

LA ENFERMEDAD COMO EDUCADORA. REFLEXIONES EN TORNO AL CÁNCER, LA BIOÉTICA Y LA EDUCACIÓN

*Angel Alonso Salas*¹

El cáncer se encariña con las personas. A quien atenaza con sus tentáculos, ya no lo suelta hasta la muerte.

Alexandr Solzhenitsyn

*Morituri morituum salutant.*²

(Los que han de morir saludan al que ha de morir)

Si ya es mi hora, no ha de venir más tarde: si no ha de venir, es que ya es hora; y si no es ahora, ya vendrá. Estar preparado es lo que importa. Puesto que ningún hombre, de todo lo que deja, comprende nada, ¿qué más da lo que deje antes de tiempo? Que sea así.

Shakespeare, Hamlet.

Resumen

Uno de los principales problemas de salud en nuestros días es el cáncer. Cualquier persona a quien se la ha diagnosticado dicha enfermedad, o que tiene conocimiento de algún familiar o ser querido con este padecimiento, podrá afirmar que inevitable y abruptamente ha sido modificada su forma de ver la vida, en tanto que se replantean las perspectivas sobre la existencia de uno mismo a mediano, corto y largo plazo. Elisabeth Kübler Ross afirma que será el paciente moribundo y/o desahuciado quien da lecciones de vida a

1 Universidad Autonoma de México - UNAM

2 Citado en Elias, Norbert. *La soledad de los moribundos*, p. 9

los que “siguen” y permanecen a la postre de muerte de un paciente. En este sentido, en el presente escrito se reflexionará acerca del papel, vigencia y sentido que tiene la educación y la formación humana, teniendo como telón de fondo al cáncer en una discusión bioeticista, en donde será la enfermedad quien se convierte en la educadora y maestra de vida para el personal de salud, familiares y el paciente.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, bioética, vida, enfermo, formación humana.

Resumo

Um dos principais problemas de saúde em nossos dias é o câncer. Qualquer pessoa para quem foi diagnosticado a dita enfermidade, ou que tem conhecimento de algum parente ou ser querido que padeça deste mal, poderá afirmar que a sua forma de ver a vida foi modificada inevitável e abruptamente, tanto que se reelaboram as perspectivas sobre a existência dessa pessoa a curto, médio ou longo prazo. Elizabeth Küber Ross afirma que o paciente moribundo ou despejado dá lições de vida aos que “seguem” e permanecem durante a morte de um paciente. Nesse sentido, no presente escrito se refletirá sobre o papel, a vigência e o sentido que tem a educação e a formação humana, tendo como tela de fundo o câncer em uma discussão bioética, na qual a doença será quem se converte na educadora e mestre de vida para os funcionários de saúde, os familiares e o paciente.

A MANERA DE INTRODUCCIÓN.

El 21 de abril de 2015 falleció María Vázquez, conocida en las redes sociales como “María Marie” quien se hizo famosa por relatar en diversas redes sociales su lucha contra el cáncer. Hablar sobre el cáncer siempre es una tarea difícil, compleja y dolorosa. ¿Cuántas veces hemos visto a hombres o mujeres rapados (as) que portan una mascada y/o pañoleta

en su cabeza? ¿Cuántos casos de seres queridos nos vienen a la memoria cuando escuchamos la palabra “cáncer”? ¿De qué manera el haber conocido a una persona que padeció o se encuentra bajo un tratamiento de quimioterapia, no sólo nos produjo un “nudo en la garganta” y un “vacío”, sino que nos llevó a replantear el sentido y manera de afrontar nuestra propia vida y existencia? ¿Por qué la enfermedad nos lleva a percatarnos de nuestra salud, y en ocasiones, nos arrastra a la compasión y solidaridad? En este capítulo se hablará acerca del cáncer y la manera en que dicha enfermedad se convierte en un modelo de formación humana. Dicha educación (derivada del conocimiento y/o lucha contra la enfermedad o del hecho de padecerla) se da en varios niveles, a saber, en el personal del nosocomio, en el paciente y en sus familiares. En lo que respecta al personal clínico y de salud, se pretende orientar al paciente a seguir ciertas indicaciones para buscar una mejoría, recuperación o prepararse al “bien morir”; la misma enfermedad es un tópico a estudiar en la carrera, especialización o laboratorio, con la finalidad de encontrar un antídoto o cura. En cambio, el enfermo en ocasiones se convierte en una especie de maestro para los familiares y seres queridos, en un ejemplo a seguir, en tanto que él deberá “cerrar” ciertos ciclos -con el apoyo institucional o de manera autodidacta- ante este escenario que representa la enfermedad. Tanto familiares como pacientes redefinirán diversos principios, valores y objetivos referentes a su existencia y al valor que se le dará a la vida y a la muerte. Este proceso se lleva a cabo entre familiares, el enfermo e institución de salud, independientemente de cómo reaccione y asuma la enfermedad el paciente³.

3 Este aprendizaje del enfermo se puede dar a partir de dos extremos, desde el sujeto que se violenta y se desquita con los demás por su enfermedad, como aquel que toma la enfermedad como el parámetro para cerrar ciclos y terminar bien su vida. En cualquiera de estos dos extremos, el familiar y personal de salud aprende del Otro, de uno mismo y de sus actitudes para poder “convivir” con la enfermedad, o el incorporar a dicho “padecimiento” como parte consustancial de su existencia.

Para poder reflexionar acerca de todos estos aspectos, se explicará qué es la bioética y el cáncer, los apoyos que se brindan al enfermo para afrontar esta enfermedad mediante los cuidados paliativos y la manera en que es posible encontrar un nivel discursivo de formación humana o educación, en este proceso de enfermedad, siendo el paciente o el enfermo el modelo de educador.

I. BIOÉTICA

En 1970 surge en Estados Unidos una reflexión interdisciplinaria denominada “bioética”. Dicho término fue acuñado por Van Rensselaer Potter, quien en su artículo “Bioethics. The science of survival”, se percata de la necesidad de una nueva disciplina que contemple el conocimiento de la biología, con el entramado de la axiología y la ética, con la finalidad de emplear los conocimientos y avances de la ciencia y la técnica para mejorar la calidad de vida y/o mejorar las condiciones de la especie o de los seres vivos. A partir de ese momento la reflexión académica e interdisciplinaria se centró en todos aquellos dilemas éticos provenientes de la relación médico-paciente, en donde las temáticas de eutanasia, aborto, donación de órganos y todo aquello relacionado con el paciente y el personal de salud, se ha sometido a la discusión acerca de los puntos a favor y en contra sobre cada uno de los problemas que se derivan de dichos dilemas. En este sentido, se ha buscado destacar los principales puntos a favor y en contra que ofrecen la psicología, la religión, el derecho, la filosofía, la antropología, la medicina, la ciencia, etc., sobre un punto, problema o cuestión. Ahora bien, esto sucede en el ámbito académico o en los Comités Hospitalarios de Bioética, pero ¿qué pasa con el paciente común y corriente que recibe un diagnóstico a partir de una biopsia? O que a la postre de diversos análisis se le plantea un posible tumor. Dicho sujeto acudió al médico porque desde hace algunas semanas se había sentido mal, a raíz de una serie de consultas y diagnósticos, el médico le informa de la existencia de un

tipo de cáncer. Más allá del tacto y cuidado que tenga el médico para informar esto, el paciente se hará infinidad de preguntas: ¿Por qué yo? ¿Cómo decirles a mis familiares que acaban de diagnosticarme cáncer? De toda la información que me dieron ¿qué les diré a los otros y qué información no revelaré? ¿De qué manera el Estado me brindará un apoyo? ¿Qué tan avanzado es mi cáncer? ¿Existe un tratamiento? Si el cáncer está en una etapa avanzada, ¿qué tipo de acciones debo llevar a cabo? ¿Cómo tengo que prepararme y que deben hacer mis familiares ante el tratamiento, quimioterapia y cuidados paliativos que se llevarán a cabo? En lo que respecta al servicio de salud, al paciente se le proporcionarán todos los servicios que estén al alcance de dicha institución para poder afrontar el tratamiento de la enfermedad y la muerte del mismo paciente, lo cual implica muchas situaciones y acciones que de manera conjunta tendrán que tomar los familiares, el paciente y el personal de salud. Recordemos algunos ejemplos. Susan Sontag en *La enfermedad y sus metáforas* menciona a Watanabe de la película *Vivir* de Akira Kurosawa quien “presenta su renuncia al enterarse de que sufre un incurable cáncer de estómago. Haciendo suya la causa de una barriada pobre, lucha contra la misma burocracia a la que servía, con un año de vida que le queda, Watanabe quiere hacer algo que valga las penas redimir toda una vida mediocre” (Sontag, 2008, V 21%). Por su parte, Siddhartha Mukherjee en *El emperador de todos los males*, hace referencia a Rusánov, quien es uno de los personajes de *El pabellón del cáncer* de Alexandr Solzhenitsyn, el cual afirma que “recibir un diagnóstico de cáncer –comprueba Rusánov- es ingresar en un gulag médico sin fronteras, un estado aún más invasivo y paralizante en el que se ha dejado atrás” (Mukherjee, 2013, 25). De igual manera Tolstoi en *La muerte de Iván Ilich* sostiene que “Iván Ilich se queda solo con la conciencia de que su vida está envenenada y envenena la vida de los demás, y que la ponzoña no cede, sino que por el contrario, penetra cada vez más en su cuerpo” (Tolstoi, 50). Y podríamos seguir citando muchos más casos que ejemplifican

esta serie de problemas, angustias y preguntas que se plantean los enfermos y como sabemos, los casos reales rebasan estas emociones y sentimientos plasmados en la literatura. Ahora bien, ¿qué sigue? ¿Qué debe hacer el paciente? ¿Cómo afrontar la enfermedad? Mientras el paciente escucha a lo lejos la voz del médico que le habla acerca de lo que procede hacer clínicamente, del tratamiento a seguir, del apoyo del trabajador social, oncólogo o tanatólogo, él, el enfermo tendrá que redefinir sus planes de vida. Desgraciadamente, como afirma Solzhenitsyn, “la enfermedad tiene su propio proyecto” (Solzhenitsyn, 2013, 201), y, a partir de dicho padecimiento, el tratamiento y lo que decida hacer el paciente, se reelaborará un proyecto de vida del sujeto y de aquellos que sean su soporte vital, familiar o existencial. ¿Qué significa que la enfermedad tenga su proyecto? Meter a Nietzsche

Ahora bien, ante los casos de pacientes con algún tipo de cáncer nos enfrentaremos a varios problemas. La aceptación o negación del paciente y su enfermedad; un cambio radical en la forma de su vida diaria de dicho sujeto que deberá modificar sus hábitos alimenticios, rutina y forma de afrontar la vida; un replanteamiento de metas a corto, mediano y largo plazo de parte del paciente y de sus familiares; comprender el papel y apoyo que será otorgado por los servicios clínicos y/o sanitarios (consultas, pláticas, quimioterapias, etc.), por mencionar algunos ejemplos. De esta forma, ante un acontecimiento específico: la aparición de un tumor o de una enfermedad, el paciente y los familiares que acompañan a dicho sujeto en este proceso (de manera abrupta o paulatina, y de forma consciente o inconsciente) cambiarán su forma de ver la vida y de afrontar su existencia, siendo en ocasiones, la manera en que el paciente afronte esta situación, o bien, la enfermedad quien se constituye en un revulsivo de formación humana, es decir, la enfermedad se convierte en educadora, en la maestra de la existencia de pacientes, familiares y del personal de salud. La enfermedad por sí misma, puede constituirse en un obstáculo, una oportunidad o causa de

que el sujeto modifique radicalmente sus valores, la forma de comprender el mundo y su existencia, dependiendo de la manera en que ésta sea afrontada. Es importante enfatizar que la enfermedad por sí misma no es educadora, es decir, el padecer asma, diabetes o cáncer no posibilita por sí misma una educación y formación en valores, sino la actitud que el sujeto que padece o ha adquirido dicha enfermedad tiene ante este hecho, cómo afronta su vida, cómo enfrenta su padecimiento, qué cambios de hábitos y costumbres incorporará para buscar sanar su cuerpo y su interior, así como el hecho de que ante la enfermedad, el paciente define su proyecto de vida, su existencia, qué quiere y qué dejará de hacer asumiendo las responsabilidades que esto implique.

En este orden de ideas, ante la enfermedad, existen tres niveles discursivos de formación humana, a saber, personal de salud, familiares y pacientes. En lo que respecta al personal de salud (enfermeras, cuidadores primarios, psiquiatras, oncólogos, camilleros, tanatólogos, etc.), serán quienes adquieren un aprendizaje cognoscitivo y emotivo, de manera cotidiana y casuística, no sólo de la enfermedad y de la manera en que se pueden brindar los cuidados paliativos y los derechos del paciente, sino también en todo aquello que es valioso, significativo e importante a la luz de un paciente con algún tipo de cáncer o enfermedad.

En segundo lugar, el familiar se verá obligado a adquirir conocimientos sobre la enfermedad que tiene su hijo, padre o abuela; de los cuidados que tendrá que llevar a cabo; deberá adquirir habilidades y conocimientos a partir de las charlas, talleres y conferencias acerca de la enfermedad y los síntomas que posee su familiar y de los temas de tanatología; qué hacer después de las quimioterapias; cómo inyectar a un paciente; qué síntomas debe aprender a detectar y registrar; cómo comunicarse con el Otro, y, todas aquellas habilidades, actitudes y aprendizajes que adquiere de manera conjunta de la mano de los trabajadores sociales, tanatólogos y oncólogos sobre estos temas, marcarán profundamente la existencia del sujeto, trastocando su forma de vida y de todos aquellos que se

encuentren alrededor del paciente. Y, finalmente, el paciente quien deberá ir adquiriendo conciencia de la enfermedad que tiene y cómo afrontar tanto este padecimiento y su existencia, así como también la aceptación o no una serie de tratamientos, del cambio radical o parcial que tendrá que hacer con las actividades cotidianas, de los valores y conocimientos que modificará a lo largo de su tratamiento, etc. De esta forma, será la enfermedad quien se convierte en un factor educativo para otros pacientes, familiares, personal de salud, como para sí mismo, y en el que muchas personas estarán interrelacionados.

Todos aquellos sujetos que se han enfermado o que han compartido la experiencia de tener a un familiar o conocido en calidad de enfermo o convaleciente, podrán afirmar que dicho proceso no sólo fue un proceso impactante, desconcertante, angustiante y doloroso, sino que modificó su forma de ver el mundo, el conjunto de valores y conocimientos que aparecieron a la postre del diagnóstico de una enfermedad, tanto en el proceso de convalecencia, de recuperación del sujeto, o en el acompañamiento hacia la muerte del paciente en cuestión. La enfermedad es educadora, en tanto que reorienta una serie de prácticas y acciones hacia el cuerpo, salud y forma de ser en el mundo. En muchas ocasiones, la enfermedad nos arroja a la humanización y eticidad hacia aquellos seres vulnerables, con nuestros semejantes (con los que se comparte el padecimiento clínico o con aquellos familiares con quienes establecemos lazos de solidaridad en la sala de espera o afuera del hospital) y hacia uno mismo en tanto que se ve inmerso en un proceso de enfermedad o de búsqueda en la salud. La enfermedad y el paciente nos manifiestan el grado de desconocimiento y distancia que se tiene hacia el enfermo, el personal de salud e instituciones, ya que en ocasiones, se pierde la dimensión de la dignidad y la persona, cuando el Otro se convierte en objeto, en algo que debe amputarse, someterse a una quimioterapia, que se reduce a un número de una cama y en un objeto que debe ser reparado por los otros, en alguien que únicamente

debe de esperar la hora de los informes y que solamente debe acatar las órdenes que se le indiquen.

Es la enfermedad la que manifiesta muchos de los dilemas bioéticos; la pluralidad de formas de ver y entender el mundo, salud, vida, muerte, calidad de vida, enfermedad y existencia, en donde muchas veces se trastocan, emergen o confunden aspectos y valoraciones religiosas, sociales, culturales, políticas y morales sobre qué procede; qué se debe hacer; quién decide si se “tira o no la toalla”; si acepto o no el tratamiento, y todo aquello referente a la voluntad, autonomía, valores y principios éticos de ciertos miembros de la familia y el enfermo. En este sentido, Hans Jonas afirma que “la salud misma no llama la atención, no se observa cuando se tiene («se alegra uno de ello», pero lo hace inconscientemente); solo su trastorno llama la atención y obliga a tenerla en cuenta, primero por parte del propio sujeto que lo experimenta en forma de dolencia, pérdida, impedimento, y acude entonces al médico, en busca de ayuda. Es la enfermedad y no la salud la que originariamente ha puesto en marcha la investigación del cuerpo humano y la que sigue espoleándola, precisamente como investigación de las causas de enfermedad con fines de superarla o también de prevenirla” (Jonas, 99-100)

En este orden de ideas, veamos con mayor detalle al cáncer y cómo esta enfermedad produce una educación y reorientación de nuestra existencia.

II. CÁNCER Y FINITUD

Se ha considerado que la “piedra de toque” de la filosofía ha sido la reflexión en torno a la muerte, es decir, a la “finitud”. Dicho término hace referencia al carácter de “temporalidad” en el que se sitúa la vida de una persona. Como seres finitos, los seres humanos tenemos un principio y un fin, en donde metafóricamente poseemos una “caducidad”, un repentino (aunque siempre latente) “dejar de ser”. En este sentido, la filosofía reflexiona sobre la finitud y trata

de otorgar un sentido y significación a la vida del sujeto. El hecho de que poseamos una conciencia y que contemos con cierta racionalidad, nos permite percatarnos -consciente o inconscientemente-, del hecho de que tarde o temprano, tanto nuestra existencia (espacio-temporalmente hablando), como la de los seres que están a nuestro alrededor, terminará de manera paulatina, sorpresiva, abrupta o dolorosamente. En este sentido, Arnold Toynbee afirma que el “aprender a morir era considerado un aspecto integral del vivir. Se enfatiza la comprensión de la muerte como medio para la comprensión de la vida” (Toynbee, 1999. 134)

Es importante resaltar que no sólo la filosofía ha reflexionado sobre las implicaciones y procesos que tiene el ser humano ante la muerte, sino que también, desde otras perspectivas, la religión, la ciencia, la medicina, la antropología o la psicología, han dedicado un espacio para reflexionar acerca del sentido y significación del acontecimiento de la muerte y de la manera en que los sujetos afrontan dichos procesos y duelos. Al respecto, Cassirer sostiene que “los ritos funerarios que encontramos en todas partes tienden hacia el mismo punto. El temor de la muerte representa, sin duda, uno de los instintos humanos más generales y más profundamente arraigados. La primera reacción del hombre ante el cadáver ha debido ser el abandono a su suerte y huir de él con terror, pero semejante reacción la encontramos sólo en unos cuantos casos excepcionales. Muy pronto es superada por la actitud contraria, por el deseo de detener o evocar el espíritu del muerto” (Cassirer, 1945, 134).

Durante años se ha pensado que la actitud que el ser humano tiene ante el acto de morir, manifiesta *per se*, una superioridad de la especie humana sobre el resto de las especies y la conciencia anticipada de la muerte, del fin de la existencia y las implicaciones de este acontecimiento natural reflejan un elevado nivel de conciencia. Hans Jonas sostiene que “cada uno de nosotros morirá de esta o aquella enfermedad, nuestra condición mortal pesa sobre nosotros en su dureza,

pero también con su sabiduría, porque sin ella no habría la eternamente nueva promesa de la frescura, originalidad y celo de la juventud; ninguno de nosotros sentiría el impulso de contar nuestros días y hacerlos contar. Con todo nuestro esfuerzo por arrancar a la mortalidad lo que podamos, debemos saber llevar u peso con paciencia y dignidad” (Jonas. 98)

Dicho aspecto cultural y antropológico del morir, así como la conciencia de la muerte del Otro (y de *uno mismo* en otro momento) se lleva a cabo de manera explícita o implícita en el ámbito educativo, en la manera en que un sujeto o una sociedad afronta la muerte, las acciones que se llevan a cabo hacia un enfermo terminal o los valores sociales, culturales, religiosos y morales, reflejan un entramado familiar y educativo sobre los valores, referentes y el sentido que tiene la existencia en sí mismo. Dicha forma de percibir y concebir la existencia será complementada, o en su defecto, ese vacío tendrá que adquirir significación y sentido en las últimas etapas de la vida, a través del sacerdote, psicólogo, médico, tanatólogo o enfermo que se convierte en un modelo de formación humana y de orientación acerca de aquello que cada uno es. Reitero, la enfermedad se convierte en una especie de veleta o brújula que orienta la existencia de uno mismo o de los otros, y se convierte en una situación que deberá ser afrontada por todos aquellos que estén inmiscuidos en el proceso de la enfermedad, razón por la que cada paciente tendrá que tomar las riendas de su existencia en el proceso de su enfermedad. Cabe destacar que esto no será fácil y que siempre estará latente un odio, coraje, desesperanza hacia la vida o los otros. Como afirma Solzhenitsyn, “durante este otoño he sabido por mí mismo que el hombre puede franquear el umbral de la muerte aunque su cuerpo no haya muerto aún. En el interior de uno la sangre sigue circulando y asimilándose, pero psicológicamente ha recorrido íntegro el camino hacia la muerte. Y hasta ha experimentado esa misma muerte. Todo cuanto ves alrededor lo miras con desinterés, como si ya estuvieras en el ataúd” (Solzhenitsyn, 2013. 40)

Ahora, veamos los datos sobre el cáncer. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2012 se dieron 14.1 millones de nuevos casos de cáncer, así como también hubo 8.2 millones de muerte por cáncer, y en ese momento se contaba con 23.6 millones de personas viven con cáncer.⁴ Sontag afirma que “el cáncer se declara en cualquier parte del cuerpo, es una enfermedad del cuerpo. Lejos de revelar nada espiritual, revela que es cuerpo, desgraciadamente, no es más que el cuerpo” (Sontag, II, 8%). Por su parte, Mukherjee afirma que “el cáncer no es una sola enfermedad, sino muchas las llamamos «cáncer» porque comparten una característica fundamental: el crecimiento anormal de las células. Y más allá de ese factor común biológico, hay profundos temas culturales y políticos que recorren las diversas encarnaciones del cáncer y justifican un relato unificador” (Mukherjee, 2013, 17).

Recordemos que Sontag denuncia el hecho de que ha sido el cáncer quien ha develado el uso de metáforas para explicar y otorgar significación a la misma enfermedad. Dicha autora sostiene que “metafóricamente el cáncer no es tanto una enfermedad del tiempo como una enfermedad o patología del espacio. Sus metáforas principales se refieren a la tipografía (el cáncer se «extiende» o «prolifera» o se «difunde»; los tumores son «extirpados» quirúrgicamente), y su consecuencia más temida, a parte de la muerte, es la mutilación o amputación de una parte del cuerpo (Sontag, 11, 6%).

Respecto a la genealogía de este término, Mukherjee sostiene que “el cáncer es una enfermedad expansionista: invade los tejidos, establece colonias en paisajes hostiles, busca un «santuario» en un órgano y luego migra a otro. Vive desesperada, inventiva, feroz, territorial, astuta, defensivamente; por momentos como si *nos* enseñara a sobrevivir. Confrontar el cáncer es ponerse frente a una especie paralela, quizá aún

4 Cfr. http://globalcan.iarc.fr/Pages/fact_sheets.cancer.aspx
Consultado el 20 de abril de 2015 a las 09:45 hrs.

más adaptada que nosotros a la supervivencia” (Mukherjee, 2013, 64)

Pero ¿qué es el cáncer? ¿A qué nos referimos con dicha enfermedad? ¿Qué implicaciones tiene? “La primera aparición de una palabra para designar el cáncer en la literatura médica data de la época de Hipócrates, alrededor de 400 a.C.: *karkinos*, 'cangrejo' en griego. El tumor, con el racimo de vasos sanguíneos inflamados en su torno, recordaba a Hipócrates un cangrejo enterrado en la arena con las patas extendidas en círculo [...] Otra palabra griega se cruzaría con la historia del cáncer, *onkos*, utilizada ocasionalmente para describir tumores, y de la cual tomaría su nombre moderno la disciplina de la oncología. *Onkos* designaba en griego una masa, una carga o, más comúnmente, un peso: el cáncer se imaginaba como un peso llevado por el cuerpo. En el teatro griego, la misma palabra *onkos* se empleaba para indicar una máscara trágica que a menudo se “cargaba” con un peso cómico rígido sobre la cabeza y que servía para denotar el fardo psíquico que abrumaba a su portador” (Mukherjee, 2013, 74)

Finalmente, dependiendo de qué tan temprano haya sido el diagnóstico del cáncer, será posible retrasar el avance de dicha enfermedad, antes que de llegue a hacer metástasis. Dicha palabra es “utilizada para describir la migración del cáncer de un sitio a otro, es una curiosa mezcla de *meta* y *stasis* -«más allá de la quietud en griego», un estado sin amarras, parcialmente inestable, que hace eco a la singular inestabilidad de la modernidad” (Mukherjee, 2013, 64). Y siguiendo con los datos sobre el cáncer, “en algunos países la proporción de afectados por el cáncer pasa inexorablemente de uno de cada cuatro habitantes a uno de cada tres, y a uno de cada *dos*, el cáncer será, en efecto, la nueva normalidad: una inevitabilidad. La cuestión no será a la razón de *sí* hemos de toparnos en nuestra vida con esta enfermedad inmortal, sino *cuándo*” (Mukherjee, 2013, 549).

Como es sabido, en el mes de octubre se llevan a cabo campañas publicitarias para hablar de una de las muertes más

frecuentes y silenciosas que cobran a nivel nacional y mundial, la vida de miles de personas, la muerte por cáncer, enfatizando en estas campañas el cáncer de mama, aunque como sabemos existen diversos tipos de cáncer.

En este momento considero oportuno el compartir una experiencia personal. A fines de septiembre de 2014, dos alumnos se acercaron a platicar conmigo y me dijeron que un amigo suyo, quien también es alumno del CCH Azcapotzalco UNAM, le habían diagnosticado cáncer de hígado y que tendría que someterse a quimioterapias, y si éstas funcionaban, le daban como máximo dos años de vida. Inmediatamente les pregunté en qué podía apoyarlos y porqué se habían acercado a mi, ante lo que me comentaron que querían que les diera autorización para hacer una colecta y vender dulces para apoyar a la familia de este chico. Evidentemente dije que *sí* contaban con ese apoyo pero que tendríamos que ver qué más se podía hacer por él. Acudí con la directora de mi plantel y le conté del caso, así como también busqué orientación y apoyo de mis amigos médicos y bioeticistas. Afortunadamente todo se fue dando por sí solo. Conté con el apoyo total de la institución y un compañero bioeticista, consiguió una cita para dicho estudiante en el Instituto de Cancerología (INCan) al día siguiente. Dicho alumno acudió a dicho nosocomio y le mandaron otros estudios, y al día de hoy sigue en tratamientos y con sus quimioterapias pues su cáncer está muy avanzado, además de que está recibiendo el apoyo tanatológico para el “bien morir”. A raíz de esta situación, una de las alumnas que solicitó mi ayuda, fundó un grupo de apoyo que nombró “Apoyando a un amigo” para poder auxiliar no sólo económicamente al compañero con cáncer, sino también brindar un soporte emocional y psicológicamente a otras personas que padecen de cáncer, tales como familiares, profesores, trabajadores y otros alumnos en el interior del plantel. Este caso me hizo caer en la cuenta de que en ese momento, las producciones cinematográficas tocaban las temáticas de la muerte, el cielo y el cáncer. Ya sea

que se mencionara la existencia del cielo o del más allá en películas como *El cielo es real* o *Desde mi cielo*, o, se tocara el tema del cáncer de tiroides de Hazel Grace y de Augustus Waters a quien le habían amputado la pierna por osteosarcoma en *Bajo la misma estrella*, se afrontaban reflexiones sobre enfermedades, cáncer, amor, etc. En lo que se refiere a los hechos concretos, se llevaron a cabo diversas acciones para la comunidad estudiantil y docente del CCH Azcapotzalco, entre las que destacaron las pláticas sobre cáncer de mama y próstata; una plática sobre tanatología; colecta de juguetes, ropa y libros para una casa hogar de niños con cáncer, así como también se juntaron nueve trenzas de alumnas y algunas madres de familia, para realizar pelucas a niñas con cáncer. Finalmente, algunos de nosotros, al igual que en *La decisión más difícil* nos rapamos en solidaridad con los estudiantes que padecen cáncer en nuestro plantel. ¿Esto fue suficiente? ¿Qué más se pudo hacer? Considero que se hizo todo lo que estuvo a nuestro alcance y que como afirma Jonas, ante casos como el mencionado con antelación, “el estado del hombre clama constantemente por su mejora. Intentamos ayudar. Intentamos prevenir, aliviar y curar” (Jonas, 143). Tengo la certeza de que este trágico acontecimiento fue un revulsivo, y que ante esta adversidad, lo que más se ha pensado y valorado ha sido la existencia de aquellos que estuvimos involucrados, así como también el valorar la salud de nuestros familiares y seres queridos.

Todos los que hemos afrontado la muerte de un ser querido por cáncer u otra enfermedad, sabemos de la impotencia, rabia, enojo, tristeza, desolación y dolor que producen estas noticias, y, cuando he platicado con profesores y amistades de este caso, los interlocutores inmediatamente cambian de estado de ánimo o los invade el llanto, la tristeza y la incomodidad ante el caso de este chico, e, inmediatamente compartimos las experiencias de familiares y amistades que están pasando por esto o que ya fallecieron. En muchas ocasiones la enfermedad “hermana” a aquellos con quienes

compartimos una historia, una tragedia o una enfermedad, ya que éstos padecimientos originan lazos de amistad y redes de apoyo entre aquellos que se encuentran en una circunstancia similar. En ese estado de ánimo que embarga al sujeto uno reflexiona sobre lo que es la enfermedad y su origen, que cómo sostiene Mukherjee: “la civilización no causó el cáncer sino que al extender la duración de la vida humana, *lo sacó a la luz*”, (Mukherjee, 2013, 71) es decir, como afirmaba Elias, esta prolongación de la vida a partir del avance de la ciencia y la tecnología ha producido una pérdida de sentido del vivir y el morir como fenómenos naturales de la vida, por lo que el pensar sobre la muerte de nuestros seres queridos o de uno mismo es algo que se encuentra a décadas de distancia y que al no existir un referente ni una toma de conciencia sobre lo efímero de nuestra existencia, cuando llegue la muerte será una lección de vida muy fuerte debido a que se carece de un soporte académico, social, familiar o espiritual para acudir a enfrentar la finitud, y en su defecto, encontrar una guía o apoyo. En ese sentido, Elias afirma que “nunca, anteriormente en toda la historia de la humanidad, se hizo desaparecer a los moribundos de modo tan higiénico de la vista de los vivientes, para esconderlos detrás de las bambalinas de la vida social; jamás anteriormente se transportaron los cadáveres humanos, sin olores y con tal perfección técnica desde la habitación mortuoria hasta la tumba” (Elias, 32-33)

En lo que respecta al enfermo, Mukherjee afirma que a pesar de que el cáncer “no es un campo de concentración [...] comparte con él la característica de la aniquilación: niega la posibilidad de una vida fuera y más allá de sí mismo; subsume todo lo que vive. La vida diaria de un paciente termina por estar tan intensamente ocupada por la enfermedad que el mundo se desvanece. Hasta el último puñado de energía se gasta en la atención de la enfermedad” (Mukherjee, 2013, 476), motivo por el cual, el proceso y actitud que tenga el enfermo hacia su salud, su recuperación y a la reconsideración de proyectos de vida es fundamental para llevar a buen puerto el procesos

de sanación, o en su defecto, prepararse al bien morir. Ahora bien, de parte del familiar, Simone de Beauvoir nos relata en *Una muerte muy dulce*, lo que a ella le sucedió con su madre: “a mí también me devoraba un cáncer: el remordimiento. «No dejen que la operen». Y yo no había impedido nada. A menudo, en casos de enfermos que sufrían largos martirios, me había indignado de la inercia de sus parientes: Yo la mataría”. A la primera prueba, yo había cedido: vencida por la moral social, había renegado de mi propia moral”. (Beauvoir, 54). Y ante este caso, cada uno podría compartir la manera en que está afrontando el cáncer de un ser querido y cómo dicho padecimiento ha modificado su forma de ver y afrontar la vida.

Elisabeth Kübler-Ross, sostiene que ante la muerte anunciada como es el cáncer, uno se pregunta “¿cuántas cosas hay que no se comunican verbalmente, que han de ser sentidas, experimentadas, vistas, y son muy difíciles de expresar en palabras?” (Kübler-Ross, 2001, 11) ante lo que solamente nos resta el ser solidario ante la desgracia y la adversidad, y muchas veces, aunque parezca insignificante, esto representa un gran consuelo y apoyo, en donde aquellos que acompañamos al enfermo “lo que estamos intentando aprender de los pacientes es cómo podemos hablar con ellos como seres humanos sin pasar primero por el historial y demás” (Kübler-Ross, 2001, 120-121)

Pero veamos con mayor detalle los datos referentes al cáncer con números proporcionados por el INCan. En el sitio web de dicho nosocomio⁵ nos podemos percatar que entre las tres principales causas de consulta externa en el año 2013 se encontraba el de tumor maligno de la mama (23,899 casos), tumor maligno del cuello del útero (10,329 casos) y tumor maligno del estómago (7,291 casos). Las tres principales causas de mortalidad hospitalaria del 2013 fueron tumor maligno de la mama (13.3%), tumor maligno del pulmón (9.8%) y tumor maligno del cuello del útero (7.3%). Las

5 Consultado en <http://incan-mexico.org> el 7 de noviembre de 2014 a las 10:40 hrs.

consultas totales en el año 2013 fueron de 202,540. Las altas en hospitalización en ese año fueron de 7,208 en donde el 89% fue por mejoría, 0.1% por pase a otro hospital; 6% de altas voluntarias y 5% por defunción. Se aplicaron 81,372 radioterapias y 42,294 quimioterapias. El total de casos nuevos en el DF fueron de 1,881 (742 del sexo masculino y 1,139 del sexo femenino) y en el Estado de México 1,806 (695 del sexo masculino y 1,111 del sexo femenino). Finalmente, se otorgaron 202,540 consultas (9,434 de pre-consulta, 5,594 de primera vez y 187,512 de subsecuente). Con toda esta información, podemos dimensionar la magnitud del cáncer como un problema de salud a nivel nacional y mundial, así como también, comprender el motivo por el que el énfasis de las campañas de lucha contra el cáncer se centra en el cáncer de mama. El cáncer es una enfermedad silenciosa e indolora en donde solamente crece y crece el tumor, mismo que se genera y no produce dolor hasta que se hace metástasis, es decir, que el cáncer se ha diseminado de su lugar de origen a otras partes del cuerpo y afecta cuando invade alguna otra parte del cuerpo. Cuando el cáncer se detecta tardíamente, muchas veces, se mandan a quimioterapias a los enfermos quienes “cada tres semanas, a medida que sus recuerdos se recuperan, todo el ciclo volvería a comenzar. [Son semejantes a] Sísifo en quimioterapia” (Mukherjee, 2013, 191-192). Ahora bien, cabe resaltar que en el periodo del tratamiento del cáncer hasta su desenlace, se llevan a cabo los cuidados paliativos.

III Cuidados Paliativos

La Organización mundial de la Salud (OMS) ha definido a los Cuidados Paliativos (CP) como “los cuidados activos y totales que se brindan a los pacientes con enfermedad que no responde al tratamiento curativo, su objetivo es la de proporcionar calidad de vida, evitando el sufrimiento al paciente y su familia”. Considera que la calidad de la calidad de vida se dé a partir del control del dolor y la sintomatología de la enfermedad terminal, brindando psicoterapia y apoyo espiritual para pacientes y familiares” (González, 2012, 175).

Dichos cuidados paliativos se ofrecen en el interior de cada hospital, y tienen como finalidad apoyar a todos aquellos que estén involucrados en el padecimiento de un paciente terminal. ¿Cómo surgieron los CP? ¿Qué implicaciones y sentido tienen dichos tratamientos?

Es importante resaltar que “la palabra paliar viene del latín *palliare*, 'cubrir', y el hecho de prestar alivio al dolor se percibía como si encubriera la esencia de la enfermedad y se suavizaran los síntomas en vez de atacar el mal” (Mukherjee, 2013, 275). Cecily Sanders, a quien se le debe la existencia de dichos cuidados, fue testigo de que a los pacientes terminales “se les negaba la dignidad, el alivio del dolor y a menudo hasta la atención médica básica; vivían una vida confinada” (Mukherjee, 2013, 275), por lo que decidió tratar de revertir esta situación en la que se encuentran estos sujetos, y la llevó a “inventar o, mejor, resucitar una contradisciplina, la medicina paliativa (Evitó la expresión *cuidados paliativos* porque, a su juicio, *cuidado* era «una palabra blanda» que nunca se granjearía la respetabilidad en el mundo médico). Si los oncólogos no podían decidirse a cuidar a sus pacientes terminales, ella incitaría a otros especialistas –psiquiatras, anestesistas, geriatras, fisioterapeutas y neurólogos- a ayudar a esos enfermos o morir sin dolor y con dignidad” (Mukherjee, 2013, 276).

Por tal motivo, los cuidados paliativos tienen como finalidad “mejorar la calidad de vida en pacientes oncológicos [...] ya que permite analizar la toma de decisiones, influye en los estudios de sobrevida, evalúa el costo-beneficio y el apoyo familiar. El diagnóstico de cáncer tiene una connotación psicosocial desesperanzadora y se considera que los tratamientos afecta la vida física, emocional y social de los enfermos” (González, 2012, 175). Ante los casos de enfermos con cáncer muy avanzado o de enfermos desahuciados y/o terminales, se ha reflexionado cómo apoyarlos y cuál es el deber que los Otros y el Estado tienen hacia ellos. En el ámbito de la bioética esto ha dado pie a discutir acerca de la calidad de vida,

dignidad de la persona, los derechos de autodeterminación física, la autonomía del paciente, la eutanasia, las voluntades anticipadas, etc., pero para fines de este escrito solamente se abordará la calidad de vida que de acuerdo a la bioética y la OMS se refiere al “estado de satisfacción general, en cuanto al sentimiento de bienestar personal y material, como son la salud, la educación, el trabajo, la funcionalidad, de la vivienda, de la seguridad social y subjetivamente es la sensación de bienestar físico, psicológico y social, como la expresión de las emociones y el sentido de pertenencia a grupos sociales, estableciendo relaciones armónicas consigo mismo, con el ambiente y la comunidad, al realizar las actividades cotidianas” (González, 2012, 175).

Cabe resaltar que hablar acerca de los parámetros que cada sujeto cuenta para definir qué considera valioso o importante para definir “su calidad de vida” es un hecho que es multifactorial, en tanto que están en juego una serie de valores y principios familiares y religiosos, expectativas de vida, proyectos de vida a nivel personal y con los otros, pero que en un escenario de una enfermedad terminal se centra en aquello que se considera como un límite para el bienestar físico (en tanto que exista la posibilidad de depender o no de un respirador o de una persona); si se debe defender la vida como un acto meramente biológico (vivir por vivir aunque se induzca a coma a un sujeto) o si se exhorta a solicitar un apoyo para poder recibir cuidados paliativos y evitar mayores sufrimientos. En este sentido, en el ámbito clínico, la calidad de vida apela a la “Calidad de Vida Relacionada a la Salud” (CVRS), la cual “se refiere al estado de salud y calidad de vida en la enfermedad, involucra a la sensación de los síntomas, autocuidado personal, aspectos emocionales como ansiedad y depresión, al tratamiento y a las relaciones sociales” (González, 2012, 175).

Cabe destacar que a partir de que se brindan a los familiares y pacientes las charlas de tanatología y de CP, muchas de las reflexiones, posturas y apoyos psicológicos, clínicos y

de la salud (liberación e medicamentos, atención de 24 horas de enfermeras), asesoría legal, apoyo espiritual (en caso de solicitarlo) tiene que ver con esta calidad de vida relacionada a la salud y a todos los nuevos parámetros o expectativas con los que se afronta la existencia a lo largo y a la postre de la enfermedad, lo cual como se dijo con antelación, implica una formación humana, una educación, una oportunidad para establecer vínculos y significaciones a aquellas personas y situaciones que sean valiosas e importantes, lo cual varía de persona a persona, pero que sin lugar a dudas, deja una profunda huella en aquellos que estén involucrados en dicha situación. En las secciones anteriores, se habló del cáncer y de la muerte, ¿cómo podemos compaginarlos con los CP y la CVRS? Debido a que se ha despersonalizado a la muerte, se le tiene aversión a lo que pasará, se busca una causa o una cura milagrosa, etcétera. Al respecto, Kübler-Ross afirma que “la razón de este comportamiento cada vez más mecánico y despersonalizado, ¿no será un sentimiento de autodefensa? ¿No será esta actitud nuestra la manera de hacer frente y reprimir la angustia que un moribundo o un paciente en estado crítico despierta en nosotros? Nuestra concentración en el equipo médico, en la presión sanguínea, ¿no es un intento desesperado de negar la muerte inminentemente que es tan terrible y molesta para nosotros, que hemos trasladado todo nuestro conocimiento a las máquinas, porque nos son menos próximas que la cara de sufrimiento de otro ser humano que nos recordaría una vez más nuestra falta de omnipotencia, nuestros propios límites y fracasos, y en el último, aunque muy importante lugar, nuestra propia mortalidad?” (Kübler-Ross, 2001, 23-24). Por tal motivo “el objetivo es educar a la población sobre la importancia de la atención integral. Al igual que contar con el equipo de salud multidisciplinario que pueda cubrir estas necesidades que son una realidad de salud. Los CP deben ser considerados como una disciplina encargada de la sensibilización hacia los equipos de salud, de que el fenómeno salud-enfermedad y vida-muerte, son procesos bio-psicosociales, que se interrelacionaran y que es difícil de separar” (González 2012, 178)

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Con todo lo anteriormente dicho, es necesario reflexionar sobre la finitud. El haber tomado el caso de las personas con cáncer nos ha permitido reflexionar en torno a que nosotros, los que estamos aquí presentes, seguimos vivos y que acontecimientos como éstos nos obligan a tomar una postura sobre el “bien morir” para el “bien vivir”. Kübler-Ross afirma que “si todos nosotros hiciéramos un sincero esfuerzo para reflexionar sobre nuestra propia muerte, para afrontar las inquietudes que rodean la idea de nuestra muerte, y para ayudar a otros a familiarizarse con estos pensamientos, quizá se lograra una tendencia menor a la destrucción de nuestro alrededor” (Kübler-Ross, 2001, 23-24). Ahora bien, quisiera concluir este escrito con el hecho de que estos acontecimientos me han hecho reflexionar acerca de que no sólo es necesario acudir al doctor, la autoexploración y el preocuparse por la salud, sino que es necesario reflexionar acerca de nuestra vida y de cómo debemos afrontar nuestra existencia. Ante la muerte de su madre, Simone de Beauvoir afirma que “no se muere de haber nacido, ni de vejez. Se muere de algo. Saber que mi madre por su edad estaba condenada a un fin próximo no atenúo la horrible sorpresa: tenía un sarcoma. Un cáncer, una embolia, una congestión pulmonar: es algo tan brutal e imprevisto como un motor que se detiene en el aire. Mi madre alentaba al optimismo cuando impedida y moribunda afirmaba el precio infinito de cada instante; así mismo, su vano encarnizamiento desgarraba el velo tranquilizador de la superficialidad cotidiana. No existe muerte natural; nada de lo que sucede al hombre es natural puesto que su sola presencia cuestiona al mundo. Todos los hombres son mortales; pero para todos los hombres la muerte es accidente, y aún si la conoce y la acepta, es una violencia indebida” (Beauvoir, 98-99). De igual manera, Kübler-Ross, sostiene que “deberíamos adquirir el hábito de pensar en la muerte y en el morir de vez en cuando, antes de encontrárnosla en nuestra propia vida. Si no hemos hecho esto, un diagnóstico de cáncer en

nuestra familia nos recordará brutalmente nuestro propio fin” (Kübler-Ross, 2001, 28).

Empero, estos acontecimientos tan crudos y violentos como es la muerte paulatina por cáncer o las enfermedades terminales, me han permitido valorar más mi vida y el no quedarme con los brazos cruzados. En lo que respecta a los enfermos, el caso mencionado al inicio de este texto es sumamente fuerte y clarificador. María Marie, quince días antes de morir, escribió en su cuenta de twitter “queridos todos, también agradezco la sugerencia de terapias alternativas y etcétera, pero a veces la suerte está echada y hay que ACEPTAR. Prueben eso [...] Estoy terminal y trabajando el buen morir”.⁶ El 15 de abril, su esposo se hizo cargo de contestar los mensajes y escribió en la cuenta de María Marie “María no sufre. Acá recibe tratamientos paliativos de primer nivel. Así sigue su camino, como hasta ahora, con dignidad y paz”,⁷ hasta que el 21 de abril escribió “en su ley, con una sonrisa y el puño apretado, Marie acaba de morir [...] Para los que preguntan si Marie sufre: su cuerpo está acá, su cabeza más allá”.⁸ Considero que este caso, como el de muchas personas que perdieron su lucha contra el cáncer manifiesta un aprendizaje de vida, no sólo conmueve y entristece, sino que se convierte en un modelo, un ejemplo a seguir para poder enfrentar nuestros últimos días (o de nuestros seres queridos) con una sonrisa y el puño apretado.

En lo que respecta a mis alumnos, descubrieron una vocación de servicio hacia los más vulnerables y necesitados, este imperativo kantiano del “deber ser” hacia los otros, el ser solidarios y caritativos. Ahora bien, quisiera terminar este escrito con dos testimonios. En primer lugar, las palabras de Samantha Martínez quien es una paciente con cáncer, y que afirma que: “uno no elige este tipo de situaciones, pero sí podemos elegir la actitud con la que queremos ver, es difícil

6 Consultado en @kireinatatemono el 6 de abril de 2015 a las 18:40 hrs

7 Consultado en @kireinatatemono el 6 de abril de 2015 a las 18:50 hrs.

8 Consultado en @kireinatatemono el 6 de abril de 2015 a las 19:00 hrs

pasar así, pero es más difícil cuando nos llenamos de enojo, de negatividad y yo pienso que después de todo, siempre hay un lado bueno”,⁹ y, finalmente, con las palabras de Oly López quien es sobreviviente de cáncer y que sostiene que:

el cáncer me devolvió la humildad al mostrarme que soy igual de vulnerable que cualquiera. La enfermedad te hermana con desconocidos que pasan la misma situación que tú. Sobrevivir al cáncer te permite valorar y agradecer cada día, cada instante, cada persona que tienes a tu lado, las maravillas de la naturaleza... Todo lo que ya habías dejado de apreciar por creer que eres autosuficiente, que eres el dueño de tu vida, que puedes disponer libremente de ella, cuando no es así... Te libera de prejuicios y temores, puedes hacer cosas que antes no hacías por el «qué dirán» o porque considerabas peligrosas. ¡Ya no tienes nada que perder y todo por ganar! Enfrentar esta enfermedad te da la maravillosa oportunidad de dimensionar mejor todo, te enseña a no preocuparte por cosas que no valen la pena; cuando sabes que puedes morir, todo adquiere su verdadero valor, te es más sencillo discernir sobre lo que realmente importa.¹⁰

REFERENCIAS CONSULTADAS

Cassirer, Ernst (1945). *Antropología Filosófica*. México: FCE.

De Beauvoir, Simone (2002). *Una muerte muy dulce*. Traducción de María Elena Santillán. Buenos Aires: Ed. Sudamericana.

Elias, Norbert (2009). *La soledad de los moribundos*. 3ª ed. Traducción de Carlos Martín. Prólogo de Fátima Fernández Christlieb. México: FCE.

⁹ Consultado en <http://incan-mexico.org> el 7 de noviembre de 2014 a las 10:40 hrs.

¹⁰ *Ibidem*

González, Cristina (et. al). “Cuidados paliativos en México”. *Revista Médica del Hospital General de México*. México, DF: Elsevier, 2012. Volumen 75, número 3, pp. 173-179.

Green, John (2012). *Bajo la misma estrella*. Madrid: Nube de Tinta.

http://globalcan.iarc.fr/Pages/fact_sheets.cancer.aspx

<http://incan-mexico.org> el 7 de noviembre de 2014 a las 10:40 hrs.

<http://kireinatatemono.blogspot.com.ar>

Jonas, Hans (1997). *Técnica, medicina y ética. La práctica del principio de responsabilidad*. Traducción de Carlos Fortea Gil. Barcelona: Ed. Paidós.

Kübler-Ross, Elisabeth. *Sobre la muerte y los moribundos*. Traducción de Neri Daurella. Barcelona: Grijalbo Mondadori, SA, 2001.

Mukherjee, Siddartha (2013). *El emperador de todos los males. Una biografía del cáncer*. Traducción de Horacio Pons. Barcelona: Ed. Debate.

Nagel, Thomas (1981). *La muerte en cuestión. Ensayos sobre la vida humana*. Traducción de Carlos Valdés. México: FCE-

Nietzsche, Friedrich (2001). *La ciencia jovial (La gaya scienza)*. Introducción, traducción y notas de Germán Cano. México: Colofón.

Shakespeare (1989), *Hamlet*. Traducción y adaptación de Vicente Molina Foix. Madrid: Centro Dramático Nacional, 1989.

Solzhenitsyn, Alexandr (2013). *Pabellón de cáncer*. Traducción de Julia Pericacho. México, DF: Tusquets Editores.

Sontag, Susan. *La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas*. Traducción de Marco Muchnik. Barcelona: Ed: De Bolsillo, 2008. (Versión electrónica. KINDLE)

Toynbee, Arnold (et. al. 1999) *La vida después de la muerte*. Traducción de Carlos Gardini. Buenos Aires: Ed. Sudamericana.

Tolstoi, L. (1999). *La muerte de Iván Illich*. México: Lectorum.

Submetido em:16/06/2017

Aprovado em: 10/08/2017