialmente con evidencia de desconocimiento sobre el asunto. ¿Será que las personas piensan que el hecho de que la quimioterapia esté constituida por químicos le otorga un poder dañino y que el hecho de que la MCA y los remedios caseros se asocien con ser naturales, los hace inofensivos? Si bien es cierto que los medicamentos antineoplásicos son producto de la síntesis química, varios son de origen natural como es el caso de los derivados de la vinca y del podófilo, ampliamente utilizados y altamente tóxicos (Cooper & Cooper, 1996).

Los participantes también conocen que hay otros tratamientos médicos para el cáncer, dándole mayor relevancia a la cirugía, tratamiento que según su representación, se aplica con fines de extracción o de reparación. No obstante, los conocimientos al respecto son insuficientes y están limitados a la idea de quitar el tumor y arreglar el daño que se ha producido tras su extracción. No asocian la cirugía con la quimioterapia, la radioterapia ni con la idea de que es el tratamiento de elección para el cáncer (Celano & Estrada, 2014) y desconocen sus propósitos más allá de la curación o el retiro del tumor, como puede ser el uso con fines paliativos (American Cancer Society, 2014) o diagnósticos (Celano & Estrada, 2014). La reconstrucción es una posibilidad que no necesariamente tiene que ver con fines estéticos sino funcionales (Sausville & Longo citados por Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson & Loscalzo, 2012) pero lo cierto es que no es un tipo de cirugía oncológica como sí lo son la cirugía diagnóstica, paliativa, radical o curativa, de las recidivas y de las metástasis (Celano & Estrada, 2014). Aparentemente, los participantes representan el poder reparativo de la cirugía como un elemento que le resta carácter invasivo. De hecho, no la conciben tan invasiva como la quimioterapia, lo que puede estar asociado con el hecho de que en épocas recientes la cirugía oncológica es más



conservadora (Funda & Pollock, 2010). No obstante, los procedimientos quirúrgicos reconstructivos son ampliamente invasivos, dolorosos y con frecuencia distan de lo estético (por ejemplo, colgajos en cara o reconstrucción mamaria).

A la radioterapia y al TMO escasamente los mencionaron y ciertamente no tienen claridad acerca de sus características. No les otorgan carácter invasivo, aunque la radioterapia puede ser potencialmente invasiva (por ejemplo: la braquiterapia) y el TMO es sin duda altamente invasivo (Cárdenas, 2000). Al ser este último un tratamiento exclusivo para algunos pacientes con algunos tipos de cáncer y otras enfermedades hematológicas, pocas personas lo reportaron e incluso pareciera que lo asocian con la inyección de células madre que es un tratamiento recientemente publicitado pero que no es propiamente oncológico. De hecho, lo mencionaron como un tratamiento prácticamente trivial desconociendo su alto nivel de complejidad, su estrecha relación con la quimioterapia y el propósito que tiene de “restablecer la función de la médula ósea tras la administración de dosis muy elevadas (mieloablativas/inmunoblativas) de quimioterapia con o sin radioterapia (QT/RT) para destruir células neoplásicas” (Casciato & Territo, 2012, p.856).

Otras de las representaciones fuertemente consolidadas entre los participantes alrededor del tratamiento médico convencional para el cáncer es que, como se mencionó previamente, genera sufrimiento y miedo, lo que se asocia con la experimentación de los temidos efectos secundarios de la quimioterapia y a la escasa garantía de curarse o vivir más. Es totalmente cierto que la quimioterapia y la radioterapia generan efectos secundarios y que la cirugía oncológica puede dejar secuelas (American Cancer Society, 2014). Incluso, estos tratamientos pueden desencadenar la muerte de los pacientes o por lo menos generarles malestar de intensidad variable según las dosis (Tew, 2008; Tipton,

2011) y las características individuales. Sin embargo, los efectos que reportaron los participantes son aquellos típicamente vinculados con la quimioterapia como alopecia, inmunosupresión, hematomas, hemorragias y alteraciones dermatológicas (Cooper & Cooper, 1996). No obstante, este conocimiento lo generalizan a la quimioterapia e ignoran que hay diversos medicamentos, que a su vez producen diversos efectos (Cooper & Cooper, 1996). Y así mismo, los participantes desconocen que estos efectos superan significativamente aquellos conocidos y mencionados por ellos. Por ejemplo, algunos agentes antineoplásicos son cancerígenos, producen esterilidad permanente o transitoria, hipotensión, mielotoxicidad, nefrotóxicidad, ototoxicidad (Cooper & Cooper, 1996), astenia, diarrea, estreñimiento, alteración del estado nutricional (Tipton, 2011), alteraciones neurológicas (Asociación Española contra el Cáncer, 2011) y toxicidad gastrointestinal, vómito, náuseas, dolor (Saif & Chu, 2008). Esto confirma la impresión de que la información sobre los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos es insuficiente y proveniente de fuentes no científicas como son los programas disponibles en los medios de comunicación masiva, las películas sobre personas con cáncer, los testimonios y la información brindada por amigos o conocidos. Estas son las fuentes disponibles, los participantes han hecho uso de ellas y seguramente consideran que son fiables y que la información que encuentran es satisfactoria. Llama la atención que entre estas fuentes solo algunos mencionaron haber obtenido información de oncólogo o médicos; en cambio, con una mayor frecuencia estuvieron presentes entre los transmisores de información, personas con cáncer. ¿Cuál es el valor del testimonio para ellos? ¿Qué significa que la información provenga de alguien que vivió o vive la enfermedad? ¿La hace más confiable, más creíble? Estos interrogantes podrán abordarse en investigaciones posteriores.

Sin embargo, el escaso conocimiento que los participantes mostraron tener sobre los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos convencionales parece suficiente para generar temor hacia éstos y dudas sobre si realizarlos o no. Estos tratamientos pueden percibirse como una amenaza y a la vez como una solución. Lo esperable ante la amenaza es huir, defenderse, evitar y especialmente, experimentar algún grado de ansiedad. No obstante, si es la única solución de la que dispone la Medicina ¿Cómo ignorarla o descartarla? ¿Tener más información y de mejor calidad puede contribuir a que las representaciones sociales que se han formado estas personas se modifiquen?

El tratamiento médico convencional para el cáncer también fue representado como costoso en varios aspectos: físico, emocional y económico. En Colombia, el cáncer es una enfermedad catalogada como “de alto costo o catastrófica” y esta información se escucha frecuentemente en las noticias. Es posible que la población general que ve televisión y utiliza redes sociales se encuentre a menudo con información de este tipo que indica que el sistema de seguridad social en salud colombiano cubre los altos gastos del tratamiento oncológico en su totalidad pero que a la vez las oportunidades de cita y atención médica especializada se posponen en el tiempo mientras el cáncer avanza. En coherencia con esto, Alvis, Acuña y Sánchez (2015) resaltaron que en Colombia, en cerca del 60% de los casos se desconocen las fechas relacionadas con el proceso de diagnóstico, es decir, no se conoce cuanto tiempo transcurre entre la identificación de los primeros síntomas, la realización de estudios y la consulta con el médico tratante de la enfermedad. De hecho, está claramente representado en los participantes que el tratamiento médico convencional supone un proceso, es decir, tiempo. Y esto es completamente cierto en el caso de cualquiera de los tratamientos convencionales de interés en este estudio. Curiosamente, el proceso fue reportado por los participantes en los tratamientos de quimioterapia y

radioterapia, desconociendo que la cirugía y el TMO lo requieren igual. La quimioterapia requiere de varias sesiones asociadas con el ciclo celular (Cooper & Cooper, 1996); la cirugía de periodos de convalecencia y rehabilitación y el TMO de un riguroso y extenso esquema de hospitalización (American Cancer Society, 2014).

Efectivamente, el tratamiento convencional para el cáncer tiene costos emocionales y conductuales que afectan la calidad de vida de las personas y por ejemplo en el TMO con frecuencia se considera la necesidad de valoraciones psicológicas que permitan predecir la capacidad de ajuste de los pacientes y de sus familias al tratamiento (Lesko, 1993). De hecho, las implicaciones psicológicas de la quimioterapia, la cirugía y el TMO son amplias y están documentadas (Berry et al., 2015; Mansoor & Jehangir, 2015; Alarcón, 2006).

De acuerdo con lo anterior es posible inferir que el tratamiento médico convencional para el cáncer representa una baja calidad de vida para quienes lo reciben, que es justo lo que encontraron en su estudio Peláez et al. (2004), que la gran mayoría de los participantes concuerda en la ocurrencia de una reducción significativa en la calidad de vida relacionada con la quimioterapia, el trasplante de medula ósea o la cirugía oncológica en caso en que tuviesen que hacerse dos de estos tratamientos.

Y finalmente, otra de las representaciones sociales que emergieron de este estudio fue el tratamiento médico convencional para el cáncer como una apuesta en la que la ganancia puede ser la prolongación de la vida o la remisión. Es tanta la duda que genera este tratamiento y tantos los efectos negativos que provoca, que someterse a él solo valdría la pena si es por la curación del cáncer o por lo menos por un aumento del tiempo por vivir. Sin embargo, está claramente documentado que los tratamientos médicos para el cáncer son de alto riesgo y por tanto se asocian con morbilidad (Cooper & Cooper,

1996; Bellver & Moreno, 2009). De hecho, esta ambivalencia hacia el tratamiento oncológico convencional ha sido previamente documentada. Por ejemplo en el estudio de González (2013), realizado con población general, la valoración del tratamiento oncológico fue tanto positiva como negativa, ya que algunas personas apreciaban el tratamiento como una oportunidad para curarse y otras personas lo valoraban de forma negativa por los efectos colaterales. Y en el estudio realizado por el Instituto Nacional del Cáncer de Buenos Aires, se encontró que los participantes, hombres y mujeres argentinos adultos, indicaron que tratamientos con quimioterapia “suelen estar negativamente valorados en tanto son considerados como un factor que acelera el proceso de la enfermedad” mientras que la mastectomía y las cirugías se relacionan con la cura (Instituto Nacional del Cáncer, 2013).

El discurso de los participantes, aunque concreto, permitió evidenciar una asociación del cáncer con la muerte y por ello es posible que la actitud ante el tratamiento oncológico convencional sea predominantemente negativa. El estadio de la enfermedad (lo que ellos denominaron grado) y el lugar de ubicación del tumor fueron dos elementos comunes en las explicaciones proporcionadas por los participantes. Ciertamente, dependerá de ello la selección del tratamiento oncológico. ¿De dónde proviene esa idea? ¿Cómo simbolizan el avance o grado de la enfermedad? ¿Qué lugares pueden ser especialmente problemáticos y disminuirían en alguna medida el éxito terapéutico?

Otros aspectos en este trabajo llamaron la atención. Es el caso de las respuestas puntuales y poco elaboradas de los participantes. ¿Confirma esto que el conocimiento sobre los tratamientos oncológicos convencionales es escaso o que no es de su interés recordar detalles de lo que escuchan o les cuentan? Sin importar la ciudad de Colombia (Bogotá, Ibagué o Manizales) a la que perteneciera el participante ni su nivel educativo,

las respuestas fueron del mismo tipo, con una variedad mínima en la esencia de la información proporcionada. Pero ciertamente no se trata de un conocimiento falso, solo se trata de ese “otro” conocimiento tal y como lo planteó Jodelet (1999), que les ha permitido a los participantes adaptarse a su medio social. Así, han construido estos significados sobre el tratamiento médico convencional para el cáncer. No obstante, es interesante preguntarse en coherencia con el planteamiento de Moscovici (), si la difusión de las representaciones sociales que la población general tiene sobre el objeto de representación de este estudio, obstaculizarían o al contrario permitirían una asimilación del saber científico más eficiente.

Ciertamente, estas representaciones sociales que los participantes tienen del tratamiento médico convencional para el cáncer les han permitido interpretar una realidad desconocida para convertirla en una nueva realidad (Jodelet, 1984). El conocimiento sobre el objeto de representación de este estudio dejó de ser abstracto y se convirtió en un conjunto de significados previamente descritos, materializados (Jodelet, 1988). En este caso, y en acuerdo con Hebe (2005), la información sobre los tratamientos convencionales para el cáncer fue separada del campo científico donde se originó y ahora hace parte del mundo de la población general. De hecho, los participantes fueron específicos con respecto a que quimioterapia y cirugía gozan de respaldo científico. De esta manera, estos dos tratamientos adquieren un estatus diferente y probablemente por eso mismo se sienten más seguros al expresarse sobre ellos.

La información sobre el tratamiento oncológico convencional fue separada del campo científico en el que se originó y así los participantes la incorporaron a su propio mundo tal y como lo propone Hebe (2005). Así, y en acuerdo con Perera (2003) las representaciones que actualmente tienen los participantes se integraron en algún momento

a su sistema de representaciones y seguramente les permitió ver el cáncer y su tratamiento de una manera particular en la que sus actitudes son negativas y eventualmente ambivalentes.

Lo anterior permite reflexionar acerca de si con estas representaciones los participantes, que un día posiblemente sean pacientes, se harían algún tipo de tratamiento oncológico convencional. Y también sobre cómo cuando se ingresa al mundo de los pacientes oncológicos los referentes cambian, las representaciones cambian y entonces la visión del mundo cambia.

Este estudio tuvo algunas limitaciones. Por su naturaleza no es posible generalizar los resultados y aunque no era el propósito, es necesario advertir sobre el uso prudente de los mismos. Es importante considerar en futuros estudios la posibilidad de incluir en la muestra un número mayor de personas de diferentes regiones del país para confirmar estos resultados.

## **CONCLUSIÓN**

Esta investigación permitió hacer una aproximación sobre las representaciones sociales del tratamiento médico convencional específicamente en tres dimensiones como lo fueron las actitudes que indican la afectividad y el componente evaluativo, el conocimiento que los participantes tuvieron sobre los tratamientos médicos convencionales y finalmente el campo de representación el cual se construye a partir de las actitudes y la información y se organiza en torno a las cogniciones que le dan significado a estas dos. (Perera, 1999). Todo esto enfocado al tratamiento médico convencional para el cáncer específicamente la quimioterapia, el trasplante de médula ósea y la cirugía oncológica. Así mismo se intentó hacer una contribución hacia un tema que es relativamente novedoso y poco estudiado de tal manera que incentive a conocer más a profundidad sobre esta temática comprendiendo sus particularidades y características.

Por otro lado, se hizo evidente que las personas de la población general pese a que no tienen un conocimiento muy establecido sobre los tratamientos médicos convencionales, han construido sus representaciones sociales por medio de las interacciones con terceros y con algunos medios de comunicación. Finalmente esta investigación buscó identificar los significados que tienen las personas de la población general acerca del tratamiento oncológico, específicamente en el contexto colombiano.



## REFERENCIAS

- Academia Colombiana de Ciencias Exactas Físicas y Naturales. (1990). *Academia Colombiana de Ciencias Exactas Físicas y Naturales*. Información sobre Colombia. Recuperado de [http://www.accefyn.org.co/Web\\_GEI\(actualizada\)/Archivos\\_gei/I\\_Anexo\\_3.PDF](http://www.accefyn.org.co/Web_GEI(actualizada)/Archivos_gei/I_Anexo_3.PDF)
- Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo Internacional USAID, la Organización Internacional para las Migraciones OIM, Aldeas Infantiles SOS y la Agencia de Comunicaciones PANDI.(2015). Free Press Unlimited, War Child Holland,Objetivos del desarrollo del Milenio-ODM: saldo en rojo para las comunidades étnicas. Recuperado de <http://www.agenciapandi.org/wpcontent/uploads/2015/reportajes/objetivos Milenio.pdf>
- Alarcón Prada, A. (2006). *Manual de psicología* Bogotá: Javegraf.
- American cancer society.(2013).Quimioterapia ¿Qué es y cómo ayuda?. Recuperado de [en:http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002994-pdf.pdf](http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002994-pdf.pdf)
- American cáncer society. (2014). Trasplante de células madre (trasplantes de sangre periférica, médula ósea y sangre del cordón umbilical). Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002991-pdf.pdf>
- Asociación Española contra el Cáncer (2011). ¿Qué es la Quimioterapia?.Madrid.Recuperado de [https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Guia\\_Quimioterapia\\_2011.pdf](https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Guia_Quimioterapia_2011.pdf)
- Anónimo.(2014). *Manual de enfermería oncológica*. Ciudad autónoma de Buenos aires. Recuperado de [:http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000510cnt-38-ManualEnfermeriaOncologica2014.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000510cnt-38-ManualEnfermeriaOncologica2014.pdf)

- Austin, J., & Rini, C. (2013). *Stem Cell and Bone Marrow Transplant*. En A. R. Block and D. B. Sarwer (Eds), *Presurgical Psychological Screening: Understanding Patients, Improving Outcomes*. (pp103-125). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bain, B., Clark, D., & Lampert, I. (2008). *Bone Marrow Pathology*. Londres,: Wiley-Blackwell.
- Recuperado de  
<http://site.ebrary.com.ez.urosario.edu.co/lib/urosario/detail.action?docID=10232636>
- Bellver, A., & Moreno, P. (2009). Riesgos psicosociales e intervención psicológica en los pacientes trasplantados con médula ósea. *Revistas científicas complutenses*, 6 (1), 65-81.
- Berry, D.L., Blonquist, T.M., Hong, F., Halpenny, B., & Partridge, A.H. (2015). Self-reported adherence to oral cancer therapy: relationships with symptom distress, depression, and personal characteristics. *Patient Preference and Adherence*, 9, 1587-1592. doi:  
<https://dx.doi.org/10.2147/PPA.S91534>
- Bodnar, Y., & Ruiz, M. (1995). El carácter multiétnico de Colombia y sus implicaciones censales. *International Household Survey Network*. Recuperado de  
<http://catalog.ihnsn.org/index.php/citations/34499>
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Cárdenas Cardós, R. (2000). Trasplante de médula ósea. *Acta pediátrica de México*. 7 (2), 1-5. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2000/ms002b.pdf>

- Casciato,D., & Territo,M.(2012).*Manual de oncología clínica*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Castaño, A., & Palacios-Espinosa, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología, 10(1)*, 79-96. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2013.v10.41949.
- Celano,C., & Estrada,S. (2014). Pilares del tratamiento del cáncer: cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia.19-23. Recuperado de [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual%20enfermeria\\_08-03.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual%20enfermeria_08-03.pdf)
- Cooper,G.M., & Hausman,R.E.(2011). *Muerte y renovación celular*. Mexico: Marban libros,S.L.
- Departamento administrativo nacional de estadística (DANE). (s.f). La estratificación socioeconómica en el régimen de los servicios públicos domiciliarios. Recuperado de [http://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Estratificacion\\_en\\_SPD.pdf](http://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Estratificacion_en_SPD.pdf)
- Fletcher, G.J.(1984). Psychology and common sense. *American Psychology Association, 39(3)*, 203-213.
- Fleming, I. D., Braddy, L. W., Mielszkalski, G. B., Cooper, M. R. & Cooper, M. R. (1996). Bases de los principales tratamientos actuales del cáncer. En G.P. Murphy, W. Lawrence jr. & R. E. Lenhard, *Oncología clínica* (pp. 110-153). Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud (OPS) -American Cáncer Society.

Flick, U. (1988). Introduction: Social representations in knowledge and language as approaches to a psychology of the social. En U. Flick. *The psychology of the social* (pp. 1-12).

United Kingdom: Cambridge University Press.

Andersen, D.K., Billar, R. T., Brunicardi, F.C., Dunn, D.L., Hunter, J.G., Matthews.J.B, &

Pollock, R.E. (2010). Oncology. En Bernstam, F.M & Pollock, R.E (Eds. 9). *Schwartz Principles of Surgery*. (pp. 236-260). Texas: Mc Graw Hill.

González, M. (2013). *Cáncer y tratamiento oncológico: Representaciones sociales de la*

*población general, el paciente oncológico y miembros del equipo de salud*. (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Bolonia, Italia.

Gutierrez,Alberoni,J.D.(1998).La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial. *Psiquiatría pública, 10 (4)*, 211-219.

Recuperado de

<http://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Teorias%20de%20las%20representaciones>

Hebe Lacolla, L.(2005). Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de

nuestros alumnos. *Revista electrónica de la Red de investigación educativa*. 1(3), 1-17.

Hernández Sampieri, R; Fernández Collado,C., & Baptista Lucio,P.(2010).*Metodología de la*

*investigación*. Mexico: Mc Graw Hill.

Instituto nacional del cáncer.(2014). *Manual de enfermería oncológica*. Recuperado de

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000510cnt-38->

[ManualEnfermeriaOncologica2014.pdf](#)

- Jodelet, D.(1984). Réflexions sur le traitement de la notion de représentation sociale en psychologie sociale. *Communication information*, 2(3), 14-41.
- Jodelet, D.(1986). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. 469-494.
- Jodelet,D.(1988). *La representación social fenómenos, concepto y teoría* En Moscovici,S. (comp). *Psicología social II*.Editorial Paidos.Madrid.
- Jodelet, D. (1989).*Las representaciones sociales*:Paris:Presses Universitaires de france.
- Jodelet,D.(1999).Représentations sociales: un domaine en expansion. En Jodelet,D. *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France. 47-78.
- Jodelet,D.(2006). Culture et pratiques de santé.*Nouvelle Revue de psychologie*,1,219-239.
- Keller,C.(1999). *Trasplante de medula ósea*. En Otto, S., & Paramo Gómez del campo, R. (Eds). *Enfermería Oncologica*.Madrid: El sevier España. 625-644.
- Lesko, L.(1993).Psychiatric aspects of bone marrow transplantation: Part I: Special issues during pre-trasplant assessment and hospitalization. Recuperado de <https://blu170.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgUY2yQiDg5RGSbug5NbfRYg2&folderid=flinbox&attindex=0&cp=-1&attdepth=0&n=92514829>
- Linares, I; Benedito,M., & Piqueras,Á.(2010). El enfermo de cáncer: un aproximación a su representación social. Recuperado en <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/12.pdf>
- Mansoor, S., & Jehangir, S. (2015). Anxiety, depression in patients receiving chemotherapy for solid tumors. *Pak Armed Forces Med J*, 65(1), 89-93

Martelli, M., & Reisner, Y. (2010). *Bone Marrow Transplantation Across Major Genetic Barriers*. Recuperado de

[http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=374894&lang=es&site=eds-live&ebv=EB&ppid=pp\\_111](http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=374894&lang=es&site=eds-live&ebv=EB&ppid=pp_111)

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. (s.f). *Colombia*. Recuperado de

[http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/colombia\\_FICHA%20PAIS.pdf](http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/colombia_FICHA%20PAIS.pdf)

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. México:

Universidad de Guadalajara. Disponible en:

<http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>

Moscovici, S., & Hewstone, M. (1998). *La teoría de las representaciones sociales y sus*

*implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial*. En Gutierrez, A. (Ed). Recuperado en:

<http://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Teorias%20de%20las%20representaciones.pdf>

Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology*, 18;211-250. Recuperado de

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejsp.2420180303/abstract>

Moscovici, S. (1961). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires. Huemul

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul

Moscovici, S. (1985). *Psicología social I: Influencia y cambio de actitudes*. Cognición y desarrollo humano. Barcelona: Paidós.

- Moscovici .(1973). *Theory and method of social representations*. En Wagner,W; Duveen, G;Farr ,R & Jouvchelovitch, S; Lorenzi-Cioldi, F; Markova,I., & Rose,D. Recuperado de <http://eprints.lse.ac.uk/2640/1/Theoryandmethod.pdf>
- Moscovici.(1989). Representaciones colectivas a las representaciones sociales para los elementos de una historia en Jodelet, D. (Ed.). *les representations sociales*. Paris: PUF
- Palacios Espinosa, X., & Zani, B. (2014). Representaciones sociales del cancer y de la quimioterapia en pacienes oncológicos. *Diversitas-Perspectivas en psicología,10 (2)*, 207-223.
- Peláez Doró., Pasquini,R;Medeiros, R.C.,Bitencourt,M.A., & Moura,G.L.(2004). O câncer e sua representação simbólica. *Psicologia: ciência e profissão,24 (2)*, 120-134.
- Perera Pérez, M. (2003). A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, centro de investigaciones psicológicas y sociológicas CIPS, 1-36. Recuperado de [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera\\_perez\\_repr\\_sociales.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf)
- Reed,E.(2008). *Cisplatin and Its Analogs*.En De vita,V; Lawrence,L., & Rosenberg, S. *Cancer principles & practice of onclogy*. (2008).Filadelfia: Wolker Kluwer, Lippincott Williams., & Wilkins. 407- 419.
- Riger, S., & Sigurvinsdottir, R. (2016). *Thematic Analysis*. En Jason, L.A. & Glenwick D.S. (2016). *Handbook of Methodological Approaches to Community-Based Research. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods*. New York: Oxford University Press.

Robbins,S; Cotran,R; Kumar,V., & Collins,T.(2002). *Manual de patología estructural y funcional*.

Rosenberg,S.(2008). *Principles of surgical Oncology*. En De vita,V; Lawrence,L., & Rosenberg, S. *Cancer principles & practice of oncology*, 283-306.

Rouquette, M.L. (2010). Las representaciones sociales hoy: Esperanzas e impases en el último cuarto de siglo (1985-2009). Traducción de Juana Juárez Romero. *Polis*,6(1):133-149.

Recuperado de

<http://148.206.53.230/revistasuam/polis/include/getdoc.php?id=434&article=434&mode=pdf>

Saif,W., & Chu,E.(2008) En De vita,V; Lawrence,L., & Rosenberg, S. *Cancer principles & practice of oncology*. Filadelfia: Wolker Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.

Sausville,E.,&Longo,D.(2012).*Principios del tratamiento del cáncer*.En

Fauci,A;Braunwald;E;Kasper,L;Hauser,J;Longo,D,Jameson,L & Loscalzo,J. *Harrison: Principios de medicina interna*. 514-533.

Skeel,R.T., & Khelif, S.N.(2012).*Manual de Quimioterapia del cáncer*. Base biológica y farmacológica de la quimioterapia del cáncer. Barcelona:Wolkers Kluwer.

Suárez, S; Puente, A ; Santana, S; Godoy, D; Serrano, M., & Sanz, O. (2013).Síndrome constitucional: entidad clínica o cajón de sastre. Recuperado de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im135h.pdf>



- Tew, K.(2008).*Alkylating Agents*.En De vita,V; Lawrence,L., & Rosenberg, S.(Eds). *Cancer principles & practice of oncology*. Filadelfia: Wolker Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
- Tipton,J.(2011).*Handbook of cancer Chemotherapy*.(8).543-565
- Valencia, J.F., & Elejabarrieta, F.J.(2007). *Aportes sobre la explicación y el enfoque de las representaciones sociales*.En T. Rodríguez Salazar., & M. L. García Curiel.(Eds). *Representaciones sociales. Teoría e investigación*.México: CUCSH-UDG. Recuperado de [https://books.google.com.co/books?id=X3Eb7sKFwWMC&pg=PA219&dq=representaciones+sociales&hl=es-419&sa=X&sqi=2&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?id=X3Eb7sKFwWMC&pg=PA219&dq=representaciones+sociales&hl=es-419&sa=X&sqi=2&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false):
- Wagner, W., & Hayes,N. (2011). *El discurso de lo cotidiano y el sentido común las teorías de las representaciones sociales*. México: Anthropos Editorial.
- Wagner,W., Duveen, G., Farr,R., Jouvchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi,F., Markova,I., & Rose,D. (1999).Theory and method of social representations. *Asian journal of social psychology*, 2 (1), 95- 125. Recuperado de <http://eprints.lse.ac.uk/2640/1/Theoryandmethod.pdf>