

CUERPO DIAGNOSTICADO. LA EXPERIENCIA DE UN ONCÓLOGO EN BOGOTÁ¹

DIAGNOSED BODY. THE EXPERIENCE OF AN ONCOLOGIST IN BOGOTA

RODRIGO RUIZ LURDUY*

RESUMEN

El problema del proceso diagnóstico pasa por la construcción relacional del cuerpo entre los dispositivos tecnológicos, el ojo clínico de los profesionales médicos, la experiencia del paciente, y los escenarios socio-culturales en los que ocurre la consulta médica; el cuerpo diagnosticado por tanto es la transición del cuerpo de una ontología a otra. El padecimiento y descubrimiento de la enfermedad configura el significado del cuerpo, más allá de la experiencia y en relación con un orden material, cultural, social, político y económico establecido. Las recientes transformaciones en los ámbitos médicos y biológicos están mediadas por una serie de tecnologías que han adquirido un estatus particular en sociedades híbridas como la nuestra; sus usos, especializados como vernáculos, alteran los cuerpos con que se relacionan, asignando a la perspectiva médica, y a la perspectiva del paciente, regímenes simbólicos que se crean en la interacción del proceso diagnóstico. A través de una etnografía focalizada, se presenta el caso particular de un Médico Oncólogo en Bogotá, con el objetivo de describir su experiencia en la constitución del cuerpo intervenido durante el proceso diagnóstico y la comunicación de la enfermedad.

* Antropólogo. Fundación Universitaria del Área Andina: rruiz13@areandina.edu.com

1. Ponencia presentada en el marco del VIII Congreso Internacional de Ciencias, Artes y Humanidades. Los Cuerpos del Placer y del Deseo. Santiago de Querétaro – México. Octubre de 2017.

PALABRAS CLAVE: *Proceso diagnóstico, oncología, comunicación diagnóstico, cuerpo, experiencia.*

KEYWORDS: *Diagnostic Process, Oncology, Diagnostic Communication, Body, Experience.*

ABSTRACT

The problem of the diagnostic process goes through the relational construction of the body between the technological devices, the clinical eye of the medical professionals, the patient's experience, and the socio-cultural scenarios in which medical consultation occurs; *the body diagnosed* is therefore the transition of the body from one ontology to another. The suffering and discovery of the disease shapes the meaning of the body, beyond experience and in relation to an established material, cultural, social, political and economic order. The recent transformations in the medical and biological fields are mediated by a series of technologies that have acquired a particular status in hybrid societies like ours; its uses, specialized as vernacular, changes the bodies which they are related with, assigning to the medical perspective, and to the perspective of the patient, symbolic regimes that are created in the interaction of the diagnostic process. Through a focused ethnography, we present the particular case of a Medical Oncologist in Bogota, with the objective of describing his experience in the constitution of the body intervened during the diagnostic process and the communication of the disease.

PROCESO DIAGNOSTICO

El proceso diagnóstico es parte fundamental del quehacer médico; en él la interacción con el paciente señala los elementos iniciales para el manejo y tratamiento de su padecimiento (Capurro y Rada, 2007; García Reza, Medina Castro, Solano Solano, Gómez Torres, Gómez Martínez, 2010; Gerrish, K., Naisby, A., Ismail, M., 2013; Stanley y Campos, 2013). El acto médico implica una relación cara a cara muy particular durante el proceso de salud-enfermedad de los sujetos, y el momento diagnóstico suele ser crucial, tanto para el oficio de la medicina como para la trayectoria personal del paciente (Bartoli, 2006; Blumer, 1969; Danet; Escudero; Prieto y March Cerdá, 2012; Devillard, 1990). En la primera fase tratamos, por medio de un proyecto de tipo exploratorio, indagar y describir las experiencias en el proceso diagnóstico de enfermedades crónicas de algunos médicos en Bogotá. Dicha exploración pretendió ubicar temas sensibles dentro del complejo proceso de diagnóstico a través de las narrativas de los médicos, dando como resultado el acto comunicativo mismo como una interacción digna de ser profundizada a través de una investigación de tipo cualitativo. Es así como profundizamos en las experiencias sobre el proceso de comunicación del

diagnóstico de médicos oncólogos en los Hospitales Públicos de Bogotá y la manera en que estos constituyen-generan el cuerpo enfermo.

La revisión sistemática de la literatura científica sobre el tema, como en la exploración previa en campo, mostraron el vacío descomunal en Colombia respecto a investigaciones de tipo cualitativo en el tema del diagnóstico médico y, en segundo lugar, señalaron la necesidad de dar cuenta de las experiencias y contenidos subjetivos del acto médico. Teniendo como objetivo conocer las experiencias y sus narrativas sobre el proceso de comunicación que han tenido oncólogos en los Hospitales Públicos de Bogotá y la manera en que constituyen el cuerpo enfermo, se realizaron 22 entrevistas a profundidad a distintos médicos en la ciudad como instrumento de exploración, junto al diario de campo; todo ello, dentro de una etnografía focalizada –*Focused Ethnography*– (Clifford, 1990; Cruz, y Higginbottom, 2013; Higginbottom, Pillay, y Boadu, 2013; Knoblauch, 2005). La información obtenida fue clasificada en distintas categorías como: Proceso Diagnóstico/Acto comunicativo/Constitución del Cuerpo Enfermo. Para este artículo se presenta el caso particular de un médico oncólogo de la ciudad de Bogotá, al que identificamos como *UNO*.

LA CONSTITUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El problema del proceso diagnóstico pasa por la construcción relacional del

cuerpo entre los dispositivos tecnológicos, el ojo clínico de los profesionales médicos, la experiencia del paciente, y los escenarios socio-culturales en los que ocurre la consulta médica; el cuerpo diagnosticado por tanto es la transición del cuerpo de una ontología a otra (Castillo y Tirado, 2013; Csordas, 1994; 2008; Merleau-Ponty, 1964; Mol, 2002; Turner, 1989). El padecimiento y descubrimiento de la enfermedad configura el significado del cuerpo, más allá de la experiencia y en relación con un orden material, cultural, social, político y económico establecido (Fitzpatrick, 1990; Le Breton, 1999; Menéndez, 1997). Las recientes transformaciones en los ámbitos médicos y biológicos están mediadas por una serie de tecnologías que han adquirido un estatus particular en sociedades híbridas como la nuestra; sus usos, especializados como vernáculos, alteran los cuerpos con que se relacionan, asignando a la perspectiva médica y a la perspectiva del paciente, regímenes simbólicos que se crean mediante y durante la interacción del proceso diagnóstico. (Alonso, 2009; Canguilhem, 1971; Díaz Facio Lince, Cols, 2013; Gerrish, Naisby, Ismail, 2013). En ese sentido, una enfermedad como el cáncer, se padece en el cuerpo del paciente, pero se configura a partir de múltiples elementos relacionales dados por la perspectiva médica, la tecnología y los escenarios socio-culturales en el proceso diagnóstico (Epele, 1993; García Reza, Cols, 2010; Labrador, Bara, 2004). De alguna manera el cáncer se “inventa” en

la medida en que los actores y agentes involucrados en la consulta interactúan desde sus experiencias y sus esquemas socioculturales (Castillo y Tirado, 2013; Mol, 2002; Turner, 1989; 1994). Esto es un proceso complejo que toma en cuenta las diferentes perspectivas que se crean sobre el mismo cuerpo; pues el cuerpo-objeto de la medicina oncológica y de los apoyos diagnósticos, difiere de la experiencia y corporización del mismo cuerpo que tiene el paciente que sufre la enfermedad; todo ello dentro de una configuración dinámica dada por las relaciones sociales establecidas por la diada médico-paciente, así como por las múltiples concepciones culturales significativas que se correlacionan con el cáncer. Prácticamente los “cuerpos” que se encuentran en la consulta médica para su proceso diagnóstico son diferentes; de allí la necesidad de reflexionarlos desde la ontología como objeto-actante relacional, que es uno y a la vez, es muchos. (Castillo y Tirado, 2013; Latour, 2008; 2013; Mol, 2002; Turner, 1989; 1994). El dialogo y la interacción entre los pacientes con los médicos oncólogos durante el proceso diagnóstico requiere de estudios y reflexión académica en cuanto que en dicha relación es que se constituye la enfermedad; esta involucra, el saber disciplinar del profesional, los apoyos diagnósticos resultados de la tecnología y los esquemas socio-cultural en los que se desenvuelve el paciente, además de su experiencia vital en el padecimiento del cáncer (Jaman-Mewes, Rivera, 2014; Kleinman, Eisenberg,

Good, 2006; Lancheros, 2013; Peiró, 2006; Rosas y Victoria, 2013). Identificar los elementos constitutivos de la enfermedad es un paso importante que permite reconocer su carácter complejo y profundizar en la comunicación asertiva entre los oncólogos y sus pacientes, pues la diferencia entre la enfermedad-objeto y la enfermedad-sujeto es una de las distancias que necesitan ser acortadas por la formación médica y el sistema de salud del país (Bouton, 1994; Capone, Piparo, Carapezza, 2013; Soto, 2011). A esta constitución compleja entre los sujetos actores, su experiencia subjetiva, las relaciones sociales, los dispositivos tecnológicos y el entramado simbólico de la cultura en torno al cuerpo, Ann Marie Mol (2002) la ha nombrado (practicalidad) *enactment*; señalando la síntesis que surge entre la contingencia de los objetos y la cualidad generativa de las prácticas; mostrando cómo la enfermedad adquiere identidades múltiples en la medida en que las estructuras se yuxtaponen prácticamente. Pero este *enactment*, en especial durante el proceso de salud-enfermedad no es algo que ocurra de manera pasiva en los sujetos-objetos; también señala que las personas, los objetos y los colectivos adquieren capacidades de agencia sobre los cuerpos y los procesos que en ellos se manifiestan. La ontología de la enfermedad es una “invención” constante de múltiples estructuras y actores (Castillo y Tirado, 2013; Mol, 2002; Turner, 1989; 1994)

En este proceso, los médicos oncólogos ejercen un control privilegiado; son

ellos quienes en un ejercicio de poder son capaces de invadir y examinar los cuerpos de sus pacientes para determinar el avance y estado de la enfermedad. Y son ellos, junto a otros profesionales de la salud, quienes enajenan y manipulan dichos cuerpos en los tratamientos terapéuticos a través de tocar, palpar, cortar, abrir, extirpar, suturar y medicar a sus pacientes (Niemeyer-Guimarães, Schramm, 2017). El relato que se presenta a continuación tiene el objetivo de presentar la experiencia de un oncólogo en Bogotá, y a través de él, dar cuenta heurísticamente de los dispositivos involucrados en el proceso y comunicación del diagnóstico a sus pacientes.

UNO EL RELATO DE UN ONCÓLOGO

Uno se formó en la Universidad Nacional de Colombia en el año de 1973. Se fue como todo médico a hacer su “rural” al norte del Valle del Cauca en un pueblito cafetero llamado Argelia, para ese entonces, era el único médico del pueblo. Luego, mientras encajaba en algún programa de residencia, se fue a trabajar a la Palma-Cundinamarca y a los pocos meses decidió renunciar. En Bogotá, encontró a un amigo que lo enteró de un cupo hospitalario en el área de cirugía en la Clínica Shaio, fundada en 1957 por un filántropo sirio. Trabajando allí, consiguió una residencia en el Instituto de Cancerología entre los años 1975 y 1978. Para entonces, se enfocó en cirugía de tumores, y en sus propias pala-

bras, le empezó a “gustar el cuello, pero pues también me gustaba la mama, me gustaba el estómago, me gustaba el colón. Pero me gustaba más el cuello, me apasionaba por el cuello” (Uno, 2017).

Terminando su residencia, habló con el jefe de cirugía del Instituto de Cancerología y le dijo que quería hacer su *fellow* en *cabeza y cuello*. Duró dos años esa etapa de formación, para luego viajar a Japón por seis meses y estudiar cirugía reconstructiva del cuello. Luego a Houston para hacer cirugía oncología experimental en cuello; vinculado al Instituto de Cancerología, fue también a Alemania e hizo “láser” de cabeza y cuello a través de una beca. Saber inglés para la época le abrió muchas puertas como latinoamericano. Ocupó todos los cargos que podía ocupar un médico en el Instituto de Cancerología, menos el de la dirección; se lo ofrecieron, pero no lo quiso ocupar. Fue coordinador de salas de cirugía; asistente de jefe de educación médica; jefe de educación médica; especialista agregado, subdirector; y jefe temporal de la jefatura de cabeza y cuello. Estuvo 25 años en el Instituto, hasta que un paciente al que había operado, le ofreció una silla en el Instituto de Seguros Sociales en el año 1996. Tuvo que renunciar al Cancerológico.

En el Instituto de Seguros Sociales, en la Clínica San Pedro Claver, fue cirujano general:

Hice cirugía oncología, después hice cabeza y cuello por más de veinte años, pero en cabeza y cuello yo no volvía a

tocar una barriga, no volví a ver una varice, una hernia; entonces llegué al seguro, al San Pedro Claver con el nombramiento; pero no había cabeza y cuello, así que me adscribieron a un grupo de cirugía general. Estuve dos años haciendo cirugía general, ahora lo que era programado, lo que era electivo lo hacía solamente cabeza y cuello, pero el día que estaba de urgencias tenía que hacer urgencias; entonces llegaba el tiro, la puñalada, la pancreatitis, la úlcera perforada, el apéndice. Lo que fuera y me tocaba (Uno, 2017).

En ese período logró abrir *cabeza y cuello* en el Hospital; empezó solo, junto a dos residentes de último año, uno de otorrino y otro de cirugía general, eran residentes que normalmente rotaban por cancerología por cabeza y cuello:

Allá rotan residentes de cirugía rotan residentes de otorrino, rotan de maxilofacial, rotan de plástica por cabeza y cuello porque es un área en la cual tiene interés muchas especialidades entonces pues yo ya estaba acostumbrado a eso y había manejado residentes toda la vida (Uno, 2017).

Así fundó la unidad de *cabeza y cuello* en el San Pedro Claver por el año 1998, se retiró en el 2004. Lleva 35 años en el ejercicio oncológico de *cabeza y cuello*. Actualmente no está vinculado con ninguna entidad, simplemente tiene convenio de prestación de servicios con las EPS, con Aseguradoras, con Pre-pagadas. Esas empresas le envían los pacientes, él

los revisa, los programa y pasa sus honorarios a la empresa de acuerdo al convenio que tenga.

Respecto a la relación Médico-Paciente; *Uno* está convencido de que en medicina el 50% de lo que se hace no es medicina, el 50% de lo que se hace depende de una buena relación con los pacientes. Al estar en el campo de la oncología, sabe que opera cosas complejas, tumores que necesitan ser entendidos por la gente; enfermedades que necesitan ser traducidas para el común. En esa comunicación la empatía es una clave vital para el éxito del tratamiento, porque el paciente tiene que entender “por qué tengo que hacerle barbaridades y de golpe pararlo en la cabeza y sacudirlo, tengo que plantear procedimientos invasivos, procedimientos complejos, agresivos por así decirlo” (Uno, 2017).

Por principio nunca les menciona la palabra cáncer, para él la palabra cáncer tiene unas connotaciones enormes; les habla de un tumor maligno y deja como ejercicio de interpretación por parte del paciente la relación con el cáncer. Les dice que tienen un tumor maligno y que “ese tumor puede hacer esto y esto y esto y por eso hay que hacer esto y esto y esto y hay que ir adelante del tumor” (Uno, 2017). Por supuesto, comunicando el diagnóstico, ha tenido que crear estrategias para expresarle a la gente qué es y cuál es su problema; sabe que no todo el mundo le entiende, y que a pesar de que trata de hablarles en un lenguaje sencillo “muchas veces el nivel cultural del paciente es tan pobre, tan bajo que

aun en términos más coloquiales no entiendo que es su problema” (Uno, 2017). En sus 35 años de oficio ha visto casos dramáticos, niñas, jovencitas, niños con problemas muy serios, los ha llorado; ha tenido que responder las preguntas de los papás sobre sus hijos, explicarles que es un asunto orgánico, biológico, que la enfermedad no es “un castigo de dios”.

A pesar de sus 35 años de experiencia, sabe que la medicina no es una ciencia exacta; muchas veces un examen de rutina, una biopsia, una ecografía, o un tacto, cambian el diagnóstico y la patología del paciente; sabe que hay tumores asintomáticos. Esto afecta las intervenciones, porque los cortes, las incisiones, la extirpación y los métodos difieren por caso.

Me ocurrió hace poquito unos 3 a 4 meses; una muchacha muy bonita, alta, con cuello muy largo, es un cuello que es visible y, me llegó con una biopsia altamente sugestiva de cáncer papilar de tiroides y yo leí la descripción del patólogo y, uno lo lee y es como si estuviera leyendo un texto de patología ¿sí? Esto que yo leí ahí es lo que uno ve en un texto clásico de cáncer de tiroides en cuanto a la biopsia por punción; entonces le planteó a la muchacha –además presentadora de televisión hágame el favor– le planteo a la muchacha que definitivamente su lesión es un tumor maligno: –Sí doctor eso mismo me dijeron por eso vengo donde usted en fin de que concretamos el asunto– y la opero. Le hago una cirugía para cáncer de tiroides y al final el patólogo me responde

que tiene una gran tiroiditis y que tiene una gran cantidad de ganglios que son benignos pero que son reactivos a su tiroiditis y nunca se me pasó por la mente por lo que yo leí en la biopsia que fuera una tiroiditis. Ahora no tuvo complicaciones, pero el solo hecho de someterla a una cirugía que tal vez no necesitaba fue incómodo pa’ uno y pa’ ella. Además, que yo no opero barrigas, la barriga se va a tapar con una blusa larga y listo; yo opero cuello y es una presentadora de televisión, afortunadamente me cicatrizó perfecto tiene muy buena piel y cuenta ella con una maquilladora excelente y cada vez que yo la veo en televisión, veo mi firma (Uno, 2017).

El seguimiento en su área es fundamental, el 70% de lo que hace es tiroides; un cirujano de cabeza y cuello trabaja con los tumores de tiroides, que son enfermedades supremamente crónicas. En la escuela que se formó, en el Instituto de Cancerología, era importante la parte terapéutica como el seguimiento; *Uno* les hace seguimiento a todos sus pacientes, tiene una base de datos de más de 10,000 que empieza en el año 1978. Opera y los primeros dos años si es un tumor benigno los ve cada 3 o 4 meses; con el correr del tiempo les distancia los controles. Todo el tiempo el paciente además consulta a un endocrinólogo; un médico nuclear y un oncólogo clínico. Tanto el médico como los pacientes están acompañados de un equipo multidisciplinario; las EPSS, tienen conformados los equipos previamente, y *Uno* sabe

con qué endocrinólogo, con qué médico nuclear, con qué oncólogo trabaja.

Entonces uno está rotando al paciente, pero uno está dentro del equipo y uno aporta al equipo lo que compete a su especialidad con el seguimiento; y a veces el seguimiento de uno como cirujano es un poquito más agudo que el de un endocrinólogo, porque el endocrinólogo nunca ha tenido una tiroides en sus manos, así de sencillo. ¡El endocrinólogo no ha tenido un tiroides en su mano nunca! Él ve la tiroides a través de la ecografía, a través de la gammagrafía, a través de los exámenes, pero que él sepa cómo se toca una tiroides olvídense, y entonces uno toca, y de golpe uno palpa al paciente, y ahí algo que no le gusta; entonces, pues vamos a hacer exámenes. Hagamos una ecografía, hagamos esto, hagamos lo otro, —y doctor, pero si el endocrinólogo me vio hace 3 meses o 2 meses o 1 mes y no me dijo nada— Entonces, pues yo me quedo callado, y pienso: ¿el endocrinólogo le tocaría el cuello? Yo sé que los endocrinólogos casi nunca le tocan el cuello a la gente porque el tipo no ha tenido una tiroides en sus manos así de sencillo, yo sí la he tenido, entonces uno tiene una cosa táctil ¿sí? Uno llega, hasta donde llega esa habilidad de la mano con el cerebro claro (Uno, 2017).

DISCUSIÓN

La práctica médica en oncología es quizás una de las formas modernas y complejas de constitución del cuerpo enfer-

mo y diagnosticado. El padecimiento de cáncer involucra a los médicos y a los pacientes en un proceso inventivo del cuerpo que pasa por los distintos dispositivos que provee la sociedad, la cultura y la tecnología. El cuerpo es a la vez un disfrute para el cirujano, como también un territorio de dominación y de praxis. En ese sentido no sólo la enfermedad se corporiza y marca los cuerpos, sino que la medicina hace lo propio con sus intrusiones, hasta casi personalizarlo a través de los especialistas. El cuerpo entonces es también un conjunto fragmentado por otros cuerpos que lo intervienen desde sus disciplinas, y es también representación en las ayudas diagnósticas y en el papeleo burocrático. El paciente es cada vez más cuerpo, cifra, patologías, y menos sujeto, menos agente. El oncólogo es parte activa y nuclear de la practicalidad del cáncer, la *habilidad de la mano con el cerebro* resume de alguna manera el proceso que está detrás de la constitución de la enfermedad a través de la experiencia médica.

AGRADECIMIENTOS

A la Fundación Universitaria Área Andina. A todos y cada uno de los Médicos Oncólogos que han participado en esta Investigación. A las auxiliares de investigación, Anyely Cruz y Gioanna Cruz.

REFERENCIAS

- Alonso, J. (2009). “El cuerpo hipervigilado: incertidumbre y corporalidad en la experiencia de la enfermedad en Cuidados Paliativos”. *Cuadernos de Antropología Social*, 29:103-120.
- Bartoli, P. (2006). ¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México. *Revista de Antropología Social*, 14, 71–100. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0505110071A>
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bouton, L. F. (1994). Conversational implicature in a second language: Learned slowly when not deliberately taught. *Journal of Pragmatics*, 22(2), 157-167.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI Editores
- Capone, A., Piparo, F. L., & Carapezza, M. (Eds.). (2013). Perspectives on linguistic pragmatics. *Springer Science & Business Media*. (Vol. 2).
- Capurro, D., & Rada, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista médica de Chile*, 135(4), 534-538.
- Castillo Sepúlveda, J., & Tirado Serrano, F. J. (2013). *Oncología y ontología: Un análisis semiótico – material del cáncer*. (Tesis de doctorado). De la base de datos Tesis Doctorales en Xarxa. (ISBN 9788449033773).
- Clifford, J. (1990). Notes on (field) notes. Fieldnotes. En Sanjek, R. *The makings of anthropology*, (47-70). Nueva York: Cornell University Press.
- Cruz, E. V., & Higginbottom, G. (2013). The use of focused ethnography in nursing research. *Nurse Researcher*, 20(4), 36-43.
- Csordas, T. J. (2008). Intersubjectivity and Intercorporeality. *Subjectivity*, 22(1), 110–121. <http://doi.org/10.1057/sub.2008.5>
- Csordas, T. J. (ed) (1994). *Embodiment and Experience: the existential ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Danet, A., Escudero, M. J., Prieto, M. Á. y March Cerdá, J. C. (2012). Comunicación paciente-médico y toma de decisiones en salud en Andalucía. Expectativas de pacientes crónicos del SSPA. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 2, nº 2, pp. 63-77.
- Devillard, M. J. (1990). La construcción de la salud y de la enfermedad. *Reis*, (51), 79–89. <http://doi.org/10.2307/40183481>
- Díaz Facio Lince, V., Flórez Ruiz, C., Córdoba Sánchez, V., Rodríguez Zabalá, D., Ruiz Osorio, M. A., Urrea Cosme, Y. & Camilo Arbeláez, C. (2013). El proceso de morir: destino y significación del diagnóstico de muerte inminente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (39) 195-211.
- Epele, M. (1993). La relación médico-paciente en el cáncer terminal: una aproximación a la muerte en la socie-

- dad compleja. *Revista Chilena de Antropología*, (12). doi:10.5354/0719-1472.2011.17593
- Fitzpatrick, R. (1990). *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- García Reza, C., Medina Castro, M. E., Solano Solano, G., Gómez Torres, D. & Gómez Martínez, V. (2010). El impacto del diagnóstico: experiencia descrita por mujeres con hipertensión arterial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(1) 33-38.
- Gerrish, K., Naisby, A., & Ismail, M. (2013). Experiences of the diagnosis and management of tuberculosis: a focused ethnography of Somali patients and healthcare professionals in the UK. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2285-2294.
- Higginbottom, G. M., Pillay, J. J., & Boadu, N. Y. (2013). Guidance on Performing Focused Ethnographies with an Emphasis on Healthcare Research. *The Qualitative Report*, 18(9), 1-6. Recuperado de: <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol18/iss9/1>
- Jaman-Mewes, P., & Rivera, M. S. (2014). Vivir con cáncer: una experiencia de cambios profundos provocados por la quimioterapia. *Aquichan*, 14(1).
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.* 88(2), 251-258. doi: 10.7326/0003-4819-88-2-251
- Knoblauch, H. (2005). Focused Ethnography. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(3). doi:<http://dx.doi.org/10.17169/fqs-6.3.20>
- Labrador, F. J., & Bara, E. (2004). La información del diagnóstico a pacientes de cáncer. *Psicooncología*, 1(1), 51-66.
- Lancheros Castiblanco, A. (2013) Experiencias que intervienen en la decisión de morir en casa o morir en hospital, de los pacientes con diagnóstico de cáncer y sus familias. Un estudio cualitativo en dos instituciones de salud de Bogotá y la sabana. Trabajo de grado Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de la Sabana.
- Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Latour, B. (2013). *Investigación sobre los modos de existencia: una antropología de los modernos*. Buenos Aires: Paidós.
- Le Breton, D. (1999). Aspectos antropológicos del dolor. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Menéndez, Eduardo L. (1997). Antropología médica: espacios propios, campos de nadie. *Nueva Antropología*, xv (51) Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159/15905107>
- Merleau-Ponty, M. (1964). *The Visible and the Invisible*. Lingis, A. (trans.). Evanston: Northwestern University Press.

- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.
- Niemeyer-Guimarães, M., & Schramm, F. R. (2017). The Exercise of Autonomy by Older Cancer Patients in Palliative Care: The Biotechnoscientific and Biopolitical Paradigms and the Bioethics of Protection. *Palliative Care*, 9, 1178224216684831. <http://doi.org/10.1177/1178224216684831>
- Peiró, G., Corbellas, C., Camps, C., Sánchez, P. T., Godes, M., D'ambra, M., & Blasco, A. (2006). Estudio descriptivo sobre el proceso de comunicar el diagnóstico y el pronóstico en oncología. *Psicooncología*, 3(1), 9-17.
- Rosas, M. D. P. S., & Victoria, M. F. M. L. (2013). La corporalidad de la persona con cáncer. *Revista CONAMED*, 18(4sup), 17-22.
- Soto, R. J. L. (2011). Tecnologías del alma: Artefactos culturales de saber y poder. *Revista Trilogía*, (4), 97-111.
- Stanley, D.E., & Campos, D.G. (2013). The Logic of Medical Diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine* 56 (2), 300-315. doi:10.1353/pbm.2013.0019.
- Turner, B. (1989). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. México: FCE.
- Turner, B. (1994). Los avances recientes en la teoría del cuerpo. *Reis* (68), 11-40.