



**EL COLEGIO
DE SONORA**

“Porque el cáncer ‘no perdona’ ni sexo ni edad”: El discurso sobre cáncer cervicouterino y de mama en el periódico El Imparcial, 2000-2005.

Tesis que para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Sociales
Presenta:

Carolina Gil Durán

Directora de tesis
María del Carmen Castro Vásquez

Hermosillo, Sonora Febrero 2008

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
EL CAPITULADO.....	2
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	6
EL DISCURSO	6
EL DISCURSO DICHO PERO NO DICHO	9
ANÁLISIS DEL DISCURSO.....	11
<i>La arbitrariedad del signo y el discurso</i>	14
<i>Análisis del discurso y las estructuras</i>	16
ANÁLISIS DE CONTENIDO.....	20
DISCURSO Y PODER	23
<i>El discurso médico y el poder</i>	26
EL USO DE METÁFORAS EN EL TRATAMIENTO DISCURSIVO DEL CÁNCER: ALGUNAS DEFINICIONES	30
<i>El cáncer: un descuido que merece castigo</i>	33
<i>El cáncer y el género</i>	36
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	39
EL IMPARCIAL: EL DIARIO INDEPENDIENTE DE SONORA	39
CARACTERÍSTICAS DEL MEDIO	40
RECOPIACIÓN HEMEROGRÁFICA	42
ANÁLISIS DE CONTENIDO Y ANÁLISIS DEL DISCURSO: ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS	45
<i>Análisis de contenido</i>	45
<i>Análisis del discurso</i>	50
<i>Estrategias de análisis</i>	53
CAPÍTULO III: EL TERRENO EN CONCRETO: PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO.....	57
¿QUÉ ES EL CÁNCER?.....	57
PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER EN MÉXICO Y SONORA	58
CÁNCER CERVICOUTERINO	61
<i>El cáncer cervicouterino y su fase biológica</i>	61
<i>Factores sociales que intervienen en el cáncer cervicouterino</i>	64
EL CÁNCER DE MAMA	67
<i>Factores de riesgo para el cáncer de mama</i>	69
<i>Factores socioculturales asociados al cáncer de mama</i>	72
CAPÍTULO IV: EL ANÁLISIS DE CONTENIDO	75
EL IMPARCIAL Y SUS CARACTERÍSTICAS.....	75
<i>Lectores y secciones</i>	75
<i>La información y su importancia: criterios utilizados para la ubicación de los textos periodísticos</i>	78
<i>Noticia, información y géneros periodísticos</i>	80
DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE PERIÓDICO EL IMPARCIAL: FRECUENCIAS DE PUBLICACIÓN Y MANEJO DE	
LA INFORMACIÓN SOBRE CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA	85
<i>Mensaje e importancia: la ubicación de la información</i>	92
LA INTERPRETACIÓN	98
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DEL DISCURSO SOBRE CÁNCER CERVICOUTERINO Y CÁNCER DE MAMA	102
CÁNCER CERVICOUTERINO	102
<i>Cáncer cervicouterino como metáfora</i>	103
<i>Cáncer cervicouterino como ente biológico y biomédico</i>	107
<i>Cáncer cervicouterino como responsabilidad de la paciente</i>	111
<i>Cáncer cervicouterino como enfermedad social</i>	117
CÁNCER DE MAMA.....	120
<i>Cáncer de mama como metáfora</i>	120

<i>Cáncer de mama como ente biológico y biomédico</i>	124
<i>Cáncer de mama como responsabilidad de la paciente</i>	127
<i>Cáncer de mama como enfermedad social</i>	131
DIFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO DISCURSIVO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO Y EL CÁNCER DE MAMA...	133
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	136
ANÁLISIS DE CONTENIDO: MANEJO DE LA INFORMACIÓN SOBRE CÁNCER CERVICOUTERINO Y CÁNCER DE MAMA.....	138
EL ANÁLISIS DE DISCURSO SOBRE CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA	142
REFLEXIÓN SOBRE LA METODOLOGÍA.....	150
BIBLIOGRAFÍA	152

Introducción

El presente trabajo de tesis está orientado a identificar el discurso que el periódico El Imparcial privilegió sobre el cáncer cervicouterino y de mama en el periodo 2000-2005. El interés de realizar una investigación de este tipo nace a partir de la identificación de un vacío en el cúmulo de textos que se publican sobre análisis de medios de comunicación en el área de la salud: la falta de identificación de la noticia como un discurso.

Esto es, la investigación académica sobre el análisis del discurso de los medios de comunicación es un área que durante mucho tiempo se dejó de lado, esto se debió, a que años atrás la noticia no era considerada como un elemento de reproducción social y de legitimación de instituciones de poder, función que ha cumplido constantemente a través de la historia (Van Dijk 1990). Actualmente, varios estudiosos de diferentes ramas de las ciencias sociales reconocen la importancia de la prensa como una forma de reproducción, difusión y legitimación de las instituciones sociales y toman a los medios como un elemento valioso de análisis, además de cómo un objeto de estudio por sí mismos, a fin de recuperar la forma en que las sociedades construyen su entorno. Pero hasta el momento son pocos los que han sobrepasado los límites de los análisis estructurales de contenido para llegar al análisis del discurso de los textos informativos. (Van Dijk 1985; 1989; 1990; 1992; 1993 1995; Del Valle 2003; Menéndez 1982; Revuelta, et al. 2004; Sarracino 2003).

En su mayoría, cuando se piensa, en ciencias sociales, en análisis de medios, la atención se dirige principalmente al estudio del contenido de los mismos, de las frecuencias de publicación, el espacio dedicado a un tema en específico y/o la permanencia de otro más en la agenda pública, pero, sólo en contadas ocasiones, los textos son analizados bajo premisas teóricas, conceptuales y de contexto socio-histórico; en esta dirección es que este trabajo pretende contribuir en la generación de conocimiento.

El objetivo de esta investigación es analizar las notas informativas publicadas en el periódico El Imparcial a fin de identificar cuáles fueron los elementos discursivos utilizados al referirse al cáncer cervicouterino y de mama, así como determinar la importancia que el medio le da al tema y explicar el manejo de la información sobre el cáncer cervicouterino y de mama.

Además, es el de evidenciar cómo los medios de comunicación no se limitan solamente a transmitir noticias, sino que están consolidados como uno de los legitimadores de las estructuras de poder biomédico a partir de la difusión y perpetuación de su discurso.

El principal supuesto de esta investigación es que a partir de su discurso El periódico El Imparcial reproduce el discurso social del cáncer cervicouterino y de mama a la vez que legitima el poder del modelo biomédico de atención a la salud.

La pregunta general de investigación que se planteó es ¿Cuál es el discurso sobre cáncer cervicouterino y de mama emitido por el periódico El Imparcial en el periodo 2000-2005?, de las cuales partieron las siguientes: ¿Cuáles son las metáforas que se utilizan al hablar de estos tipos de cánceres?, ¿Cómo se ve reflejado el contexto sociocultural en el manejo de la información? ¿A quienes se les da voz en la prensa escrita cuando se habla de cáncer cervicouterino y de mama? ¿Cuáles son las principales formas en las que se abordan estos temas? ¿Qué importancia le da el medio de comunicación a estas temáticas en comparación con los otros tipos de cáncer? ¿Existe un trato diferenciado de la información dependiendo del público al que va dirigida la sección? ¿A quienes va dirigida la información del cáncer cervicouterino y de mama? ¿Cómo son reproducidos, difundidos y perpetuados los roles de género de la mujer a partir de la información publicada sobre estos tipos de cáncer?

El capitulado

El presente trabajo se encuentra integrado por seis capítulos de los cuales uno está dedicado a la revisión conceptual, otro a exponer la metodología del trabajo, un tercero donde se explica el panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino y de mama; en el cuarto y quinto se presentan los resultados de la investigación y el último contiene las conclusiones.

En el primer capítulo, se exponen los diferentes conceptos de los que se parte para hacer el análisis de esta investigación, siendo el concepto de discurso el principal de ellos. A partir de Michel de Foucault se establece al discurso como una herramienta indispensable para la legitimación de las instituciones de poder dentro de una sociedad, en este caso, la del modelo biomédico (2003; 1999; 1997; 1992).

El discurso de los medios de comunicación representa una herramienta de ejercicio, reproducción, difusión y perpetuación del poder de las instituciones dedicadas a cuidar la

salud de la población, lo cual, se presume, se ve reflejado en los textos publicados por el periódico El Imparcial.

Para rescatar las características de las notas informativas publicadas por el periódico se presenta el marco teórico-conceptual de las dos técnicas metodológicas utilizadas para el análisis de la información recopilada en la revisión hermerográfica: análisis de contenido y de discurso.

La principal diferencia entre ambos, es que mientras el análisis de contenido ayuda a establecer el manejo que el medio de comunicación brinda de forma estructural a la información que se publica, el análisis del discurso hace una interpretación de la palabra impresa apoyándose en el estudio de los signos lingüísticos. A pesar de que uno es una técnica prioritariamente cuantitativa, los resultados que arroja pueden ser interpretados de forma cualitativa, para conocer cómo funcionan las relaciones jerárquicas de la información dentro de las páginas de un periódico.

Estos resultados son vitales cuando se habla del discurso de los medios de comunicación, ya que cuando se estudian las páginas de un periódico, el mensaje no se limita al sentido literal de las palabras, sino que su análisis se complementa con la forma como es presentada la información y la información del contexto sociohistórico y cultural.

Todo periódico presenta la información a partir de una estructura de pirámide invertida (Van Dijk 1990; Rivadeneira 1990; Leñero y Marín 1986; Pérgolis 2005) la cual establece que toda información debe ser organizada de mayor a menor importancia, de tal forma que lo que el medio de comunicación considere más importante quede a la vista del lector.

Así, como menciona Van Dijk en su libro “La noticia como discurso” (1990) es imposible separar el discurso de los textos de un medio de comunicación de la estructura misma de éste, ya que de hacerlo, la interpretación del mismo quedaría incompleta y parcial.

En el segundo capítulo se expone el marco metodológico a partir del cual se trabajó el cual se encuentra dividido en tres partes. La primera de ellas es el proceso de recopilación hemerográfica y sistematización de los datos. La segunda se describe cómo se hizo el análisis de contenido y la tercera, la del análisis del discurso.

El tercer capítulo, es el denominado Panorama Epidemiológico. El objetivo principal de éste es presentar cómo se encuentran los números en cuestión de morbilidad y mortalidad tanto de cáncer en general como del cervicouterino y de mama, así como los factores sociales que se involucran en el proceso de salud-enfermedad.

El cuarto capítulo está dedicado al análisis de contenido y su objetivo principal es lograr una descripción del manejo que el periódico El Imparcial dio a la temática del cáncer cervicouterino y de mama, así como la importancia que tienen estos tópicos en relación con los otros tipos de cánceres.

La importancia de realizar un análisis de contenido que complementa al del discurso, se basa en que la palabra escrita no es el único discurso publicado por un diario o periódico. A través de la ubicación de los textos informativos, la frecuencia de la publicación de algún tema, la selección de fuentes y el uso de otros recursos estilísticos propios del medio, nos muestran otro tipo de discurso, uno editorial y social, donde la imparcialidad y la objetividad se relativizan.

Con esto se quiere afirmar que detrás de cada nota en lo particular y del conjunto de las mismas hay un mensaje que no se aprecia a simple vista, pero que también interviene en el proceso de comunicación y, por lo tanto, ayuda a la difusión y legitimación del discurso del modelo biomédico.

En este capítulo se expondrá, entonces, dicho discurso. Mediante el análisis de contenido propuesto por Krippendorff (1990) se analizó la información recopilada de la revisión hemerográfica. Para ello las notas se clasificaron de acuerdo a: 1. género informativo o editorial; 2. temática; 3. ubicación espacial en el medio; 4. utilización de apoyos gráficos y color y 5. frecuencia de la publicación.

En el quinto capítulo, dedicado al análisis del discurso del cáncer cervicouterino y de mama en el periódico El Imparcial, está orientado a sacar a la luz el mensaje que queda escrito entre líneas, donde el cáncer además de ser un resultado biológico o genético, o de la acción de agentes externos que provocan la enfermedad del cuerpo, también se identifica como una enfermedad social, en la medida que afecta a quienes la posee, obstaculiza su vida, los hace luchar por ella o los castiga por sus acciones indebidas.

Al finalizar el desglose de características individuales de ambos tipos de cáncer, se establecerá un comparativo entre la forma en la cual fue manejado el cáncer cervicouterino y el de mama, a fin de ver las diferencias que existen entre ambos.

Por último, en el sexto capítulo se exponen las conclusiones, las cuales comprenden una reflexión sobre los resultados obtenidos y la pertinencia metodológica de las técnicas utilizadas para responder las preguntas de investigación.

Capítulo I: Marco teórico

En el presente capítulo se expondrán los principales conceptos utilizados en la investigación, entre los cuales destacan discurso y poder, así como la relación que se establece entre ellos y el modelo médico.

De la misma forma, se establece la definición de metáfora y cómo esta es integrada al discurso diario de los medios de comunicación, bajo qué circunstancias y mediante qué características.

El discurso

La Real Academia de la Lengua Española establece que la palabra discurso tiene sus orígenes etimológicos en el latín *discursus* y lo define como “la facultad racional con que se infieren unas cosas de otras, sacándolas por consecuencia de sus principios o conociéndolas por indicios y señales” (www.rae.es). Esta definición, aunque corta y limitada, identifica dos de los principales puntos a analizarse en esta tesis. En primer lugar, reconoce al discurso como algo que no necesariamente es dicho o expresado con palabras, sino también da la posibilidad de dejar el mensaje entre líneas o imágenes. En segundo, lo establece como una actividad racional, mediante la cual el emisor no necesariamente dice lo que quiere decir, ni el receptor traduce lo que se cree se está traduciendo, ya que de manera conciente recibe un mensaje y de forma inconciente asimila otro. Así, a las características que le permiten al hablante de una lengua determinada el comprender y producir oraciones gramaticalmente correctas, se le llama competencia lingüística. Esta competencia, señala Saussure (1998), es individual, y se entiende a partir de la adecuación del enunciado dentro del contexto en el cual se produce.

Ahora bien, al hablar del discurso no se reconoce un solo tipo sino que, por el contrario, es necesario especificar que existen varios, dependiendo de sus intención, función y origen. El primero de estos, es el *lingüístico*, el cual se establece como “la realización de la lengua en las expresiones durante la comunicación” (Beristáin 2000, 154). En este caso, el discurso se convierte en el lenguaje en acción, en “el proceso significativo que se manifiesta mediante las unidades, relaciones y operaciones en que interviene la

materia lingüística que conforma el eje sintagmático de la lengua, es decir, el conjunto de enunciados que dependen de la misma formación discursiva” (Beristáin 2000, 154).

Esta formación se hace presente mediante la llamada práctica discursiva, mejor conocida como el habla o la vertiente ejecutiva del lenguaje (Baert, 2001), la cual se encuentra condicionada por una serie de reglas anónimas que definen una época y están determinadas por un área social, geográfica e histórica la cual "no forma una unidad retórica o formal, indefinidamente repetible y cuya aparición o utilización en la historia podría señalarse... entendido así (el discurso) no es una formación lineal ni temporal... (es) fragmento de historia, unidad y discontinuidad" (Focault 2001, 198)

Este aspecto de temporalidad y ubicación geográfica hace posible la interpretación del discurso por parte de los involucrados en el proceso de comunicación. Ferdinand de Saussure introdujo esta visión totalizadora de la lengua, pues insistió en que hay que considerarla como una estructura en la que “el significado de los conceptos individuales depende de las relaciones que tengan dentro de un conjunto amplio” (Saussure citado por: Baert 2001, 27). Es decir, el discurso no se entiende por si solo o por si mismo, sino a partir del conocimiento de cómo se construye el tema del cual se está hablando. Por lo tanto, se puede decir que el discurso sobre un mismo tema, en este caso, el cáncer cervicouterino y de mama, no es ni será igual en cada punto de la historia, ni será interpretado igual a través del tiempo, sino que influye y estará influenciado por las condiciones sociales, económicas, científicas e históricas de las cuales se encuentre rodeado¹.

Un ejemplo de ello, es el brindado por Susan Sontag, en el libro *La enfermedad y sus metáforas* (1996), donde se hace un recorrido a través del tiempo sobre la concepción metafórica de la tuberculosis y el cáncer, y cómo la primera ocupó en su tiempo el lugar de la otra. Esto es, antes de que se conociera la etiología de la tuberculosis, el adquirir esta enfermedad era una sentencia inminente de muerte, como lo es ahora el cáncer en el imaginario social. Sontag inclusive marca cómo en la literatura del siglo XIX se hablaba de

¹ Saussure (citado por: Baert 2001) propone que el lenguaje debe ser analizado en dos niveles: sincrónico y diacrónico. El primero estudia la forma como se utiliza el lenguaje en un punto determinado de la historia. El segundo, analiza cómo se modifica y evoluciona a través del tiempo. Se establece, entonces, que las palabras y su significado tienen una historia, y se desplazan en el espacio y el tiempo. Esta situación hace posible que la misma palabra no signifique lo mismo en dos épocas o culturas distintas, y provoca la necesidad de interpretarla según el contexto social en el que se emite.

tuberculosis en voz baja, se evitaba la mención a los enfermos de su existencia, algunos inclusive morían sin saber de qué estaban enfermos.

En el siglo XX, reconoce, es el cáncer quien lleva ese papel, de sentencia de muerte, de usurpador de vidas. Así como el discurso sobre la tuberculosis cambió a través de los años, también lo hizo la práctica discursiva sobre el cáncer, debido a que el descubrimiento de la etiología de la primera desmitificó el halo criminal de la enfermedad. De esta forma, el cáncer viene a tomar su lugar, como la enfermedad más temida e implacable, la sentencia de muerte más certera y –dice la autora- vergonzosa (Sontag, 1996).

Esta mitificación del cáncer se explica, según Sontag, como sucedió con la tuberculosis, con lo incomprensible del origen la enfermedad, a que a pesar de los avances científicos alrededor de ella aún no se conocen la etiología real de la enfermedad y por lo tanto, se le atribuyen características de castigos o de mala suerte.

El segundo tipo de discurso es el *narrativo* (Renkema 2004), cuya función más importante es la expresiva. El autor de un discurso de este tipo tiene como intención el expresar aquello que ocurre en su mente.

El tercero es el discurso *argumentativo* y su función es apelativa y persuasiva. El interés principal es lograr que los oyentes o lectores se convenzan de “algo”. Sus ejemplos más claros son el debate, la publicidad y el panfleto informativo y su propósito principal es el cambio de actitudes (Renkema 2004).

En el proceso de persuasión se presentan cuatro factores principales: la fuente, el mensaje, el canal y el receptor. Para que este proceso de persuasión sea factible, es necesario que la fuente cuente con credibilidad y provoque empatía en el receptor a través de un mensaje bien estructurado, el cual debe ser dirigido por el canal que se considere más adecuado dependiendo del tipo de público.

Por otro lado, Roland Barthes (citado por: Beristáin 2000, 155) propone otros tres tipos de discursos, no muy lejanos a los expuestos anteriormente. El primero de ellos, es el *discurso metonímico* característico del relato; el segundo el *discurso metafórico*, característico de la poesía lírica y de las obras de tenor sentencioso y, finalmente, el *discurso entimemático*, o bien, “el discurso intelectual, silogístico, abreviado porque se sobreentiende una de sus premisas y está constituido sólo por dos proposiciones: antecedentes y consecuentes” (Beristáin 2000, 155).

Hasta este punto, el discurso de los medios de comunicación podría reconocerse como un *discurso metonímico*, ya que prioritariamente se encuentra dirigido al relato de un hecho o acontecimiento de actualidad o interés social, caracterizado por la presentación de datos estadísticos que ayuden a sustentar un texto o una imagen publicada, o bien, podría clasificarse como discurso argumentativo, según el objetivo.

Sin embargo, el discurso de los medios de comunicación no hace referencia únicamente a la palabra escrita o dicha, por lo tanto es difícil ubicar el discurso periodístico dentro de algunas de las categorías antes mencionadas, ya que en él entra también “el aspecto físico y la noción del medio periodístico ²(...) que tiene naturaleza más semántica: se trata de la nueva información tal como la proporcionan los medios y tal como la expresan los informes periodísticos” (Van Dijk 1990, 17).

Además de las similitudes con el discurso metonímico, el discurso periodístico contiene las características del *discurso lingüístico*, tiene un tiempo y un espacio en el cual debe ser analizado, es la expresión del habla, pero también tiene una función argumentativa y, por lo tanto, persuasiva, la cual se refuerza a través de la selección de fuentes “confiables” de información, ya que solamente se consultan aquellas que sean reconocidas socialmente como válidas; así también la estructura de pirámide invertida, la cual garantiza que la información que el reportero o el medio consideran como más importante, quedará siempre al inicio de los textos, garantizando de esta forma el acceso directo a esa información a pesar de no terminar de leer la noticia (Leñero y Marín 1986; Rivadeneira 1990; Pérgolis 2005) y finalmente, la organización estructural misma del medio o bien, en términos de discurso argumentativo, el canal.

El discurso dicho pero no dicho

Cuando se habla de discurso en el caso de los medios de comunicación no necesariamente se hace referencia a la palabra escrita dentro de los textos informativos o editoriales, sino también al discurso que está detrás de éste, entre líneas, entre párrafos, en la estructura del

² El aspecto físico y la noción del medio periodístico que menciona Van Dijk, se refiere, en primer lugar, a la estructuración del texto escrito, es decir, el reconocimiento de la información reconocida como la más importante a partir de su colocación en los primeros párrafos de la noticia y, en segundo lugar, su colocación espacial dentro de las páginas del periódico.

medio de comunicación, aquel enunciado a través de la forma como se organiza la información y que muchas veces pasa desapercibido por el lector promedio.

El discurso periodístico puede no ser dicho y aún ser discurso, ya que en un medio de comunicación, como lo menciona Van Dijk (1992) las omisiones de información o de textos completos en un periódico habla también del discurso que se está emitiendo y las estructuras sociales que se están legitimando, que en el caso del cáncer cervicouterino y de mama, se habla específicamente de un modelo médico hegemónico y de las instituciones sociales y de salud que lo reproducen³. Así mismo, Foucault (1969) en su libro la *Arqueología del saber*, identifica que cualquier discurso dicho, reposa en los hombros de otro, el cual necesariamente no tuvo que decirse, convirtiéndose en un discurso silencioso y se refiere a él, inclusive, como un hueco en la escritura.

El hecho de redactar⁴, entonces, deja de ser una actividad exclusiva de la literatura y le proporciona a las letras un sentido periodístico, donde el texto no es lo único que hace posible la emisión de un mensaje, sino que también entran en juego la selección del material a publicarse, que llega a ser más importante que el mismo artículo editorial, tanto en su elaboración, enjuiciamiento, como en la corrección y disposición.

Así, el discurso manifiesto será finalmente la presencia latente de aquello que no se dice, lo cual será un punto que mine el contenido de todo lo que, en efecto, se está diciendo. Esta situación hace “preciso renunciar a todos esos temas cuya función es garantizar la infinita continuidad del discurso y su secreta presencia en el juego de una ausencia siempre renovada”. (Foucault 1969, 40)

De esta forma, el cáncer cervicouterino y de mama, no son lo que son por sí mismos, no son enfermedades “terroríficas” por naturaleza propia, ni sentencias de muertes por sus etiologías y desarrollos, sino por lo que se dice y no se dice, cómo se dice, quién lo dice y quién lo escucha. El discurso que se genera alrededor de estas dos enfermedades ayuda a la construcción ideática y simbólica de la enfermedad.

Los medios de comunicación, es necesario aclarar, no son los responsables absolutos de la construcción de la enfermedad, sino que son legitimadores, reproductores y

³ El discurso en los medios de comunicación cumplen con una función referencial, la cual está dirigida a informar una serie de eventos o hechos verificables.

⁴ Redactar viene del latín *redactum*, que a su vez deriva de *redigere*, que significa “por en orden”. (www.rae.es).

difusores del mensaje del imaginario de la población, así como las instituciones sociales, gubernamentales y científicas, reafirmando esta construcción a partir de sus publicaciones (Van Dijk 1992; Ávalos et.al. 1982).

El periodista, va diariamente “al campo” a buscar la denominada materia prima del periodismo (Leñero y Marín 1986). La selección de la información que considerará noticiosa estará condicionada por la política editorial del medio para el que trabaje, que se encuentra por encima de él mismo (Van Dijk 1990). Estos intereses del medio no existen por sí mismos, no son resultado de la imaginación de un director editorial o propietario, sino que atienden a intereses más complicados, que pueden ir desde los mercantiles hasta lo personales.

Estos intereses, por lo tanto, se verán proyectados en la producción del medio, desde el momento de la toma de las declaraciones (a quiénes se les da voz y qué de esa voz es tomado en cuenta para la redacción del texto); la selección de la idea más importante (misma que será destacada en la nota, reportaje, artículo informativo, columna u otro género periodístico a utilizar); valoración en el proceso de edición (¿será o no publicada?) o su ubicación jerárquica dentro de la publicación.

Finalmente, entonces, el discurso periodístico deja de ser sólo el texto publicado y se convierte en una forma de interacción (Van Dijk 1990) y esta interacción no necesariamente será especificada, remarcada y puesta en negritas por el medio de comunicación, sino que se deja ver a través de aquellas cosas que no se dicen, o se dicen a medias, no solamente por la palabra publicada, sino también por las estructuras del mismo medio.

Para deshilvanar este discurso no dicho y realizar un análisis extenso del discurso, por lo tanto, es necesario integrar el texto y el contexto, en qué momento se dice, quién lo dice, por qué lo dice y también su contraparte, en qué momento no se dijo, quién no lo dijo y por qué no se dijo.

Análisis del discurso

El reconocimiento de la noticia como objeto de investigación sociológica no data de mucho tiempo atrás, sobre todo cuando se habla del análisis del discurso de los textos

informativos, lo cual se debe, a que pocas veces son considerados, como es en realidad, reproductores de la vida cotidiana (Van Dijk 1990).

A través de las letras, el reportero deja ver más que solamente la recopilación de los “hechos que ocurrieron” en un día determinado pues, a partir de la consulta de las fuentes y el lenguaje utilizado puede observarse cómo está construido el objeto de estudio de un interés particular, las instituciones de poder que están legitimadas y los roles de las personas involucradas en las noticias.

La construcción social de la realidad, la cual se entiende como la forma en la cual los seres humanos van edificando su entorno y como este mismo los forma a ellos a su vez (Berger y Luckman 2001), es analizable a través de la comprensión del contexto en el cual está ubicada la noticia.

Este contexto puede ser analizado a través del lenguaje, ya que es a partir de éste que el hombre –como producto de su sociedad- se encarga de reproducir e imprimir en su vida diaria todos aquellos procesos de socialización⁵ y legitimación⁶ de los cuales ha sido parte a lo largo de su existencia y que ahora conforman las reglas que rigen el comportamiento dentro de su medio.

Esta reproducción, a través del lenguaje, cumple una función primordial en todo el proceso de la construcción social de la realidad, ya que a partir de él se objetivan las experiencias compartidas y se hacen accesibles a todos los integrantes de la comunidad lingüística⁷. Es decir, es a través del lenguaje que las personas comienzan el proceso de

⁵ Berger y Luckman definen a la socialización como “la inducción amplia y coherente de un individuo en el mundo objetivo de la sociedad o en un sector de él” (2001, 166) y establecen para esto dos niveles. La socialización primaria es reconocida como la más importante para el individuo, se efectúa en circunstancias de enorme carga emocional, donde el individuo copia o refleja las actitudes de los otros “el individuo llega a ser lo que los otros consideran” (2001, 167). Esta socialización, dicen los autores, finaliza cuando el concepto del otro generalizado se ha establecido en la conciencia del individuo. Con socialización secundaria, hacen referencia a la internalización de los “submundos” institucionales o basados sobre instituciones. Para este tipo de socialización es necesaria la adquisición de los vocablos específicos de cada rol, es decir, “la internalización de campos semánticos que estructuran interpretaciones y comportamientos de rutina dentro de un área institucional (...) Los ‘submundos’ internalizados en la socialización secundaria son generalmente realidades parciales que contrastan con el ‘mundo base’ adquirido en la socialización primaria”. Es decir, en la socialización secundaria estos procesos no hacen necesario un alto grado de identificación emocional y permite el aprendizaje de secuencias racionales y controladas

⁶ “La función de la legitimación consiste en lograr que las objetivaciones de “primer orden” ya institucionalizadas lleguen a ser objetivamente disponibles y subjetivamente plausibles”(…) “el mundo institucional requiere legitimación, o sea, modos con que poder ‘explicar y justificarse’”. (Berger y Luckman 2001, 120-121).

⁷ Se le llama comunidad lingüística al conjunto de personas que, además de compartir el lenguaje, también comparten el mismo marco de referencia (Alonso-Cortés 1989).

interiorización de la sociedad, de todos aquellos aspectos ajenos a ellos que después vienen a formar parte de su entorno. A través del lenguaje las sociedades transmiten sus tradiciones y costumbres y las perpetúan en el tiempo, no es sino hasta que, mediante una revolución de las ideas, cambia el discurso y estos elementos llegan a sufrir algún tipo de modificación.

Así pues, esta característica del lenguaje, lo convierte en el instrumento base del acopio colectivo del conocimiento y permite también objetivizar nuevas experiencias y se convierte en el medio más importante de transmisión de sedimentaciones “*objetivadas y objetivizadas* en la tradición de la colectividad de que se trate” (Berger y Luckman 2001, 91-92).

Esta experiencia lingüística permite una abstracción que facilita llevar la experiencia biográfica individual a una posibilidad objetiva, al menos para aquellos que tienen el mismo marco de referencia. Lo anterior favorece a que a través de la instrucción se incorporen estas experiencias a las tradiciones, logrando que el lenguaje se convierta en el contenedor de un vasto número de estas sedimentaciones colectivas -las cuales son de orden histórico- mismas, que finalmente no serán cuestionadas sobre su origen.

Siendo este el caso, cuando la prensa hable de cáncer cervicouterino y de mama, no se cuestionará la reproducción de un discurso en el cual el cáncer sea responsabilidad del individuo, ni la presentación del mismo como un castigo divino, o como una lucha, porque se ha llegado a consolidar en la conciencia general, se sedimentó, así como se sedimentó el hecho de que solamente las instituciones médicas con un perfil alópata o biologicista son las adecuadas y capacitadas para dar tratamiento a este tipo de enfermedades.

Es por ello que, como mencionan Van Dijk (1990) y Delgado y Gutiérrez (1999), no es posible hacer un análisis del discurso sin conocer o tomar en cuenta el contexto en el cual está ubicada la noticia, ya que, justamente, el principal objetivo es el producir descripciones explícitas y sistemáticas de las unidades del lenguaje, partiendo de que el lector común será capaz de interpretar el texto del periódico siempre y cuando tenga los conocimientos previos necesarios para hacerlo.

Es decir, si cuando se habla de cáncer cervicouterino y de mama se hace mención del “enemigo silencioso” o al “mal del siglo”, será difícil para un lector sin un campo semántico similar, interpretar este concepto, mientras que para otro que ya esté

familiarizado con el tema no será necesario seguir leyendo para estar seguro de que se está hablando del cáncer. De la misma forma sucede con otros tipos de mensajes dentro del texto, los cuales muchas veces aparecen de forma menos transparente. Es decir, cuando se dice que el cáncer “robó o cobró la vida” de equis número de personas durante cierto periodo de tiempo.

A simple vista podría no hacerse perceptible cuál es el discurso que existe del cáncer, pero si se ve más al fondo, se aprecia una metaforización (este concepto se abordará más adelante) del cáncer, el cual establece que esta enfermedad, por esta sociedad en particular, es construida como un ente maligno con vida propia y no como una enfermedad común, con un proceso de crecimiento, una sintomatología, un tratamiento y finalmente, un desenlace, ya sea la curación o la muerte.

Entonces, el conocimiento del contexto en el momento de la realización e interpretación de un análisis del discurso es un punto crucial, ya que mientras la dimensión textual da cuenta del discurso en un sentido estructural, las dimensiones contextuales relacionan estas descripciones estructurales con diferentes propiedades del contexto, explican los procesos cognitivos y las representaciones o factores socioculturales involucrados en la emisión de dicho discurso (Van Dijk 1990). Es decir, para realizar un análisis del discurso es necesario hacer un contraste entre las estructuras semánticas y el contexto en el cual está ubicado.

La arbitrariedad del signo y el discurso

Según la perspectiva lingüística de Ferdinand de Saussure, citado por Baert (2001), el signo lingüístico está constituido por tres elementos principales, el *signo*, el *significado* y el *significante*. El signo es el objeto del cual se habla, en este caso sería el cáncer. El significado, es la representación mental que la persona tenga de ese signo ¿qué es lo que piensa cuando se menciona la enfermedad? Esta representación es referencial y no es única, lo que quiere decir que cambiará dependiendo del marco contextual que tenga la persona para el concepto que se esté aplicando. Y, finalmente, el significante es la palabra hablada, es decir, la traducción fonética de signo (c/a/n/c/e/r).

Para el análisis del discurso, es necesario hacer un primer acercamiento estructural de los textos, en donde en un primer nivel se toma como punto de partida la organización

de las palabras, la estructura jerárquica de los temas que se toman por párrafos y por consiguiente, el significado de las palabras dentro de la oración que se está utilizando.

Es en este punto, justamente, donde aparece el contexto: la palabra tendrá su significado a partir del contexto sociocultural e histórico en el cual está siendo utilizado. Es decir, es probable que la misma palabra no signifique lo mismo en 1960 que veinte años después.

Para estos casos, dice Saussure, el signo lingüístico puede ser analizado en dos dimensiones temporales, la sincrónica y la diacrónica. En la primera, el signo lingüístico es analizado según su significado en un punto específico de la historia, es decir, qué significado tuvo una palabra en un año o un periodo del tiempo en específico. En la segunda, se estudia la evolución del signo lingüístico a través del tiempo y de las épocas.

Por ejemplo, en su trabajo “La enfermedad y sus metáforas” Susan Sontag (1996) analiza a través de la literatura cuáles fueron los significados que se le atribuyeron al cáncer y a la tuberculosis dependiendo de la época histórica y cómo fueron cambiando dependiendo de la situación social y de los avances científicos. En una época la tuberculosis era una sentencia de muerte, en otra lo es el cáncer y la primera se convierte en casi una condición celestial.

De esta forma, Saussure (1998), posteriormente retomado por Van Dijk (1990) y Delgado y Gutiérrez (1999), hace énfasis en la necesidad de incluir el contexto en el análisis del discurso, e insiste en la necesidad de estudiar la lengua en una perspectiva sincrónica, debido a que, según la arbitrariedad del signo que el mismo propone, éste no tendrá características esenciales propias y sino que se definirá con respecto a su relación con otros en uso.

Así, las personas necesitarán de ese campo común de conocimientos para poder sostener una conversación en donde los involucrados establezcan una verdadera comunicación, es decir, en la que tanto los conceptos de uno, como los del otro, sean interpretados de forma adecuada a sus necesidades y se pueda establecer una retroalimentación coherente. En el caso del cáncer, por ejemplo, si en un texto periodístico se escribe: el enemigo silencioso, un lector que no esté relacionado con la forma en la que se construye el cáncer en ese particular punto del mundo, no entenderá lo que se está diciendo, a pesar de que tenga amplio conocimientos sobre el cáncer como una enfermedad

biológica. Así pues, es necesario que tanto emisor como receptor tengan una convención social respecto a la forma de mencionar un “algo”.

La semiótica reconoce que el sentido, del que pretende ocuparse, es indefinible. Como mucho cabe decir de él, con Greimas y Courtés (1982) que es aquello que permite las operaciones de paráfrasis o de transcodificación, o aquello que fundamenta la actividad humana en tanto que intencional. Por esta última razón el sentido atiende a menudo como instancia constitutiva de "lo social" mismo. El sentido no es un dato sino una construcción social y, más precisamente, comunicativa o dialógica; no se trata, pues, de un "objeto" sino del proceso mismo en el que la relación intersubjetiva se objetiva y expresa. (Delgado y Gutiérrez 1999, 427)

Es por lo anterior, de forma reiterativa, que cuando se habla de análisis del discurso no solamente se refiere al texto escrito, sino a los entreteneres que existen atrás. El conocimiento del contexto en el cual está situado dicho discurso hace posible no solamente entender lo que se dice, sino referenciarlo en tiempo, lugar y espacio.

Análisis del discurso y las estructuras

El análisis del discurso tiene su origen en la antropología estructural, que se ejemplifica a través de los análisis sobre mitos o relatos folclóricos de Leví-Strauss y Propp. Este es un campo de estudio nuevo, interdisciplinario, el cual surge a partir de algunas otras disciplinas de las humanidades y de las ciencias sociales, entre las cuales se encuentra la lingüística, la antropología, la semiótica, la sociología y la comunicación oral, a los que progresivamente se fue integrando un enfoque analítico del discurso enfocado hacia los medios de comunicación (Van Dijk 1999).

Este enfoque social del análisis del discurso inspiró nuevas aristas de investigación en la microsociología, principalmente en la denominada etnometodología (Garfinkel 1967; Cicourel 1973), cuyos trabajos se centraron en las conversaciones cotidianas, y, así como sucedió con la sociolingüística, la atención pasó de las proposiciones abstractas y formales, al uso que las personas dan al lenguaje en un contexto social verdadero.

De esta forma, la focalización original del discurso como materia exclusiva de estudio de la lingüística y la gramática, ha llegado hasta las ciencias sociales, donde los análisis estructurales precursores fueron complementados a partir de dimensiones cognitivas, sociales y culturales del uso del lenguaje y del discurso, dando entrada al texto y

al contexto como un campo real de la descripción analítica del discurso y de la formación de la teoría (Van Dijk 1999).

Entre los estructuralistas precursores del análisis del discurso, se encuentra Umberto Eco, quien a partir de las proposiciones sobre el signo de Ferdinand de Saussure, propuso un nuevo método para la interpretación de mensajes, al cual se denomina semiótica, donde incluye además de los signos, otros aspectos propios de la cultura.

“El campo específico de la semiótica está compuesto por todos los procesos culturales en los cuales se da un proceso de comunicación; es decir, por todas aquellas manifestaciones en las que están en juego agentes humanos que se ponen en contacto unos con otros sirviéndose de convenciones sociales (...) desde la perspectiva semiótica toda cultura se debe estudiar como un fenómeno de comunicación” (Toussaint 1997, 49).

Ahora bien, a pesar de los orígenes estructuralistas del análisis del discurso, no significa que sea éste el único paradigma a través del cual pueda ser estudiado. Como lo menciona Van Dijk (1999), aun cuando la metodología utilizada para este tipo de trabajo hace uso de las estructuras propias del mensaje, la interpretación del mismo depende de la teoría social que el investigador seleccionó como la más adecuada para la evaluación de sus datos.

Inclusive, el autor menciona que una teoría del lenguaje, en materia de discursos, intenta prioritariamente brindar una descripción de los tres componentes principales de éste: las formas de la oración, los significados y los actos de habla; pero deja fuera otros aspectos, los cuales no son posibles de definir en términos de sintaxis, semántica o pragmática y hace evidente la necesidad de un nivel más comprensivo, a través del cual puedan verse la totalidad de las partes del discurso.

La estructura de un texto periodístico tiene un rol crucial en el discurso que se emite. Esto es, al inicio del escrito se expondrá aquello que la junta editorial considere como lo más importante y descenderá de acuerdo a esta misma evaluación, siguiendo una de las primeras reglas del periodismo, la estructura de pirámide invertida.

Esta organización es importante para quienes ejercen la profesión por varias razones, la principal de ellas, es que permite a los editores recortar el texto sin que sea alterado de sobremanera el contenido de la misma. Es decir, es una forma de asegurar que,

sin importar qué tan corta o larga presenten la noticia, el lector tendrá lo que para la junta editorial es lo más importante.

Esta estructura de pirámide invertida corresponde a la respuesta de las cinco preguntas más relevantes para un medio de comunicación, que en orden descendente son: qué, quién, cuándo, dónde, cómo y por qué. Según las reglas de redacción periodística, el qué es sustituido por cualquiera de los otros elementos únicamente cuando es justificable a partir de la relevancia del suceso (Rivadeneira 1990; Leñero 1986).

Hay diferentes formas de realizar un análisis del discurso, la mayoría de ellas tienen puntos similares, pero es Van Dijk (1978; 1992; 1993; 1998) quien presenta una propuesta de análisis del discurso especial para medios de comunicación y la cual será utilizada para este trabajo de tesis.

La diferencia del análisis del discurso propuesto por Van Dijk, es que, además de hacer un análisis semiótico del mismo, intervienen en él la estructura de los textos que se están estudiando. Esto es, no solamente se observa cómo se maneja la palabra, sino también, reconociendo las técnicas y reglas periodísticas para la redacción de una noticia, enfatiza en el análisis la estructura del texto mismo, utilizando algunas de las técnicas del análisis del contenido (Krippendorf 1990)

Para realizar un análisis del discurso, propone, hay diferentes niveles y estructuras que tomar en cuenta. El primero de ellos son las macroestructuras, las cuales son la evaluación general del contenido del texto, es decir, el núcleo o resultado final de la información.

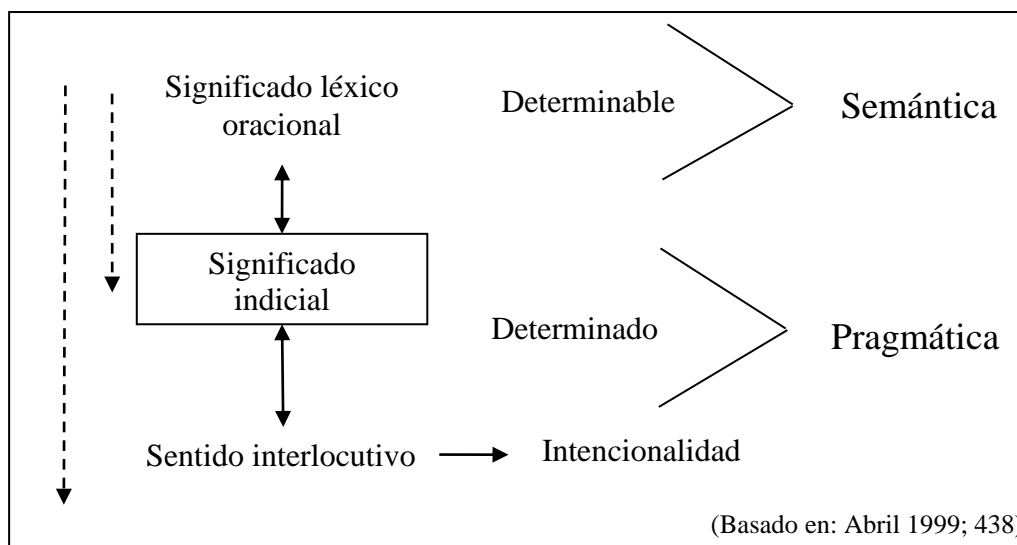
Esto ayuda a definir las temáticas principales de las cuales partirán los subniveles del análisis, hasta crear una especie de mapa de jerarquías o una matriz, donde éstos queden expuestos, para posteriormente pasar a señalar las proposiciones, o constructos de significados más pequeños e independientes del lenguaje que pueden ser verdaderas o falsas. Estas proposiciones se considerarán como macroproposiciones cuando formen parte de la macroestructura.

En el caso de los medios impresos, el titular de la noticia se puede tomar como una macroproposición, ya que son, en sí mismos, un resumen del texto analizado. Ahora bien, es posible acceder a este resumen suprimiendo la información que únicamente se presenta para detallar la nota y no es estrictamente relevante para el resto del texto.

Por otro lado, las macrorreglas serán las intermediarias entre aquello que es útil para el análisis y aquello que no lo es, ayudaran a formar una secuencia de proposiciones y reemplazarlas por una generalización y, finalmente, permite intercambiar una secuencia de proposiciones que denoten las condiciones usuales – o bien, los componentes o los resultados de una actividad – por una macroproposición que denote el acto o el suceso como un todo. Estas tres variantes permiten la reducción del texto periodístico a los temas de los cuales trata.

Ahora bien, la interpretación del sentido de las palabras en el análisis del discurso, se puede dar en tres niveles: léxico, indicial o deíctico, e interlocutivo. En el primero, las palabras se presentan como una convención prefijada por el sistema, donde son formalmente explicables y pueden consultarse sin ningún problema en el diccionario. El segundo permite establecer una relación entre el nivel superior e inferior, facilitando situar la palabra en un escenario discursivo particular para los significados de las expresiones y, finalmente, el tercer nivel hace referencia a la intencionalidad con la que la persona emite el mensaje o la palabra. (Abril 1999)

Cuadro 1: Niveles de sentido



El establecimiento de estos niveles de interpretación de sentido, hacen posible el análisis del texto dentro de su contexto, ya que, en un primer plano, no es posible en todos

los casos el relacionar la palabra en su significado textual o de diccionario con la situación en que se vive. El ser humano, realiza a lo largo de su vida un proceso continuo de metaforización de su realidad (ver “el cáncer y sus metáforas”), que le da a las palabras un significado distinto a cualquiera que pudiera aparecer en la enciclopedia. La palabra toma en tiempo, lugar y espacio un significado, o sentido, propio.

Análisis de contenido

Por definición, análisis de contenido es una técnica de investigación destinada a formular inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto. Como técnica de investigación, este análisis incluye procedimientos especiales para el procesamiento de datos científicos⁸ y su meta principal es proporcionar nuevos conocimientos, una representación de los hechos y una guía práctica de acción (Krippendorf 1990).

Berelson establece al análisis del contenido como “una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación” (1952, 18). Las primeras dos características, dice Krippendorf, son esenciales en cualquier metodología o técnica social, esto es, porque permite que sea reproducida y que el segundo resultado sea igual que el primero. Pero, por el contrario, critica la necesidad, establecida por Berelson, de que el contenido sea manifiesto pues reduce el campo del análisis y excluye de su competencia a los contenidos latentes⁹, los que están pero no están y que representan el principal interés para este trabajo de tesis.

Según Berelson la necesidad de la presencia estricta de los contenidos se debe a que, al estar completamente manifiesto, cualquiera puede verlos de forma objetiva, lo cual permite resultados más certeros, pero para esa subjetividad que se maneja en los datos manifiestos, Krippendorf propone, solventarla mediante la explicitación del contexto con el cual se relacionan los mismos. Así, de la misma forma que en el análisis del discurso, para la interpretación del análisis de contenido, es esencial el reconocimiento del contexto.

⁸ En este caso, se entiende como datos científicos a los resultados de la revisión hemerográfica, es decir, el registro de los textos informativos según las diferentes variables, no así la nota informativa como tal.

⁹ “El rasgo más característico de los mensajes es que informan a una persona de una manera vicaria, proporcionando al receptor un conocimiento acerca de los hechos o sucesos que se producen en un lugar lejano, acerca de objetos que quizás existieron en el pasado o acerca de las ideas de otras personas. *Los mensajes y las comunicaciones simbólicas tratan, en general, de fenómenos distintos de aquellos que son directamente observados*” (Krippendorf 1990).

“Esto es (...) no puede leerse un texto sin contexto, máxime cuando de fenómenos de conjuntos, de procesos que afectan diferentes estratos sociales se trata; la moda del texto sin contexto ha dado lugar a increíbles extrapolaciones que como en el caso de la simbología psicoanalítica dio lugar a una suerte de diccionario de símbolos textuales donde la estructura procesal permanecía intacta”. (Menéndez 1982, 9)

Por ello, al igual que el análisis del discurso de los textos, el análisis del contenido es una herramienta que permite el traspasar las barreras de lo aparentemente dicho y llegar hasta ese mensaje presente no explicitado, pero, a diferencia del primero, el segundo es una metodología cuantitativa, donde los datos recopilados son prioritariamente estadísticos.

Por otro lado, mientras que el análisis del discurso tiene su énfasis analítico en los textos, o en la información en sí misma, el análisis del contenido se dedica a la estructura, a la forma mediante la cual la información es presentada, tanto en la organización del mensaje, como los elementos que se involucran en el mismo.

Con el fin de entender esta división metodológica es necesario hacer alusión a algunos de los supuestos epistemológicos de las ciencias sociales ya que todas ellas trabajan a partir de observaciones, las cuales puede ser de dos tipos: observaciones hechos y observaciones acciones. Las primeras, hacen referencia a datos duros, numéricos, estadísticos; mientras que las segundas, hacen uso de las características cualitativas de estos datos (Navarro y Díaz 1999).

“De entre los distintos modos que adopta la expresividad humana, el más importante desde el punto de vista de su capacidad para organizar la interacción social, es el representado por el lenguaje verbal. No obstante, y en la medida en que el AC¹⁰ se concibe como una perspectiva metodológica cuya finalidad sería la investigación de (al menos algunas de) las virtualidades expresivas de expresiones en general, este tipo de análisis no tiene por qué restringirse al ámbito de las expresiones verbales. Puede abordarse con igual legitimidad, un análisis de contenido de las expresiones gestuales, pictóricas, musicales, etc. De hecho distintas técnicas que pueden considerarse como formas particulares de AC se han aplicado a sistemas de expresivos no verbales tan diversos como la arquitectura, la decoración o la moda”. (Navarro y Días 1999, 179)

Entonces ¿De qué se habla cuando se habla del contenido? Cuando se habla de un análisis de contenido de un medio de comunicación, como el caso del periódico El Imparcial, lo que realmente se está queriendo enfatizar no es al texto como tal, sino a las

¹⁰ Los autores utilizan AC como abreviación de Análisis de contenido.

características con las cuales cuenta, comenzando con la frecuencia en la publicación de un tema, la forma en que se jerarquiza la información, su ubicación en el medio, la importancia que le dan a un tema sobre otro, por qué algunas la apoyan con gráficas (fotografías, imágenes) y a otras no, qué mensajes se están enviando a los receptores a través de estas características que no afectan al texto pero no se encuentran dentro de él. La palabra, entonces, no es el único discurso de los medios de comunicación y por ello, es necesario, para completar un análisis del discurso de prensa, realizar un análisis de contenido.

Ahora bien, a pesar de que la metodología y los datos que se arrojan en el análisis de contenido son prioritariamente numéricos, la interpretación de los mismos se hace, al menos para este caso, de forma cualitativa, ya que lo importante es interpretar qué significado tienen esos datos numéricos sobre las notas de cáncer cervicouterino y de mama en el medio seleccionado.

En la actualidad, cuando se habla de análisis de prensa o medios de comunicación, por lo general se hace referencia al análisis de contenido (Monteverde 2001; Pablos 1994; Menéndez 1982; Campos 1982). Por ejemplo en el artículo Género y salud en prensa diaria (Revuelta et.al. 2004) se presenta un estudio estadístico donde se involucraron versiones impresas y electrónicas de algunos medios de información importantes a nivel mundial, como es el New York Times (Estados Unidos) y el periódico El País (España), donde se estableció un diferencial entre el sexo tanto de las fuentes de información consultadas, como de los autores de los textos informativos, además de analizar quienes ocuparon los cargos de alta responsabilidad en estos medios de comunicación.

El estudio se genera a partir de datos estadísticos, esta cualidad permitió a los investigadores establecer una relación con los roles de género, encontrando que las mujeres tienen todavía un papel secundario en lo referente a la producción de información ya que tanto las fuentes, como los redactores de los textos, fueron principalmente hombres, así como también los altos directivos de los medios.

En México, uno de los principales precursores del análisis del contenido de los medios de comunicación desde la mirada antropológica de la salud es Eduardo Menéndez, quien en 1982 publicó el libro "Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular", en el cual hace una recopilación de trabajos de distintos

investigadores donde analizan de forma estadística la posibilidad de que los medios de comunicación influyan en el proceso de automedicación.

“Esta concepción según la cual los medios son decisivos para el consumo de medicamentos es compartido por el personal de salud, tanto médico como paramédico, tanto privados como públicos. Este personal suele atribuir este fenómeno básicamente a dos hechos: la falta de educación de la población y correlacionada con ésta a la influencia negativa de los "medios de comunicación masiva". Nosotros no negamos que los medios tengan influencia, lo que consideramos que debe precisarse es cual es ese tipo de influencia, cómo opera la misma, cómo contribuye a la transformación de las conductas consumistas de la población. Respecto a esto en México prácticamente no existen, no digamos investigaciones, sino mera información sistematizada. (Menéndez 1982, 4-5)

En la investigación, Menéndez exhorta a los analistas del discurso a dejar de verlo como una simple representación escrita o verbal de lo que se dice, e invita a incluir en sus estudios las características estructurales y cualitativas del mismo. Es necesario, expresa, partir de un texto, pero también lo es involucrar sus implicaciones y el proceso de transformación en los conjuntos sociales del mismo.

El análisis del contenido ayuda rescatar ese contexto en el cual está inmerso el mensaje. A través del estudio de la estructuración tanto del texto como del medio mismo, es posible reforzar la detección de las instituciones legitimadas dentro de una sociedad, ya que serán éstas, por ejemplo, las únicas consideradas como capacitadas para emitir un mensaje a la población, serán entonces las fuentes validadas consultables para los periodistas “serios” (El Imparcial 2007).

Igualmente, serán las instituciones legitimadas quienes obtengan un acomodo preferencial dentro del periódico impreso, se verá entonces, presuntamente, mayormente beneficiado en espacio la declaración de un médico al hablar de cáncer cervicouterino y de mama, que la de una enferma o enfermo quienes no tienen reconocimiento social que avale su discurso.

Discurso y poder

La palabra poder, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, proviene etimológicamente del latín *potēre*, o formado según *potes*, y significa “dominio, imperio, facultad y jurisdicción que alguien tiene para mandar o ejecutar algo”. (www.raes.es). Esta relación entre el poder y la fuerza coercitiva, menciona Foucault (1992), establece al poder

no en términos de cesión, contrato o alienación, sino más bien en función del mantenimiento de las relaciones de producción y lo pone al nivel de luchas o enfrentamientos de guerra, cuando en realidad, las relaciones de poder instauradas en la sociedad actual se dieron a través de la relación de fuerzas establecidas en un momento históricamente determinado.

Esta concepción del poder como ley y prohibición, profundiza el autor, se debe a la influencia de Kant, quien establece la idea de que, en última instancia, es la ley moral la matriz de toda regulación de la conducta humana. El “deber o no deber”, es lo que regularía entonces el comportamiento de la población y en la medida que estas concepciones sean aceptadas y asimiladas por la misma, será el nivel de control, traducido en poder, que una institución tendrá sobre la otra.

Las mujeres con cáncer cervicouterino y de mama, verán en la enfermedad el castigo a la trasgresión a las leyes de la medicina, no se hizo caso a los avisos médicos, a las invitaciones a llevar a cabo actividades de prevención, no se cuidó como debió haberlo hecho y por ello recibe el punitivo: tiene cáncer.

No solamente las leyes jurídicas son un elemento de ejercicio del poder, ya que, como reconoce Marx en el segundo libro “El capital”, citado por Foucault (1999), el análisis del poder en sus mecanismos positivos demuestra que no sólo existe un poder en sí, sino varios con diferentes formas de dominación y sujeción que funcionan localmente y son heterogéneas.

Carmen Castro (2006) citando a Foucault (2003), señala que el poder puede definirse en dos tipos: poder de suma cero y poder con. El primero es un poder de dominación, de jerarquía por autoridad y la imposición de reglas. El segundo, (también denominado “poder con”) es el poder compartido enfocado al logro de bienes comunes.

“El "poder con", en conjunto, multiplica poderes individuales; el "poder para" es un poder productivo, a veces los actores manifiestan formas de resistencia o manipulación; y el "poder desde dentro", construye una base de la cual partir. Todas estas acepciones de poder pertenecen al segundo sentido, según Foucault. El mismo autor asume que el poder es un proceso, tiene implícito el cambio, la modificación en las relaciones de poder.” (Castro 2006:59)

Ahora bien, ¿cuál es la relación que existe entre el poder y el discurso? El conocimiento en las diferentes disciplinas brinda a quienes tienen acceso al mismo, un halo

de poder sobre el resto de la población. Le da la posibilidad de emitir un discurso reconocido y validado. En términos periodísticos, son fuentes confiables de información.

Esto se debe, en primer lugar, como lo mencionan Berger y Luckman (1991), a que el lenguaje es, por excelencia, el medio de sedimentación de las sociedades, a través de la reproducción del mismo se transmiten los conocimientos de una generación a otra, y dentro de estos se incluye la legitimación de las instituciones que la constituyen.

Los medios de comunicación entonces, si bien no son los productores principales del discurso, se convierten en perpetuadores y difusores, en transmisores de la verdad del discurso médico, de sus leyes, reglas y los efectos de esta institución de poder, en un medio de producción de verdad, como cualquier otra industria lo es de riqueza.

Es por ello, que cuando se habla del poder del discurso de un medio de comunicación, como el periódico *El Imparcial*, no sólo se hace referencia a la penetrabilidad de la información y las repercusiones que ésta pudiera tener dentro de la población, sino también al poder de las instituciones que están detrás de este discurso emitido, cuya función principal será en parte la de informar a la población, pero también el de legitimarlo dentro de la sociedad.

Esta legitimación de las instituciones se puede ver también en función de la opinión pública, la cual según Habermas (1981) tiene como principal función el control social. El autor, citando a Rousseau, establece que la voluntad general a una opinión pública coincide con la opinión espontánea, sin reflexión, o bien, a aquello que la población hace referencia de forma inmediata ante un estímulo dirigido.

La opinión pública, será entonces resultado de los procesos de socialización del individuo, de la forma cómo este construye su entorno, de las costumbres, tradiciones, sistema de creencias y la internalización de las instituciones de poder que reconoce como válidas (Habermas 1981: 132).

Los medios de comunicación entonces entran al juego de la legitimación de las fuentes de información que coincidan con esas costumbres arraigadas, con esos sistemas de creencias y reflejarán mediante ello una opinión pública¹¹.

¹¹ “La opinión pública es definida en relación a la manipulación con cuya ayuda los dominadores políticos han de intentar ‘poner al unísono las disposiciones de la población con la doctrina política y con la estructura política, con el estilo y con los resultados del interrumpido proceso de toma de decisiones’”. (Habermas 1981:268)

Ahora bien, hay diferentes divergencias dentro de este concepto de opinión pública. Mientras algunos teóricos utilizan el término para enmarcar el discurso de las masas (cómo es el caso de Habermas 1981), otros lo utilizan para nombrar el de las élites. Esto es, se parte de la premisa que no toda la población tiene acceso a los medios de comunicación, no cualquiera puede hacerse escuchar a través de los mismos y eso evita que su opinión se convierta en pública, brindando esta característica solamente a personas cuyo discurso tenga reconocimiento social y el poder de reproducirlo en los medios para hacerlo público.

“Lo que los intelectuales han descubierto después de la avalancha reciente, es que las masas no tienen necesidad de ellos para saber; saben claramente, perfectamente, mucho mejor que ellos; y lo afirman extremadamente bien. Pero existe un sistema de poder que obstaculiza, que prohíbe, que invalida ese discurso y ese saber (...) Ellos mismos, forman parte de ese sistema de poder, la idea de que son los agentes de la "conciencia" y del discurso pertenece a este sistema” (Foucault 1992:85)

Con fines de este trabajo, reconoceremos a la opinión pública como el discurso que se emite en los medios de comunicación, reconociendo que si bien es cierto no todas las personas tienen la posibilidad de hacerse escuchar (o leer) por medio, este último basa la selección de la información y de las fuentes a cubrir, en una legitimación previa de ciertas instituciones de poder reconocidas por la sociedad a la cual van dirigidos: “La opinión pública quiere racionalizar la política en nombre de la moral. Teología, derecho y medicina se basan de uno u otro modo en la autoridad. También ellas están al amparo de la vigilancia estatal, puesto que constituyen el "personal de la sabiduría", intelectuales, jueces y médicos. Se limitan a aplicar la ciencia” (Habermas 1981:138).

De esta forma, el discurso del poder, como un producto social, debe ser enmarcado para su análisis en el punto sociohistórico del cual proviene, con el fin de que en él intervengan tanto la relación que tiene el poder con el actor, como con la práctica y la construcción social (Castro 2006).

El discurso médico y el poder

La relación entre el discurso médico y el ejercicio del poder, no es una situación propia del siglo pasado y el presente, sino que, desde sus inicios, esta rama del conocimiento se relaciona de forma directa con los diferentes mecanismos de control con los que cuentan las

sociedades, pero este se sedimentó a partir del proceso de medicalización, fenómeno a través del cual se dio la división de la raza humana en dos partidos: los sanos y los enfermos (Zola 1999).

Así, el establecimiento directo de la legitimación de la autoridad médica en las sociedades occidentales, se da a partir de la redefinición de la medicina como una práctica social, lo cual aparece ya de una forma evidente en Alemania del siglo XVIII (Donnangelo 1994).

Esto se debe a que, es a partir de ese momento cuando la medicina se convierte no sólo en una forma de procurar la salud de las personas, sino también en una estrategia de crecimiento demográfico y económico para las sociedades y, por lo tanto, entra en el abanico de intereses y regulaciones mediados por el Estado y es este quien otorga a las universidades la facultad de regulación sobre la profesión médica a las Universidades: desde ese momento serían estas instituciones las encargadas de decidir en qué consistiría la formación de los nuevos médicos y cómo serían otorgados los títulos a los nuevos profesionales.

La profesión médica comienza a regularse a través de una organización dirigida hacia el control de su práctica, la cual verificaba qué tipos de tratamientos son puestos a la disposición de la población, así como la vigilancia de la aparición de enfermedades epidémicas, para posteriormente establecer funcionarios médicos, quienes tendrían un fragmento de la población bajo su poder.

Comienza entonces la legitimación del poder médico. A través de la formación de las instituciones y de la adopción de la medicina alópata como una forma de control gubernamental, el discurso médico adquiere en su núcleo la fuerza coercitiva propia de las instituciones del Estado; el interés entonces no es solamente el procurar y asegurar la salud de la población, sino también su desarrollo económico y social, lo cual no podía lograrse si continuaban perdiendo fuerza laboral a causa de las epidemias propias de la época (Foucault 1997; Donnangelo 1994).

Actualmente estas instituciones refuerzan el halo de poder sobre el discurso de la profesión médica a través de las instituciones gubernamentales como la Secretaría de Salud, la cual no sólo es encargada de la salud de la población como fuerza productora y estatal, sino también de las condiciones de vida en las cuales se desarrollan.

Entonces, el discurso médico toma su fuerza a partir de su desenvolvimiento en la historia, ya que su saber no solamente es respaldado por un conocimiento científico y objetivo, sino que tiene también el apoyo y reconocimiento del Estado como la única fuerza capaz y comprobada de proveer salud a la población.

Con la reglamentación de que solamente las Universidades tienen la capacidad y el derecho de formar a los profesionales de la medicina, los médicos se convierten en las únicas personas con el conocimiento y la preparación necesaria para decidir sobre la salud de las personas.

Posteriormente, el establecimiento del médico como un policía de la salud y/u otro agente administrativo de las instancias de gobierno, le brinda un halo de innegabilidad propio de las leyes: la persona no puede decidir que reglas acatar y cuales no, si está legitimado por la sociedad debe cumplir con lo que ésta le establece, inclusive cuando se trata de su propio cuerpo (Foucault 1997; Freidson 1978).

El estatus del médico tiene un poder indiscutible, el cual solamente es similar en jerarquía al de las autoridades políticas, judiciales y con ello se convierten en líderes de opinión. Sólo ellos tienen la posibilidad y la permisibilidad para evaluar un hecho sobre salud que pueda darse en su comunidad: tienen derechos de intervención y de decisión, se constituyen como los guardianes de la salud de la población (Foucault 1997; Freidson 1978). El poder del médico, no es indiferenciado y, mucho menos, intercambiable. Como lo menciona Foucault en la arqueología del saber (2003) la palabra médica debe tener una procedencia específica, la cual sustentará su valor, eficacia y el poder de curación de las mismas.

El discurso médico implica una exclusividad del saber técnico de las funciones fisiopatológicas del cuerpo, la cual llega hasta la toma de decisiones en los procesos terapéuticos de las pacientes, estableciendo una relación entre dos asuntos por demás relevantes en la práctica diaria de la atención: la exclusividad del saber técnico y las relaciones de poder. (Foucault citado por: Castro 2006, 58).

Este reconocimiento de la autoridad y la difusión de la misma dentro del discurso de los medios de comunicación se da, en primera instancia, a través de la validación que los medios de comunicación hacen de sus fuentes informativas, las cuales, se caracterizan principalmente porque proveen los datos que sirven al comunicador para reconstruir los

sucesos y le brinda elementos para la ilustración del acontecimiento que se está reportando. (Rivadeneira 1990)

Foucault (2003) estipula que para entender el poder del discurso médico es necesario describir los ámbitos institucionales de los cuales proviene, ya que es ahí donde encuentra su origen legítimo y su punto principal de aplicación. Estos son ámbitos reconocidos socialmente: el hospital, la práctica privada, el laboratorio y la biblioteca.

El médico, por lo tanto, dentro de un medio de comunicación, no solamente es visto como una autoridad en cuestiones del proceso salud-enfermedad como tal, sino también como un actor político y social, cuya opinión es valorada por ese mismo saber científico, confirmado y objetivo al cual aluden y aspiran los medios de comunicación existentes. Así, los médicos se convierten en una fuente segura de información, la cual puede ser pública o privada. La primera porque se vuelven funcionarios públicos dentro de los niveles de gobierno, que emiten informaciones con valor social de personajes, que además de estar validados como portadores del saber médico, también ejercen representatividad política y administrativa. La segunda, porque desde el ámbito del ejercicio de su profesión, aportan información y se consuman como fuentes auxiliares reconocidas y legitimadas por la sociedad (Leñero y Marín 1986; Rivadeneira 1990; www.elimparcial.com)

Pero el poder del discurso médico va mucho más allá de los alcances de la publicación de un periódico. Es decir, el médico no adquiere su poder por la presentación impresa de sus declaraciones, sino que éstas son solicitadas y difundidas debido a un reconocimiento previo por parte de las instituciones comunicativas de ese poder.

La palabra médica, entonces posee un *poder social*, el cual se ejerce sobre las acciones y las formas de pensar de los grupos menos poderosos. Este poder, generalmente, presupone un acceso privilegiado a recursos invaluableles como la fuerza, la riqueza, mayores ingresos, conocimiento y estatus. A este respecto, el poder de los medios de comunicación se vuelve simbólico, así como prioritariamente persuasivo, debido a que si bien principalmente tienen el “poder” de controlar cierta extensión de pensamientos de los lectores o televidentes, no se puede aseverar que influya de manera directa en sus acciones (Van Dijk 1992).

El uso de metáforas en el tratamiento discursivo del cáncer: algunas definiciones

Antes de comenzar el análisis del uso de las metáforas dentro del tratamiento discursivo del cáncer, es necesario establecer una definición del término. Para comenzar, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, la palabra metáfora proviene del latín *metaphorein*, que a su vez se deriva del griego *μεταφορα*, el cual significa traslación: “es un tropo que consiste en trasladar el sentido recto de las voces a otro figurado, en virtud de una comparación tácita”, o bien, “la aplicación de una palabra o de una expresión a un objeto o a un concepto, el cual no denota literalmente, con el fin de sugerir una comparación y facilitar su comprensión”. (Real Academia Española, 2007).

Actualmente se sabe que la utilización de la metáfora va más allá de la simple sustitución de una palabra por otra y, que por el contrario, incluye tras de sí un complejo proceso cognitivo de intercambio de sentido que se funda a partir de la semejanza entre los significados involucrados en la misma, inclusive cuando estos no tienen relación habitual.

Por esta situación, es necesario, antes de proseguir, establecer una diferenciación entre el símil y la metáfora. Mientras que el símil hace una comparación directa entre dos objetos “el cáncer es como un hoyo negro”, la metáfora puede hacer una sustitución de la palabra -“el tunante”-, o del sentido -“la lucha contra el cáncer”.

Así pues, en esta investigación se estudian las metáforas utilizadas por el periódico *El Imparcial*, no así los símiles que utilice en el desarrollo o transmisión de su información. Por otro lado, utilizan la metáfora en presencia¹², ya que no utilizan sustituciones totales de las palabras, sino que alteran la relación de los significados aún cuando los mantienen dentro del mismo contexto. Es decir, los significados pueden sacarse de forma intuitiva, sin requerir demasiada interpretación por parte del lector.

La metáfora entonces se involucra en un proceso de coposición de semas -unidades mínimas de significación- el cual se da en un plano semántico y, a través de la figura

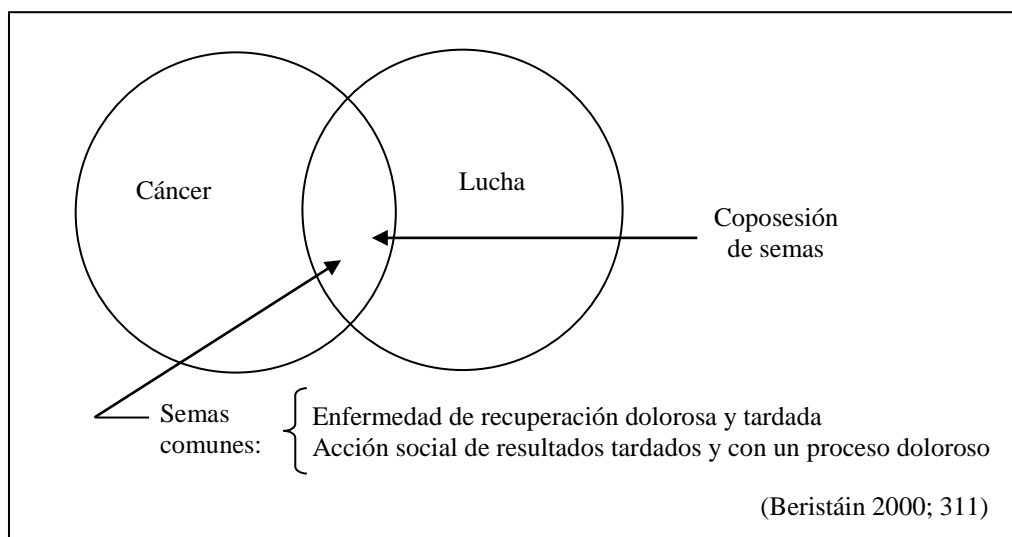
¹² Hay dos tipos de metáfora:

- a) La metáfora en "presencia", aquella que aparecen explícitos ambos términos, hace posibles las aproximaciones más insólitas, aquellas de que sólo es capaz el genio que percibe intuitivamente lo similar en lo desemejante:
- b) La metáfora "en ausencia", que no está a medio camino como la anterior, entre la comparación y la metáfora, y que según la tradición constituye la "verdadera metáfora" (Beristáin 2000:315)

literaria, establecen una relación parcial entre los significados paralelamente a la NO identidad de los dos significantes (Beristáin 2000:311).

Esta relación parcial que se establece entre el cáncer y el término a través de la cual se está metaforizando, se convierte en la intersección entre los significados de las palabras involucradas en el proceso:

Cuadro 2: Coposición de semas



Es decir, la metáfora no sustituye en sí el sentido de los vocablos, sino que establece sociolectos a partir de los cuales se modifica el sentido adaptándolos a las necesidades comunicativas y de expresión de los hablantes. Estos sociolectos, vienen a constituir un sublenguaje idiosincrático de un grupo social determinado, el cual puede ser decodificado a través del conocimiento del contexto a partir del cual fueron construidos (Beristáin 2000).

Es decir, las metáforas a las cuales nos referimos en este trabajo de tesis, existen y son posibles por medio de sociolectos, es decir, las composiciones sociales del lenguaje que reconocen a dicha palabra como una modificación del sentido de la otra. Es decir, en términos de la lingüística de Saussure (1998), este cambio de significado que hace posible la existencia de la metáfora, es posible a partir de una convención social mediante la cual se reconoce este tratado, así, los dos campos semánticos tanto del emisor como del receptor, llegan a un punto medio donde encuentran un lenguaje en común.

Por ejemplo, cuando un médico explica a una familia que el paciente tiene cáncer, si se refiere a él como neoplasia maligna, cancer in situ o carcinoma invasor, es probable que la familia no entienda completamente lo que se dice, entonces el médico traduce como cáncer terminal (por ejemplo) en cierta parte del cuerpo. Esta simple definición de terminal al hablar del carcinoma invasor en estado avanzado, le da a la familia una idea más precisa del impacto de las palabras y de las consecuencias de las mismas. Este es un ejemplo sencillo. Ubicándonos en los medios de comunicación, el reportero productor de la noticia se convierte en este elemento traductor entre el médico y la sociedad, y convierte términos como la trayectoria del paciente o la historia natural de la enfermedad en una lucha y al cáncer en un ente maligno: el cáncer mata, cobra vidas y el paciente lucha, tiene fe, fuerza, pero no fuerza física, sino espiritual para poder sobrellevar y combatir al ente maligno que lo está atacando.

La metáfora entonces puede ser de tres tipos, cognitiva, analógica y retórica. La primera habla sobre la forma como se conciben las cosas a partir de la metáfora, la cual se da a través de un proceso de discernimiento y asimilación ya sea de forma positiva, o negativa, determinado por el entorno: “Equis persona se unió a la **lucha contra el cáncer**”. La segunda, establece una relación de semejanza entre los dos objetos o términos metaforizados para brindarles un nuevo sentido: **la corrupción es el cáncer** de la sociedad. Por último, el tercero es la metaforización poética.

En el caso de la prensa, el tipo de metáfora utilizada es la cognitiva, en un sentido negativo, donde el cáncer es visto como un enemigo público y se conceptualiza a las actividades y políticas públicas dirigidas a bajar la mortalidad por esta causa como una lucha, una batalla, situación que desemboca en la utilización de la metagoge¹³, es decir, el brindarle al cáncer características humanas, convirtiéndolo en un ente maligno con vida propia.

“La metáfora se ha considerado un instrumento cognoscitivo, de naturaleza asociativa, nacido de la necesidad y de la capacidad humana de raciocinio, que parece ser el modo fundamental como correlacionamos nuestra experiencia y nuestro saber y parece estar en la génesis misma del pensamiento, pero que se opone al pensamiento lógico y que produce un cambio de sentido o un sentido figurado opuesto al sentido literal o recto;

¹³ La metagoge es una figura literaria que parte de la metáfora. A partir de su utilización el escritor brinda a objetos inanimados características humanas que los hacen parecer como si tuvieran vida propia.

que ofrece connotación discursiva diferente de la denotación que los términos implicados poseen, cada uno, en el diccionario” (Beristáin 2000:312)

El cáncer: un descuido que merece castigo

Antes de comenzar con este apartado, es importante reconocer que la internalización del cáncer como un castigo, reflejado en el discurso de las enfermas, no es la única explicación del “por qué a mi”, sin embargo, solamente se analizará la variable “castigo” por ser esta la de mayor interés para el estudio.

Así, la utilización del discurso como una herramienta del poder médico, se ve reflejado en el establecimiento del cáncer como resultado punitivo del no ejercicio de las reglas del modelo médico. El poder del que goza el estatus médico le da fuerza punitiva, sobre el cuerpo y el alma de la persona. El primero se ejerce a través de los tratamientos agresivos mediante los cuales se erradican los tumores malignos del cuerpo: “no se hizo el papanicolaou a tiempo, ahora tiene que llevar quimioterapias”. El segundo, se experimenta a partir del estrés emocional que significa el estar envuelto en una situación similar, pero en este caso, el castigo va más allá del poder médico y se convierte en una sanción divina, a la cual se hicieron acreedores por algún error cometido a lo largo de su vida, que no necesariamente tiene que ver con la salud física. "Los castigos son menos inmediatamente físicos -dice Foucault-; cierta discreción en el arte de hacer sufrir, un juego de dolores más sutiles, más silenciosos, y despojados de su fasto visible" (García 2002:47).

Por otro lado, el castigo del cáncer no se limita solamente al desarrollo del tumor, a los dolores que este genera o a la agonía de no saber si la historia de su enfermedad podrá llegar a la curación, o se disolverá en la muerte. El castigo se extiende también hacia la privación de la libertad, al aislamiento de la persona, lo cual puede ser interpretado como la suspensión de sus derechos. El enfermo es confinado a su cama, a su casa, al hospital, al estar atado durante el tratamiento, al no poder moverse con tranquilidad por la espera de la siguiente cita (García, 2002).

El hospital puede verse entonces como una instancia disciplinaria para los enfermos que transgredieron las indicaciones médicas y no siguieron los procedimientos adecuados, establecidos. Por lo tanto, son responsables de su enfermedad y, dentro de esta responsabilidad, viene el castigo aplicado. Primero en la figura del cáncer mismo y después en el encierro y las limitaciones resultantes de los tratamientos: el paciente, encerrado para

recibir tratamiento, es alejado de su familia para permanecer sentado en un sillón o silla mientras el medicamento le provoca gran dolor o bien; es mutilado en su ser y su rol social, se le extirpan uno o los dos senos (en el caso del cáncer de mama) y la matriz (en el caso del cáncer de útero). El castigo, en el caso del cáncer, no solamente se remite al alma, sino también a lo físico, si tuvieran la oportunidad de volver el tiempo atrás, las pacientes seguirían los procedimientos médicos, irían al doctor, tomarían el medicamento. Está la culpabilidad de sentirse responsables por su situación permeándoles "el alma" y el resultado o la consecuencia al verse privadas de las partes de su cuerpo que le dan sentido y función dentro de la sociedad: sus órganos reproductores y sexuales. Así, el cáncer no tiene solamente una connotación de castigo divino, sino también terrenal.

“Cuando a causa de una ‘enfermedad’ y su tratamiento se prohíbe a una persona no tener relaciones con otros seres humanos, se les confina hasta cuando esté curado, se le obliga a someterse a ciertos procedimientos médicos por su propio bien, quizá negándole para siempre el derecho a tener relaciones sexuales o tener hijos, *entonces* resulta difícil que ese paciente *no* vea lo que le está sucediendo como castigo. Esto no quiere decir que la medicina sea el más reciente método de tortura del siglo XX, sino simplemente que el dolor y el sufrimiento asumen muchas formas y que la eliminación de algo, que según los estándares actuales constituye un procedimiento infame e inhumano, no significa necesariamente que su reemplazo vaya a ser tan benéfico” (Zola 1999:27).

Aún así, la paciente entiende que así *debe de ser* y acepta el castigo, a pesar de que reniegue de él y lo cuestione, no le queda más que acatar las reglas del médico y someterse a su autoridad, a la del hospital y, en fin, de todo el personal que se encargará de procurarle, de nuevo, la salud: “para mantener a los sujetos en estado de dependencia y sometimiento es necesario que no pongan en duda los códigos que los marcan y los constituyen, que los acepten como naturales y necesarios: ‘Así es y así será’” (García 2002:53). De esta forma, el poder a través del discurso médico propaga su fuerza, lo que permite generar pacientes sumisos y obedientes, que acatarán las órdenes de los doctores y, de no hacerlo, recibirán su castigo, ya sea a manera de represión durante la consulta, en su conciencia, o bien, en su físico, al experimentar la enfermedad que no ayudaron a prevenir o erradicar.

Esta aceptación, por otro lado, se deriva del reconocimiento, o de la asimilación, de la enfermedad como resultado del actuar inadecuado de los individuos. La persona no se enferma debido a la falta de atención médica, las limitaciones de cobertura de los

programas gubernamentales, ni tampoco por la precariedad económica y de educación en la que vive: la persona se enferma porque así decide hacerlo.

El poder coercitivo que se ha otorgado al gremio médico no solamente se da directamente en la relación establecida entre el médico y el paciente, sino que trasciende a nivel político, administrativo, donde se implementan programas para un público en general, donde no se le otorga el peso necesario algunos factores sociales de primordial importancia como la capacidad adquisitiva de los enfermos o sus familiares, la accesibilidad a servicios de salud, la educación alrededor de la vigilancia y el cuidado del cuerpo, así como los roles de género que se involucran en el desarrollo de la enfermedad.

El cáncer, entonces, deja de ser solamente un ente biológico, cuyos orígenes y repercusiones se dan a un nivel celular para llevarse al social, el cual se encuentra envuelto en un mar de subjetividades propias de la persona, quien puede atribuir su etiología no solamente al acelerado crecimiento de células defectuosas genéticamente que dan forma al tumor, sino al pago de una deuda adquirida por acciones mal hechas.

“El cáncer es degeneración, los tejidos del cuerpo se vuelven duros. Un año antes de morir de cáncer, en 1892, Alice James escribía en su diario acerca de esta "impía sustancia de granito que llevo en mi pecho". Pero este bulto está vivo, es un feto con su propia voluntad. (...) El cáncer es una gravidez demoníaca. San Jerónimo debía estar pensando en el cáncer cuando escribió: ‘y aquel con el vientre hinchado está grávido de su propia muerte’” (Sontag 1996:20).

La responsabilidad del individuo entonces para no contraer el cáncer o, de ya tenerlo, curarlo, es hacer caso sin cuestionamiento a las indicaciones de los médicos, el evitar los factores de riesgo y establecer una disciplina constante de la prevención, en el caso del cáncer cervicouterino y de mama, hacerse el papanicolau y la mastografía, cuando menos una vez al año.

Según Zola (1999) aun cuando hay quienes estipulan que el impacto más notorio del modelo médico ha sido el eliminar las condenas morales al individuo por no procurar su propia salud y castigar, por el contrario, la misma enfermedad, este es un logro no completado. A pesar de no reconocer de forma directa a la enfermedad como una impureza inmoral en el individuo y del cambio de los castigos inflingidos a los enfermos, la responsabilidad moral del individuo por su ausencia de salud sigue siendo una constante.

Cuando una persona enferma, o su recuperación, no atiende a los estándares existentes, la pregunta que se hace es ¿qué hizo mal el paciente? esta atribución de la enfermedad debido a los malos hábitos del enfermo sobre su salud, dicen Tavares y Bomfim (citados por: Castro 2006) es otra forma aludir al concepto de castigo, debido a que, entre líneas, queda expuesto que es por la negligencia de paciente que el proceso de salud-enfermedad no haya llegado a buen término.

“Al mismo tiempo que se utiliza la etiqueta de ‘enfermedad’ para atribuir ‘responsabilidad’ disminuida a una amplia gama de fenómenos, el asunto de la ‘responsabilidad personal’ parece estar surgiendo nuevamente dentro de la medicina misma. Independientemente del carácter real y la comprensión que se tenga de los conceptos de estrés y de perspectiva sicosomática, no importa para qué más puedan servir, lo que hacen es poner al hombre y *no* a las bacterias en mitad del escenario y conducen, por lo tanto, a reexaminar el papel del individuo en su propio fallecimiento, discapacidad e incluso recuperación” (Zola 1999: 28).

De esta forma, la interpretación del cáncer como castigo y su aceptación como una responsabilidad propia del individuo están fuertemente ligadas. Para aceptar un castigo, o asumir algo como tal, es necesario primero reconocer el haber cometido un error en el comportamiento o en las acciones, lo cual, finalmente, lleva al resultado del reconocimiento de una responsabilidad personal, en este caso, en el proceso salud-enfermedad.

El cáncer y el género

Antes de comenzar, es necesario establecer que este estudio no intenta, en ningún momento, ser una investigación con perspectiva de género propiamente, sino que utiliza el concepto de género como una arista de análisis dentro del tratamiento discursivo del cáncer dentro del periódico El Imparcial. Esto es, el interés de esta investigación es el rescatar cómo los roles de género son atribuidos a la aparición del cáncer cervicouterino y de mama por este medio de comunicación, pero no será, en sí misma, una investigación con perspectiva de género.

El concepto género tiene varias acepciones. En un primer lugar, coloquialmente fue utilizado como sinónimo de sexo: masculino o femenino. En segundo, el vocablo es equivalente a mujer y finalmente, el tercero, en las ciencias sociales, hace mención de la construcción social que hay detrás del comportamiento de ambos sexos, no a partir de las diferencias biológicas existentes, como la capacidad muscular o de procreación, sino de un

productor meramente social que determina actividades y labores propias y exclusivas para cada uno de los sexos, sin que vaya directa o realmente relacionado con una condición natural propia para el hombre o la mujer.

Este conjunto de normas y prescripciones dictadas por la sociedad y la cultura sobre las formas de actuar entre hombres y mujeres se le llama rol de género, ante la cual puede apreciarse una división básica: las mujeres paren a los hijos y, en consecuencia, deben ser ellas las encargadas de cuidarlos, situación que las relega al ámbito privado, dando al espacio público características masculinas (Lamas 1996).

Esta relegación de las mujeres al hogar, le otorga características de eterna cuidadora del bienestar de la familia, tanto en salud como enfermedad:

“(...) las mujeres son vistas como un insumo para la salud de la población y para el propio desarrollo sectorial; escasa o ninguna consideración se manifiesta por los efectos del desarrollo, de la discriminación y desigualdad por sexo, sobre sus propias condiciones de salud” (De los Ríos 1993:6).

El valor de la mujer, entonces, deja de radicar en ellas mismas y se traspa a sus hijos y su esposo: vale tanto como el “bienestar” que provee a los miembros de su familia. En este punto es importante involucrar la composición física de la mujer a los roles sociales que atiende dentro de su casa: dentro de las “responsabilidades” de las mujeres están el ser procreadoras y en el intermedio, proveedoras de placer a los maridos a través de la relación sexual.

Al ser diagnosticada con cáncer cervicouterino o de mama, la paciente no solamente ve amenazada su vida, sino también su función dentro de la sociedad. Si la matriz y/o el seno les son extirpados no podrá ser madre ni cumplir con todos sus “deberes de mujer” (Castro 2006; Molyneux 2001).

La comprensión del rol de género de la mujer es muy importante en el desarrollo de una investigación sobre el tratamiento discursivo del cáncer cervicouterino y de mama en un medio de comunicación, ya que a partir de esto, situaciones que pudieran resultar obviadas, se remarcan, por ejemplo por qué una mujer puede sentirse castigada al recibir un diagnóstico de cáncer, cómo cambia su percepción de si misma y la de sus familiares en lo que atañe a los roles de la familia.

Partimos del supuesto que el discurso de los medios de comunicación favorece, o bien, continúa y refleja esta mitificación del cáncer, para este caso del cervicouterino y de mama, los cuales además de la etiqueta generada por la simple presencia de la enfermedad, se agrava por la construcción del cuerpo de la mujer como objeto sexual y como madre, donde la extirpación de cualquiera de estos órganos las deja presuntamente incapacitadas para cubrir sus roles de amante y de procreadora de vida.

La valoración de la mujer como un elemento de mantenimiento del hogar y el poco reconocimiento de las actividades que en él realiza, crea concepciones erróneas sobre la disponibilidad de tiempo y de posibilidades de participación en la comunidad. Se asume entonces, que la mujer tiene facilidades ilimitadas para la procuración tanto de la salud de la comunidad como de la propia. El mensaje es que ella no trabaja fuera del hogar, no forma parte del mecanismo económico que existe detrás de los muros de su casa y, por lo tanto, no se cansa y no tiene obligaciones establecidas en un horario fijo.

Como siempre tienen disponibilidad, el cáncer es resultado de la negligencia, de la falta de cuidado hacia ellas mismas: no fueron a hacerse los análisis; son desidiosas, penosas, desinteresadas, anteponen la vergüenza de ser vistas y manipuladas en sus llamadas “partes privadas” –lo cual les han enseñado toda su vida, porque son sucias y no dignas de ser cuidadas y tocadas- a una detección temprana que pudiera “salvarles la vida”.

Por ello es necesario el incluir el concepto de género cuando se habla del discurso sobre cáncer cervicouterino y de mama, ya que estas consideraciones son reflejadas y difundidas por el medio de comunicación a través de sus letras, haciendo importante el reconocimiento de este eje de análisis a fin de poder establecer un panorama más completo del discurso que el periódico El Imparcial emitió sobre estos dos tipos de cáncer.

Capítulo II: Metodología

En el presente capítulo se expone la metodología utilizada para la realización, tanto del trabajo de campo, como para los dos tipos de análisis de contenido y del discurso. Pero antes, se establecerá el contexto en el cual se hace el estudio, es decir, una breve descripción del sujeto a investigación, el periódico El Imparcial: el diario por tradición en el estado.

La metodología de esta investigación se encuentra dividida en tres partes. La primera, es la recopilación y sistematización de los datos obtenidos. La segunda, es la elaboración del análisis del contenido y la tercera, es la realización del análisis del discurso. De esta forma, se seguirá este mismo orden para su exposición, a fin de hacerla más comprensible.

El Imparcial: el diario independiente de Sonora

El periódico “El Imparcial” es el medio con mayor penetración en Sonora. Con 70 años de existencia, diariamente emiten un tiraje de 35 mil números (Sarracino 2003), los cuales son repartidos a lo largo de Sonora y en algunas ciudades de Estados Unidos, como Tucson y Nogales Arizona. Hasta el momento, no hay otro medio local de comunicación impreso que pueda asemejarse en características y condiciones a El Imparcial.

El primer número del periódico El Imparcial salió a la luz el primero de mayo de 1937, siendo su dueño Abraham Mendivil, quien dos años después vende el medio a José Santiago Healy (www.elimparcial.com). Según Moncada, El Imparcial, desde su fundación tuvo una característica a su favor que lo ayudó a consolidarse como el medio impreso más fuerte en el estado de Sonora: no tuvo que preocuparse de pagos laborales, compra de refacciones, pagos de energía eléctrica y renta de local, solamente se limitaba a cubrir un monto de dinero a cuenta de renta (por concepción de maquila) y publicar muchas notas a favor del gobernador en turno. En contraste, los demás periodistas “que estaban atentos a las enfermedades de sus obreros, al recibo de la luz y las prensas y linotipos desvencijados, cuyas piezas aseguraban a veces con alambres para salir adelante con la edición del día” (Moncada 2000, 130).

Durante casi 20 años los periódicos Healy gozaron de la protección económica del gobierno del estado en dos niveles: el primero, al omitir el cobro de algunos servicios principales y el segundo, al ser el estado su principal fuente de ingreso publicitario. Esta situación cambió en 1961 cuando entra al poder el gobernador Luis Encinas, quien no solamente no apoyó con compras de espacios publicitarios, sino que además edificó la única competencia directa que El Imparcial tendría en esa época y años futuros, el periódico “El Sonorense”, a lo cual los Healy responden, sin mucho éxito, a través de críticas por medio del tabloide “Análisis Sonorense”. Pero estas vicisitudes no duraron mucho, para antes de 1974 el periódico volvía a tratar a los gobernadores con “actitud cortesana” (Moncada 2000, 135).

Es en el sexenio del gobernador Rodolfo Félix Valdés (1985-1991), cuando el “imperio de los Healy” comienza a levantarse. “La empresa inició la adquisición de los valiosos terrenos que rodean su edificio original y se equiparon las oficinas de las corresponsalías. La vieja idea de crear una cadena de periódicos en las poblaciones importantes fue desechada, y se agregaron secciones de dichas ciudades a El Imparcial”. (Moncada 2000, 136).

Para 1990, El Imparcial es reconocido por del Instituto Verificador de Medios (IVM) de la Ciudad de México como el segundo diario de mayor penetración entre los diarios nacionales y el primero en el noroeste del país (www.elimparcial.com/nuestraempresa).

“Con el paso del tiempo la empresa se ha consolidado, su penetración e influencia social se han afirmado y la sociedad la reconoce como el más auténtico e importante líder de opinión; todo esto se ha logrado gracias a la apoyo de la gente, fundamentados en la filosofía del mejoramiento permanente de calidad y el servicio. Los principios, los clientes y sobre todo los lectores son en definitiva quienes la han impulsado a ser una empresa cada día mejor” (www.elimparcial.com/nuestraempresa).

Características del medio

Durante el periodo acotado el periódico El Imparcial distribuyó su información en tres tipos de secciones: las diarias, las semanales y los suplementos especiales. Las primeras se

dividen a su vez en dos categorías, las secciones de información dura o “hard news” y las de información blanda o “soft news” (Periódicos Healy 2000).

Entre las secciones de información dura se encuentran General, Metro, Mercados, Noroeste o Regional, mientras que en las secciones denominadas de información blanda se incluyen las de Deportes, Espectáculos, Vida, Cultura y Sociales.

Las secciones semanales son aquellas que se publican un día en específico y cuyas características son: cuentan con un cuerpo independiente, tienen al menos dos páginas y tratan de algún tema en específico.

Estas secciones pueden estar localizadas en la portada o contraportada interior de una de las secciones diarias, abordan temas específicos y por lo general se expone un tema principal, complementada con columnas de algún especialista, algunas notas breves y, finalmente, pueden presentarse consejos prácticos. Los temas que se tratan mayormente en estas secciones semanales son: gastronomía, moda, salud, belleza, comercio exterior, mercadotecnia, entre otros más.

Los suplementos especiales aparecen cuando hay una ocasión informativa que así lo requiera, como el caso de los Juegos Olímpicos y el Mundial de Fútbol. Así mismo, se cuenta con publicaciones anuales las cuales se presentan como servicio de información extra ofrecido por el mismo medio de comunicación.

Finalmente, desde el área comercial se maneja una cuarta forma de publicación: los suplementos comerciales. Estas impresiones se realizan como parte del programa de comercialización y se dedican a la venta de espacios publicitarios a diferentes empresas de la localidad.

Estos grupos de secciones se distribuyen en páginas de 53 centímetros de alto a ocho columnas, las cuales tienen un ancho de 3.24 centímetros. El número de páginas es variable, pero cuando se refiere únicamente a las secciones fijas, o bien, publicadas a diario, el promedio es de 56, a las cuales se llegarán a sumar aquellas provenientes de las secciones semanales, suplementos especiales o comerciales, en caso que los haya.

El periódico El Imparcial, en su manejo y selección de fuentes de información se caracteriza por la consulta de personajes o datos oficiales, debido a que solamente de esta forma puede considerar la información como confiable y comprobable, según lo expone su

mismo código ético, el cual se facilita al público en general en su página de Internet www.elimparcial.com.

“La información que publicamos está basada en los hechos y en las fuentes confiables. El lector debe tener la confianza en que la información que genera "EL IMPARCIAL" es elaborada con seriedad y con datos comprobados.” (www.elimparcial.com/principios.asp)

Para lograr su objetivo, menciona, el reportero debe buscar todos los medios para cerciorarse de la veracidad de la información, tomándola, de ser posible, de primera mano mediante la asistencia al “lugar de los hechos” y a las fuentes informativas. Hacen énfasis, además en la inclusión de personas expertas en temas en los cuales el reportero pueda tener dudas y, por último, en caso de que una fuente no sea confiable será eliminada.

Este medio de comunicación entiende por fuente confiable a “a los medios de comunicación de reconocida trayectoria periodística, a las personas y a las instituciones autorizadas, así como a los expertos en los temas abordados”. (www.elimparcial.com/principios.asp)

Con esta definición brindada por el mismo medio, se refuerza lo que se verá más adelante: cuando se habla de algún problema de salud, las principales fuentes consultadas son las instituciones y dependencias gubernamentales, como son la Secretaría de Salud, el IMSS, Salud Municipal, DIF, ISSSTE, o bien, médicos de la comunidad o investigadores científicos, es decir, siempre orientados a la biomedicina y sin dar lugar a las medicinas alternativas.

Recopilación hemerográfica

La investigación se basa en la revisión exhaustiva del periódico El Imparcial durante el periodo del primero de enero de 2000, hasta el 31 de diciembre del 2005. Como criterios de inclusión en la selección de las notas se tomaron en cuenta todas las que se refirieron al tema de la enfermedad del cáncer o tumor, independientemente del tipo de contenido informativo, pero se excluyeron aquellos que, a pesar de utilizar la palabra cáncer, no hacían referencia a la enfermedad, sino que era utilizado en términos metafóricos. Por ejemplo, durante la revisión se encontró una nota informativa titulada “Tiene un cáncer el

IMSS” (El Imparcial, 25 de julio de 2004), en este texto se hacía referencia al deficiente sistema de pensiones y jubilaciones de la institución de salud y como los gastos excedentes estaban mermando la atención del paciente.

El sistema de revisión consistió en buscar en todas las páginas de todas las secciones del periódico, las notas sobre cáncer en general, y en especial, el cáncer cervicouterino y el de mama. Se excluyó, por otro lado, la edición en línea de El Imparcial, la cual se utilizó únicamente como herramienta auxiliar para consultar los ejemplares anteriores cuando fue necesario, mismos que son presentados en una versión en línea de las páginas impresas.

Esa decisión se toma a partir de dos puntos principales: el tiempo y la forma. El primero, es la falta de tiempo para hacer una revisión en línea, debido a lo constante de la actualización de la información (en el caso de aquella que solamente se pueda acceder en su versión en Internet)

En el caso de la segunda se presentan dos complicaciones al querer hacer un análisis de la información presentada en Internet: 1) no todas las notas que se encuentran en la versión impresa se localizan en la versión en línea y 2) a pesar de que se encuentre, al no contar con la imagen fotografiada de la página física del periódico, dificulta el análisis del contenido ya que no permite establecer una estructura de la misma, dificultado la recolección y el registro de los datos.

Así, el trabajo de campo se llevó a cabo en la hemeroteca de la Universidad de Sonora, por ser el único lugar donde se tienen de forma completa y organizada todos los números publicados del diario, a diferencia del archivo del periódico El Imparcial, donde hacen falta algunos números. La revisión hemerográfica se realizó desde agosto hasta noviembre del 2006 y una segunda etapa en abril del 2007 hasta mayo del mismo año, donde se corrigieron errores de la primera revisión y se agregaron algunas características importantes para el análisis.

Ya en el campo, el registro de la información se llevó a cabo de la siguiente forma: cada vez que se detectaba un texto periodístico que versara sobre el tema, siempre y cuando cumpliera con los criterios de inclusión, se registraba, en una primera etapa en una hoja de cálculo de Excel. Las variables tomadas en cuenta fueron las siguientes:

De identificación. Fecha, balazo, encabezado, sumario y tipo de cáncer. Estas variables sirven, en primera instancia, para reconocer el texto y ubicarlo con mayor facilidad para el análisis del discurso.

De ubicación. Esta categoría tiene varios vértices individuales, los cuales ayudarán más adelante a dictaminar la importancia que este medio le dio al tema del cáncer, más sus diferentes tipos. Dichos vértices son:

- *Sección:* General, Activa, Hermosillo, Nacional, Internacional, Principal, Espectáculos, Navojoa-Guaymas, Estatal, Deportes, Metro, The New York Times, Sonora, Vida Salud, Lectores, Opinión, Sociales, Familia, Salud, Noroeste, Mercados, Especial.

- *Página:* se registró la página en la cual aparece la nota, por ejemplo: 1/A. El uno indica el número de página y la letra la sección, en este caso sería la primera página de la sección principal. Esta variable posteriormente se evaluará como “par o impar”, con el fin de que, en conjunto con los demás valores, ayude a remarcar el manejo que el medio hace de esta información.

- *Ubicación espacial en la página:* esquina inferior izquierda, central, esquina inferior derecha, esquina superior derecha, esquina superior izquierda, base superior, base inferior, centro izquierda, centro derecha, $\frac{3}{4}$ página, lateral izquierdo, lateral derecho, mitad superior, mitad inferior, toda la página, $\frac{2}{3}$ página. Los valores de estas divisiones se explicará más adelante.

- *Ubicación en el medio:* portada, contraportada y/o interiores.

De características: número de columnas, número de párrafos, utilización de color y/o imágenes, tipo de cáncer y tema tratado (prevención/detección temprana, epidemiología, acción/declaraciones asociaciones civiles, investigaciones científicas/tecnológicas, acción/declaraciones gubernamentales, repercusiones en la vida, dudas de los lectores, acciones/declaraciones institucionales, declaraciones médicas, terapias alternativas).

Una vez revisados exhaustivamente todo el material, se procedió a capturar los datos en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 12.0 para Windows, donde se elaboraron las tablas de frecuencia o de contingencia, por medio las cuales se logró hacer los cruces de información entre dos o más variables.

Análisis de contenido y análisis del discurso: estrategias de análisis

Con el fin de tener un panorama más amplio sobre el manejo y proyección de la importancia del tema de cáncer, se utilizaron dos formas de análisis: de contenido y del discurso. Mientras que la primera está destinada a deshilvanar el manejo que cierto medio da a la información sobre un tema en particular, el segundo dirige su atención al qué se dice, cómo se dice e, inclusive, el por qué se dice de cierta forma y no de otra. Ambas técnicas son una herramienta valiosa para descubrir, como uno de los objetivos de esta tesis, cuál es el discurso sobre cáncer cervicouterino y de mama expuesto en el periódico El Imparcial.

Análisis de contenido

El análisis de contenido se reconoce como una perspectiva metodológica que facilita la interpretación de los mensajes, tanto escritos como implícitos del objeto de investigación. Esto es, el análisis de contenido no se limita a los textos, sino que se extiende a otras formas de discurso, como son el pictórico, musical y, para este caso, la estructura a partir de la cual los medios de comunicación impresos organizan y presentan la información que emiten a sus lectores (Delgado y Gutiérrez 1999).

Esta es la metodología más comúnmente utilizada cuando se habla de análisis de medios de comunicación, sobre todo en el caso de los impresos. Algunos ejemplos de trabajos de investigación de análisis de contenido pueden encontrarse en la literatura nacional y estatal.

En el área de la salud, Campos et. al. (1982) presentan un análisis de categorías sobre el proceso salud-enfermedad en la prensa escrita. El trabajo, parte del supuesto de que los medios de comunicación cumplen con una función ideológica al ser parte fundamental de los aparatos ideológicos del estado.

Esta función ideológica, mencionan Campos et.al., tiene como objetivo central la reproducción de las relaciones dominantes. Como consecuencia, entonces, los problemas de salud-enfermedad que se presenten en los medios de comunicación solamente expresarán parcialmente esos conflictos y contradicciones del sistema, teniendo un manejo ideológico.

En cuanto a la metodología utilizada, los autores del trabajo seleccionaron solamente periódicos matutinos y revistas, los cuales fueron elegidos dependiendo de su

tiraje. El análisis, por otro lado, se dividió en dos partes: cualitativo y cuantitativo. El primero a partir de la medición por centímetros de cada publicación y en el segundo, se sumaron estas estadísticas a la detección de denuncias de problemas, así como su casualidad, soluciones y en sentido general, las soluciones específicas, así como la referencia a sectores socioeconómicos.

Otro ejemplo de la utilización de la metodología del análisis del contenido en el análisis sobre temas de salud lo presenta Ávalos et.al. (1982) quienes en este caso, se enfocaron a analizar la influencia de los medios de comunicación masiva en la reproducción familiar y las formas de medicina popular utilizadas por las familias mexicanas.

En este caso, Ávalos et.al., parte del supuesto de que la sociedad mexicana recibe información de los medios de comunicación y que, por lo tanto, deberían ser mejor aprovechados por el Estado para generar una mejor política de salubridad e información médica sobre los problemas más comunes que afecta la salud de la población.

Al igual que en este trabajo de tesis, Ávalos et.al. nunca supone que sean los medios de comunicación los responsables del proceso salud-enfermedad, ni tampoco se les considera como unidades de infinito poder e influencia sobre los receptores, pero reconocen su capacidad de ayudar, favorecer o entorpecer las acciones dirigidas a la educación para la salud.

Los autores, basan su análisis en dos niveles: directos e indirectos y para la recopilación de la información seleccionaron exclusivamente medios impresos de mayor tiraje del centro del país.

Un último ejemplo de la utilización de la metodología del análisis de contenido para el estudio de temáticas de salud, es el de Revuelta et.al. (2004). El objetivo de esta investigación es alcanzar una mayor comprensión del papel de la prensa diaria en la transmisión de las cuestiones de género y salud, para lo cual se estudió el contenido de los cinco diarios con mayor difusión en España: El País, ABC, El Mundo, La Vanguardia y El periódico de Cataluña, durante un periodo de tiempo de cinco años, así como la versión electrónica de The New York Times, en el periodo 1990-1999.

Como resultado, reconocieron una distribución desigual en la responsabilidad sobre la información publicada, ya que mayormente eran hombres quienes ocupaban los puestos

directivos, las notas eran principalmente escritas por hombres y finalmente, en cuestiones de fuentes de información también sobresalió el sexo masculino.

En los tres casos se llevaron a cabo revisiones hemerográficas de medios de comunicación y se expone explícitamente el proceso que siguió para la obtención de los datos. La metodología utilizada entonces, es similar a la que se llevó a cabo para este trabajo de investigación.

Como parte de esta metodología, entonces, se reconocen varios componentes, los cuales son: la elaboración de los datos, reducción de los datos, inferencias y análisis (Krippendorf 1990).

Como datos, el autor reconoce a una unidad de información registrada en un medio duradero, los cuales son analizables y se relacionan estrechamente con el tema del que se trata.

Así, para este trabajo se tomarán como datos la información recopilada a través de la exhaustiva revisión hemerográfica realizada, los cuales fueron registrados y procesados mediante el programa SPSS 12.0 para Windows.

Para su registro y proceso, se establecieron las siguientes variables: tipo de cáncer, sección, género informativo, extensión, página, ubicación espacial en la página, ubicación en el medio, columnas, color o blanco y negro, fotografías, tema, origen, producción propia o de agencia, año de publicación, mes de publicación, balazo y sumario.

Cada variable contó con diferentes valores, a los cuales se les asignó un número para representarlos en la captura del programa a fin de posibilitar su análisis. Es importante mencionar que los valores otorgados son de tipo nominal y no establecen un tipo de orden o escala entre ellos.

La reducción de los datos se da una vez capturada toda la información en el programa mencionado. SPSS facilita la generación de variables a partir de otras ya existentes, opción que se utilizó para simplificar y agrupar los datos según fue necesario.

Al inicio de esta investigación, y con intenciones estadísticas, se registraron, nota por nota, todos los tipos de cánceres de los cuales habló el periódico El Imparcial en el período establecido. A pesar de la exactitud de estos datos, lo extensivo de los mismos dificultaba el análisis de la información. Así, a partir de la utilización de SPSS 12.0 para

Windows, se logró la agrupación de los datos, facilitando la reducción de los mismos como se muestra a continuación:

Tabla 1: Agrupación de los datos según variable

VARIABLES	Valor	Valor numérico
Tipo de cáncer	Varios incluidos el CaCu y CaMa	1
	CaMa	2
	CaCu	3
	CaMa y CaCu	4
	Otros	5
	General	6
	“No específica”	7
Sección	General (Nacional, Internacional, New York Times)	1
	Salud (Activa, vida salud, familia y salud)	2
	Local (Hermosillo, metro)	3
	Estatal (Estatal, Sonora, Noroeste, Navojoa-Guaymas)	4
	Opinión (Lectores y opinión)	5
	Sociales	6
	Mercados	7
	Deportes	8
	Espectáculos	9
	Especiales	10
	Principal	11
Género informativo	Nota informativa (Nota informativa, avance informativo y breve informativa)	1
	Artículo informativo	2
	Entrevista	3
	Preventivo	4
	Reportaje	5
	Columna	6
	Historia de vida	8
	Carta al editor	9
	Publireportaje (Publireportajes y anuncios)	10
	Poemas	11
Ubicación espacial en la página	Esquina superior izquierda	1
	Esquina superior derecha	2
	Centro (Centro, centro derecha, centro izquierda)	3

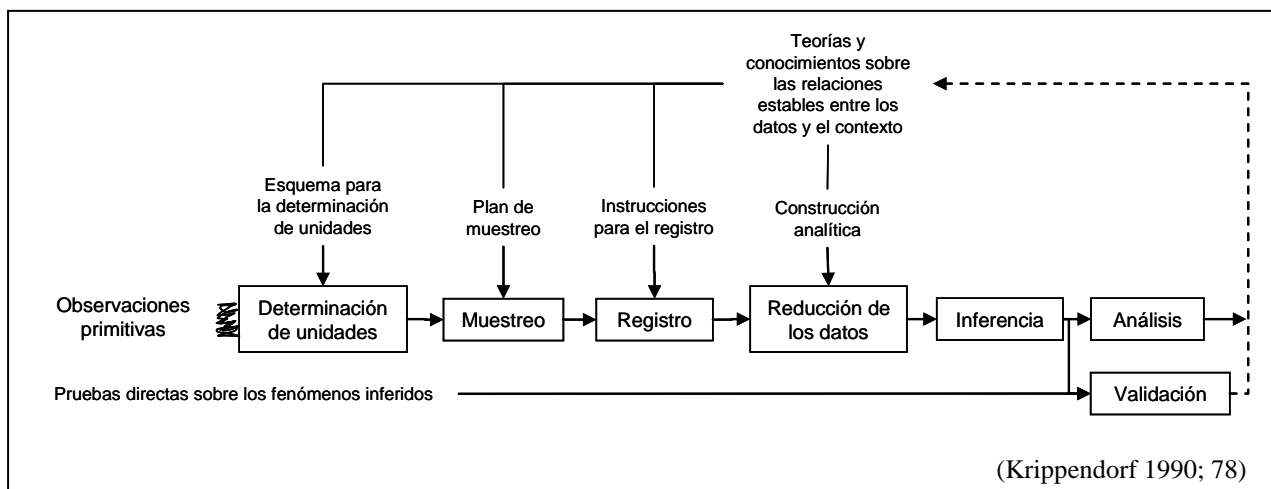
	Esquina inferior izquierda	4
	Esquina inferior derecha	5
	Base superior (Base superior y mitad superior)	6
	Base inferior (Base inferior y mitad inferior)	7
	¾ de página	8
	2/3 de página	9
	Toda la página	10
	Laterales	11

No fue necesario combinar los valores del resto de las variables, de tal forma que mantuvieron su estructura original.

La comparación de las variables presentadas se realizó a partir de la creación de tablas, tanto de frecuencia, como de contingencia. Éstas últimas toman las variables seleccionadas y cruzan sus valores, de tal forma que pueda establecerse una relación entre ambas y finalmente comparar los datos estadísticos con las inferencias que se presentaron previas a la realización del análisis de los números.

Estas inferencias, por otro lado, se exponen en dos partes de esta tesis: la primera de ellas se encuentra en el marco teórico (ver capítulo I) y la segunda en el panorama epidemiológico del cáncer (ver capítulo III). A partir de estos dos puntos, se explicitan los conocimientos que la autora tiene de la enfermedad, y al ser el análisis de contenido susceptible al contexto, permitirán la interpretación de la información provista por la revisión hemerográfica.

Cuadro 3: Procedimientos utilizados en el análisis de contenido



Las técnicas de análisis utilizadas, se dividen en dos partes: la presentación de tablas de frecuencia y el análisis de contingencias. En el caso de la primera, se establece el número de textos informativos y editoriales que se publicaron en el período acotado para esta tesis, de ahí, se extrae cual es la proporción de textos que trataron específicamente de cáncer cervicouterino y el cáncer de mama. En el caso del segundo, se establece relación entre las diferentes variables analizadas, para ver cual es su comportamiento dentro de medio de comunicación, a fin de establecer una jerarquía en cuanto la publicación de temáticas, para después hacer una comparación de estos datos con los preceptos establecidos en los capítulos dedicados a los antecedentes.

Análisis del discurso

Después de haber realizado el análisis del contenido, donde pudo obtenerse parte del discurso no escrito por el periódico El Imparcial, es ya necesario entrar en materia, es decir, enfocarse al punto central de esta tesis, el análisis del discurso.

Se realizó un análisis interpretativo de los textos informativos, a partir de los siguientes ejes:

El cáncer como metáfora

La metáfora establece una relación de semejanza entre los significados de las palabras, inclusive cuando en la realidad esas palabras no se encuentran vinculadas entre sí (Beristáin 2000) (ver capítulo I).

Para efectos del estudio, las metáforas del cáncer se identifican como las diferentes formas en las cuales los autores de los textos informativos mencionan al cáncer, por ejemplo: “**Avanza** este **mal** en mujeres mayores de 40 años”. (El Imparcial 20 de julio de 2005). La sustitución del nombre de la enfermedad por el de “mal” le brinda un nuevo significado, ya no es solamente un problema de salud y al combinarse con la palabra “avanza”, da una connotación no de un “algo” sino casi de un “alguien”, así, la metáfora en este punto es del cáncer como un “ente con vida propia”.

Los otros ejes de análisis derivados de la metáfora son:

Cáncer como obstáculo de vida: esta metáfora se identifica cuando los textos informativos aluden a las limitaciones que tienen que pasar los pacientes con cáncer, ya sea interrupciones en sus actividades diarias o de sus metas de vida a partir del conocimiento o del curso de la enfermedad.

Cáncer como lucha: se utiliza esta metáfora cuando en el texto el estar enfermo no es una cuestión de salud, sino de fuerza y trabajo tanto de los pacientes, como de los médicos que intervienen en el proceso. La persona no se alivia del cáncer sino que lo vence.

Cáncer como castigo: el cáncer se metaforiza como castigo cuando en el texto, el reportero o el mismo entrevistado hace referencia a fuerzas externas que provocaron esta enfermedad para “mostrarle una lección” o como consecuencia de actos pasados (ver capítulo I).

Cáncer como ente biológico o biomédico

En este punto se toman los textos periodísticos que presenten al cáncer como resultado de un proceso biológico, cuyo resultado deriva de la división acelerada de células anormales (Palacio 2002) en algún órgano o área del cuerpo y su tratamiento depende de un modelo biomédico de atención a la salud. Para este eje se tienen dos divisiones de análisis:

Cáncer como evento epidemiológico/estadístico. Bajo esta categoría se engloban los textos periodísticos que, al hacer referencia al cáncer, lo hacen bajo términos estadísticos, ya sea con datos de mortalidad, incidencia o prevalencia de la enfermedad. También se incluyen aquellos que hagan referencia a factores de riesgo y estudios epidemiológicos.

Cáncer como resultado biológico-genético: en este punto se toman los textos donde no aparecen los factores sociales o individuales que facilitan la aparición del cáncer y se expresa como resultado de una predisposición genética y/o biológica del individuo para desarrollar la enfermedad.

Cáncer como responsabilidad del individuo

El cáncer se establece como responsabilidad del individuo cuando en el texto periodístico hace referencia a la enfermedad no como un resultado biológico, sino derivado del comportamiento de la persona. Los ejes a analizar son los siguientes:

Descuido: la persona tenía síntomas o antecedentes de cáncer (en su familia o de ella misma) y no hace caso, provocando el desarrollo de la enfermedad e inclusive la muerte a consecuencia.

Miedo: el o la paciente teme enfrentarse a la noticia del cáncer, o bien, a hacerse los estudios de detección temprana, ya sea por desconocimiento o por cuestiones culturales.

Desconocimiento: el o la paciente no conocía los factores de riesgo, los síntomas, las formas de detección temprana, o bien, a dónde podía acudir para realizarse las pruebas como el papanicolau o la mastografía.

Por hábitos de vida: se responsabiliza al (a) paciente porque sus hábitos de vida como: fumar, tener relaciones sexuales con varias parejas, alimentación, falta de ejercicio, entre otras cosas y se asume que estas conductas lo llevaron a desarrollar la enfermedad.

Por género: la enfermedad se ve como resultado de los roles de género, por ejemplo: la mujer desarrolló cáncer cervicouterino porque se preocupa más por la salud de los demás, que por la suya propia, así que dejan su atención médica hasta el final.

Cáncer como enfermedad social

Se reconoce al cáncer como una enfermedad social cuando se responsabiliza a la comunidad sobre la salud de los individuos, ya sea a través de las solicitudes de ayuda, los movimientos de las asociaciones civiles, campañas de ayudas, entre otras cosas.

Enfermedad de la pobreza: se considera un discurso del cáncer como una enfermedad de la pobreza cuando se hace referencia a la presencia de la enfermedad o a la muerte por esta causa, debido al perfil socioeconómico de la paciente.

Problema cultural: se habla de un problema cultural, cuando se hace referencia a que las mujeres no practican la prevención, o bien, se atienden de forma tardía debido a las costumbres del sector donde residen.

Problema económico: este punto se ve reflejado cuando se habla de las dificultades monetarias tanto para tomar acciones preventivas como curativas, es decir, las familias, las mujeres o una persona en sí, no puede atender su salud debido a las cuotas.

Contaminación: el cáncer como resultado de la contaminación se deja ver cuando en los textos periodísticos hacen referencia a problemas ecológicos como un factor responsable de la enfermedad, ya sea por contaminación en los alimentos o en el medio ambiente mismo.

Cáncer en la atención NO biomédica

En este punto se abarcan aquellos textos donde se hablan de terapias alternativas no dirigidas por el modelo biomédico, ya sea por homeopatía, acupuntura o técnicas de alimentación, entre otros.

Estrategias de análisis

El análisis del discurso se da en dos dimensiones textual y contextual. “Las dimensiones textuales, dan cuenta de las estructuras del discurso en diferentes niveles de descripción. Las dimensiones contextuales relacionan estas descripciones estructurales con diferentes propiedades del contexto, como los procesos cognitivos y las representaciones o factores socioculturales” (Van Dijk 1990, 45).

Con niveles de descripción se hace referencia específicamente a la sintaxis y a la semántica. El objetivo es, en un primer nivel, descubrir cual es el significado de las palabras utilizadas para nombrar al cáncer dentro de la oración en el texto, para finalmente ubicarlas en el contexto de un discurso social sobre el cáncer cervicouterino y de mama reflejado a través del medio informativo.

Van Dijk (1990), propone un estudio estructural de las noticias, mediante el reconocimiento de macroestructuras, las cuales en resumen, son el tema general de la información, que en este caso son el cáncer cervicouterino y de mama. Ya reconocido esto, se hace una división más, las macroposiciones, que, según explica el autor, son los constructos de significados más pequeños e independientes del lenguaje y pensamiento y se expresan mediante oraciones unitarias. Estos dos niveles se unen a través de las

macrorreglas, de forma sintetizada, son un resumen, donde se jerarquizan las ideas del texto.

“Estas reglas definen el resultado final, el núcleo, la información más importante y, por lo tanto, el tema o asunto para cada secuencia de proposiciones de un texto”. (Van Dijk, 1990). Esta estructura del texto, puede ser presentada a manera de diagrama de árbol, donde, para el caso de este trabajo de investigación, la cabeza sería el cáncer cervicouterino y de mama (según el caso) y las macroproposiciones se representan por los ejes de análisis, por ejemplo “el cáncer es una metáfora”, la cual se vislumbrará a través del reconocimiento de las macrorreglas, es decir, el resumen de los textos informativos.

Estas macrorreglas fueron sistematizadas para su análisis a través de la creación de matrices, donde se registraron los textos informativos según las diferentes temáticas o bien, ejes de análisis. Es necesario reconocer en este punto una debilidad: parte de la interpretación depende del estudio del tema.

Como se dijo anteriormente, para obtener el discurso de un medio informativo no es suficiente con analizar el texto por sí mismo, es necesario incluir también el contexto sobre el cual está dada la información.

Según Van Dijk (1990, 1993), el contexto está señalado dentro de un texto periodístico por expresiones de simultaneidad como “mientras”, “durante”. “Semánticamente, la información del contexto debe denotar la situación actual, que consiste en otros sucesos informativos concretos, y no la situación en general” (Van Dijk 1990, 84).

Para el caso del cáncer cervicouterino y de mama, por ejemplo, se tiene como indicadores de contexto a: las referencias sobre índices de mortalidad, incidencia o prevalencia de estas enfermedades, la función de algún programa (gubernamental o de asociaciones no gubernamentales) de atención o prevención de la enfermedad, campañas de prevención o detección temprana, referencias a situaciones socioeconómicas, ya sea del lugar o de la paciente.

Ahora bien, el estilo mismo del discurso es también un indicador del contexto, el cual se define como “un señalador de las propiedades sociales del hablante y de la situación sociocultural del hecho del habla (...) el estilo es el conjunto total de los detalles estructurales y variables y característicos del discurso que son una variación del contexto

social y personal del hablante, dada una invariante semántica, pragmática o situacional” (Van Dijk, 1990, 123).

A partir de la forma en la cual es organizada la información puede entreverse cuáles son, para esa sociedad, las temáticas más importantes que interesan a la sociedad. Asimismo, las palabras que se utilizan para hacer ese llamamiento al interés del público tienen que ver directamente con la forma en la cual las personas interpretan la sociedad en la que viven. Es decir, la representación del cáncer como un ente metafórico, no es una idea al azar provista por el medio de comunicación, sino que responde al entorno en el cual se desarrolla, se emite y se recibe la información.

Van Dijk (1993), establece que el estudio de la macroestructuras semánticas puede mostrar como las proposiciones son ordenadas por orden jerárquico de importancia, relevancia o dominio conceptual. Por otro lado, el análisis del orden de las palabras, o bien, de las estructuras sintácticas, puede revelar que conceptos o proposiciones son más importantes o prominentes en la mente del hablante.

Esta representación y ordenamiento jerárquico de las palabras, caracterizadas en el estilo de la redacción periodística está relacionada de diferentes formas para delinear estas representaciones y procesos cognitivos, y al mismo tiempo, implementan varias propiedades de la interacción social en situaciones comunicativas.

“De esta forma, el discurso es de hecho la interfase entre el individuo y lo social, entre cognición y comunicación, entre creencias sociales y la forma en que se expresan y se reproducen por los miembros de su grupo” (Van Dijk 1993,36)¹⁴.

Es decir, la palabra en sí es arbitraria (Toussaint, 1997), pero la selección de las mismas va directamente relacionadas con los significantes de la persona (Saussure 1998). Por ejemplo, se consideraría estilístico por parte del medio de comunicación sustituir la palabra cáncer por “el mal”, pero con base en lo anterior, se asume que se elige debido a la reproducción de un discurso social de dicha enfermedad, lo mismo pasa cuando se seleccionan palabras como vergüenza, cobró (para referirse a las muertes a causa del cáncer cervicouterino o de mama) o lucha (cuando se habla de la trayectoria del paciente).

Así, a partir de este análisis semántico se intenta recuperar el discurso social que hay detrás del discurso del periódico El Imparcial, reconociendo de esta forma la labor de

¹⁴ Traducción hecha por la autora.

los medios de comunicación como reproductores, difusores y permutadores del discurso de la construcción social que existe, en este caso, alrededor del cáncer cervicouterino y de mama.

Capítulo III: El terreno en concreto: panorama epidemiológico

El capítulo tiene como objetivo describir el panorama epidemiológico del cáncer, primero en el ámbito mundial, para después llegar al nacional y el estatal. Con la idea de reconocer su relevancia en la salud pública se explorarán también los factores de riesgo que se han detectado tanto para el cáncer cervicouterino como el de mama, la historia de la enfermedad y sus tratamientos preventivos y curativos.

¿Qué es el cáncer?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “cáncer”, es un término genérico utilizado para nombrar a más de 100 enfermedades, las cuales pueden afectar cualquier parte del cuerpo. Otros términos utilizados para ello, son tumores malignos y neoplasias. (OMS, 2007).

Etimológicamente, el término cáncer, proviene del griego *Krakino* y del latín *cáncer*, que significa cangrejo y se nombró así a esta enfermedad, “según Galeno, por las venas hinchadas de un tumor externo y las patas de un cangrejo; y no, como muchos creen, porque una enfermedad metastásica se arrastre o se desplace como un cangrejo”. (Sontag 1996, 17)

Esta enfermedad, se caracteriza por la acelerada reproducción y crecimiento, sin límites, de células anormales que pueden llegar a invadir partes cercanas del cuerpo o bien, expandirse a otros órganos, mediante un proceso llamado metástasis. Como parte de su desarrollo, el cáncer se origina a partir de una sola célula, esta transformación de célula normal a una de tumor, es un proceso largo que atraviesa por varias etapas.

Pero, a pesar del gran número de investigaciones que se han hecho sobre el cáncer, aún no se sabe exactamente cuales son sus causas, pero la principal línea abordada al respecto es el factor biológico y en específico, el genético. Según esta perspectiva, el cáncer ocurre cuando hay alteraciones en los genes responsables del crecimiento celular, mismas que pueden ser provocadas tanto por factores genéticos del huésped como por agentes externos. (IMSS 2004; OMS 2007; Tomatis 1997)

Como factores externos, se entiende, por ejemplo, los rayos ultravioleta, la contaminación por químicos, así como algunos tipos de virus (Hepatitis B, Virus del

Papiloma Humano, Helicobacter Pylori) y parásitos. Actualmente se estudian otros factores externos que también pudieran estar relacionados con la presencia o desarrollo del cáncer, los cuales tienen que ver con el entorno social del individuo, es decir, sus costumbres o su alimentación que complejiza el estudio de las causas que originan el cáncer entre otros factores, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2: Factores de riesgo relacionados con el entorno social del individuo

Evidencia	Disminuyen el riesgo	Aumentan el riesgo
Convinciente	Actividad física (colon, seno).	Sobrepeso y obesidad (esófago, colorectal, seno, endometrio y riñón).
Probable	Frutas y vegetales (cavidad oral, estómago, colorrectal)	Carne en conservas (colorectal, esófago). Sal y comidas preservadas con sal (estómago). Comidas y bebidas muy calientes (cavidad oral, faringe, esófago).
Posible/insuficiente	Fibra, soya, pescado, vitamina B2, B6, folate, B12, C, D, E, calcio, selenio, componentes no-nutritivos de las plantas.	Grasa animal, aminas heterocíclicas, y carbohidratos aromáticos policíclicos, nitrosaminas.

(OMS, 2007)

Estos elementos son solamente algunos ejemplos de que interesa señalar, y posteriormente se aprecian en algunos textos informativos.

Panorama epidemiológico del cáncer en México y Sonora

Con la transición epidemiológica el panorama de la enfermedad cambió. Mientras que en los países en desarrollados la mortalidad por enfermedades infectocontagiosas fue sustituida por las crónico-degenerativas, en los países del llamado tercer mundo se mantiene una polarización de este fenómeno, donde en lugar de haber pasado de un estado la predominación de un tipo de enfermedad a otro, se empalmaron ambos escenarios, perjudicando a quienes menos recursos económicos tienen.

Actualmente, a nivel mundial, el cáncer es una de las principales causas de muerte. De los 58 millones de fallecimientos registrados para el 2005, 7.6 millones (13%), fueron por cáncer y de éstos el 70% se presentaron en países en desarrollo, como México. (OMS, 2007).

Así, en los países en desarrollo la transición epidemiológica no se dio de forma radical, sino ha sido un proceso gradual. Las enfermedades infectocontagiosas no han cedido el paso a las enfermedades crónico-degenerativas, sino que se ha desarrollado una yuxtaposición, dando a lugar a lo que Julio Frenk (1995) llama un modelo polarizado prolongado. Es decir, además de la constante presencia de las enfermedades anteriormente denominadas de la pobreza (Frenk 1995; Frenk 1994), se sumaron al cuadro epidemiológico enfermedades crónico-degenerativas, las “de los ricos”, como el cáncer.

“México ha visto el aumento continuo de las enfermedades crónico-degenerativas, afectando a sus habitantes, hasta constituirse en las principales causas de muerte y de enfermedad, aunque en este último aspecto compiten en desventaja con las enfermedades infecciosas, que siguen ocupando los primeros lugares y continúan concentrando la mayoría de los recursos destinados a la atención de la salud”. (www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm)

De esta forma, desde 1990 el cáncer ocupa el segundo lugar como causa de muerte en México, siendo las primeras causas de defunciones el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, estómago y finalmente el cuello del útero. Para el 2001, el cáncer provocó 55,731 defunciones anuales, 52 y 48% para mujeres y hombres, con una tasa por 100, 000 habitantes de 57 y 54 respectivamente. (www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm).

Según el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM), para el 2001 se registraron 102, 657 diagnósticos de tumores malignos, los cuales corresponden a 101.6 casos por cada 100, 000 habitantes. De acuerdo a la entidad de residencia, los estados con mayor número de casos registrados por 100,000 habitantes fueron: Distrito Federal (273.9), Nuevo León (237.6) y Nayarit (140.8); mientras que los de menor tasa fueron el Estado de México (31.7) y Quintana Roo (28.9). Por otro lado, los estados con mayor número de casos por 100,000 habitantes según la entidad de diagnóstico fueron el Distrito Federal (309), Nuevo León (237.7) y Sinaloa con 138; entre las de menor casos registrados se encuentran el Estado de México (21.7) y Quintana Roo con 25.

En cuanto a la mortalidad, el RHNM menciona que las entidades federativas con mayor mortalidad por cáncer, para el 2001, (por 100,000 habitantes) fueron Distrito Federal (73), Sonora (72), Baja California Sur (68), Nuevo León y Sinaloa (66).

Según la Organización Mundial de la Salud, existe una relación directa entre la presencia de ciertos tipos de cánceres y la situación socioeconómica de las diferentes regiones. Por ejemplo, aseguran, el cáncer cervicouterino marca una tendencia más alta de mortalidad en los países de menor desarrollo, mientras que en los países desarrollados lo es el cáncer de mama. Las explicaciones a esta situación se basan en los factores socioculturales de las regiones, el acceso a los servicios de salud y la posibilidad de cubrir el alto costo de una enfermedad crónica como el cáncer, además de los factores de riesgo biológico.

“El cáncer está también fuertemente asociado con el estatus socioeconómico. Los factores de riesgo son más altos en los grupos con menor nivel educativo. Sumado a lo anterior, pacientes de clases socioeconómicas bajas tienen constantemente los índices más pobres de sobrevivencia, a diferencia de los estratos más altos” (www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cancer/en/index.html)

Entre estos factores se encuentran, los crecientes índices de obesidad derivados de la alimentación deficiente, la falta de actividad física y el tabú sobre el reconocimiento y la inspección del cuerpo (sobre todo en lo que respecta a los cánceres ginecológicos).

Otro punto importante es exponer la mortalidad de cáncer en su distribución por sexo y edad. Para el 2001, la población con mayor índice de mortalidad en los grupos de 45 a 64 y de 65 y más años fueron los hombres, mientras que en las mujeres aumenta a partir del grupo de 25 a 34 años de edad.

“En México se concentró el 11% de las muertes por cáncer, alcanzó una tasa de 6 por cada 100,000 habitantes en todos los grupos de edad y la población masculina duplicó la mortalidad que presentó en el grupo femenino, diferencia que se acentúa a partir de los 45 años.” (www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm).

**Cuadro 4: Mortalidad por tumores malignos según grupo de edad y sexo.
México-2001**

Grp. de edad	Masc.	Tasa*	Fem.	Tasa*	Total	Tasa*
<1	49	4.6	52	5.0	101	4.8
1 a 4	269	6.2	200	4.8	469	5.5
5 a 14	606	5.4	454	4.1	1060	4.8
15 a 24	804	7.9	531	5.2	1335	6.5
25 a 34	860	10.1	1034	11.8	1894	10.9
35 a 44	1279	21.0	2743	42.5	4022	32.0
45 a 64	7095	113.8	9837	147.0	16933	131.0
65 y más	15880	692.5	14025	527.4	29906	603.9
Se ignora	4	0.0	7	0.0	11	0.0
Total	26846	53.6	28883	56.7	55731	55.2

* Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: SEED/ DGE, SSA, preliminar

Cáncer cervicouterino

La importancia del análisis del discurso sobre cáncer cervicouterino, va más allá de la representatividad estadística de la enfermedad ya que es necesario sumar al análisis los factores sociales que favorecen su la presencia y desarrollo. Con factores sociales, se hace referencia a la educación, estatus socioeconómico, acceso a información y servicios de salud, así como la construcción social alrededor del cuerpo de la mujer.

Es oportuno hacer una descripción sobre qué es el cáncer cervicouterino, cuáles son los procesos biológicos que contribuyen a su desarrollo, su historia natural y cómo se estipula que debe ser prevenido.

El cáncer cervicouterino y su fase biológica

El cáncer cervicouterino es una enfermedad neoplásica maligna con origen en el cervix de la cual aún no se conocen las causas exactas que la provocan, pero están relacionadas con agresiones y lesiones múltiples al cervix, así como la presencia del virus del papiloma humano (VPH), el cual se considera como el principal responsable de dicho cáncer y cuya principal forma de transmisión es la vía sexual (Alliance for Cervical Cancer Prevention 2003; Population Reference Bureau 2004; IMSS 2004).

“Es muy difícil prevenir la transmisión del VPH. Los métodos anticonceptivos de barrera sólo tienen una eficacia parcial, dado que el virus puede existir en la mayor parte del área anogenital (incluso en las áreas que no son cubiertas por el condón masculino) y puede permanecer activo durante años” (ACCP 2003,1)

Así, el cáncer cervicouterino no es una enfermedad que aparece de la noche a la mañana. Dependiendo de la agresividad del genotipo del virus por el cual haya sido infectada la paciente, puede ser que su desarrollo dure más o menos tiempo y en algunos casos, inclusive, se puede quedar detenido por varios años. Según la Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP 2003), es más común que las mujeres jóvenes detecten la infección por VPH y, a pesar de las variaciones en la prevalencia entre regiones, el punto más alto se encuentra en las mujeres entre 20 y 24 años.

Sus etapas de desarrollo se dividen en las siguientes:

Displasia leve (NIC I): es cuando las células muestran cambios anormales mínimos, los cuales pueden ser resultado de una infección vaginal.

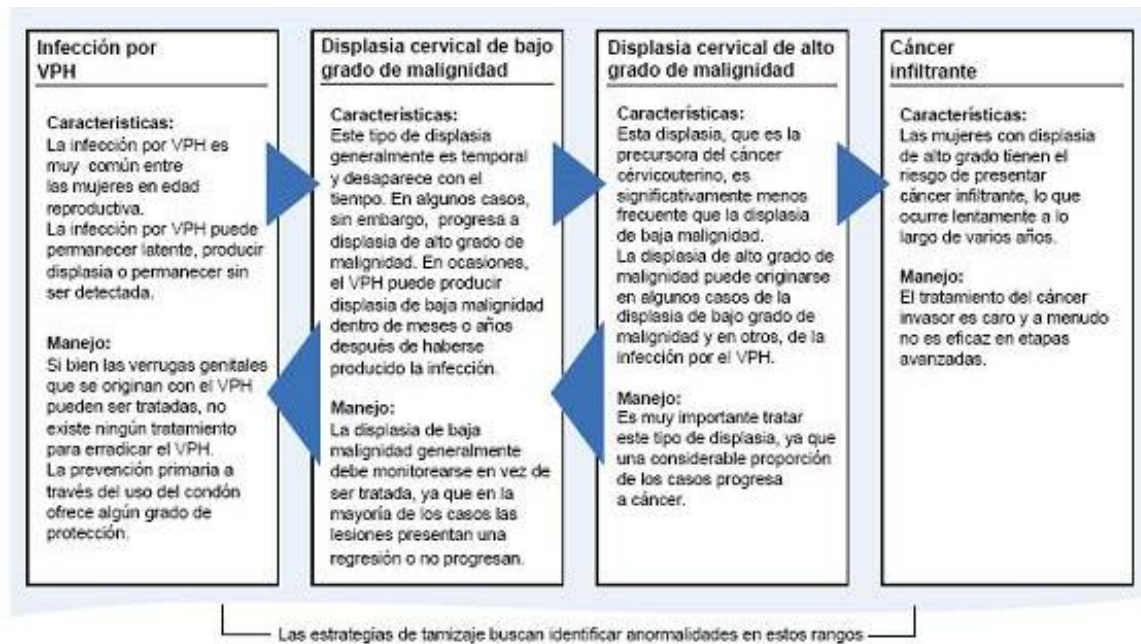
Displasia moderada (NIC II): en este punto las células son claramente anormales con núcleos agrandados y de forma rara.

Displasia grave (NIC III): Anormal. Las células tienen serios cambios.

Cáncer in situ: Hay células cancerosas están delimitadas en una área. Detectada a tiempo es 100% curable.

Cáncer invasor: Es un cáncer más profundo o que se ha extendido a órganos o tejidos cercanos (CAMMMAC 1995; ACCP 2003; IMSS 2004)

Cuadro 5: Historia natural del cáncer cervicouterino e implicancias programáticas



Fuente: Alliance for Cervical Cancer Prevention [ACCP]. 2003. *Prevención del cáncer cervicouterino. Ficha descriptiva*. Estados Unidos: Alliance for cervical cancer prevention.

La prevención del cáncer cervicouterino, según estipula en la Norma Oficial NOM 014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino, debe realizarse por medio de la promoción de la salud y la detección oportuna, a fin de evitar o disminuir los factores de riesgo y a descubrir de forma temprana las alteraciones citológicas.

Además de la presencia del VPH como factor de riesgo, está: ser mujer en el grupo de edad de 25 a 64 años, inicio temprano de relaciones sexuales (es decir, antes de los 18 años), el tener múltiples parejas sexuales (ella o su pareja), antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo, deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E, así como nunca haberse practicado el estudio citológico mejor conocido como Papanicolaou (SSA 1998).

El cáncer se diagnostica en dos etapas: la primera es la realización del papanicolaou, donde se detecta la presencia de células malignas. La segunda, es la confirmación de este resultado a través de la colposcopia.

Hay críticas respecto a estos métodos de detección. Según Population Reference Bureau (2004), aún cuando el Papanicolaou es un método importante, lo considera como ineficaz ya que tiene un éxito limitado en los países en desarrollo, donde “la mayoría de las mujeres no llega a hacerse siquiera un papanicolaou”.

En México, para 1996, se dedicaron recursos suficientes para realizar un total de 3 millones 316 mil pruebas de papanicolaou, las cuales iban destinadas a una población de 16 millones y medio de mujeres entre 25 y 65 años

“Esta cantidad es insuficiente si se considera que la Norma Oficial Mexicana recomienda una prueba de detección, cada tres años, para las mujeres que presentan resultados negativos en sus dos citologías anuales previas”. (Gómez Jáuregui 2001:280)

La autora explica que para el 2001, hubo una prevalencia del uso del Papanicolaou del 53%, es decir ese porcentaje de mujeres se realizaron la prueba de forma regular, lo que significó que al menos ocho millones y medio de mujeres nunca se la habían realizado. (Gómez-Jauregui 2001).

Factores sociales que intervienen en el cáncer cervicouterino

Históricamente en México la prueba del Papanicolaou comenzó a realizarse en 1949 en el Hospital de la Mujer, pero su uso masivo se dio hasta 1974, con el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer (PNDOC). Desde el comienzo de la década de los setentas, los tumores malignos comenzaron a tomar fuerza entre las causas de mortalidad hasta llegar, en 1970, a figurar entre las diez primeras, tendencia que continuó hasta el final del siglo XX.

En México, para 1990 el cáncer cervicouterino presentó una tasa de mortalidad de 25 por 100 mil mujeres de 25 años y más, la cual se fue reduciendo anualmente, siendo de 23.7 para 1991 y 1992, 23 en 1993, 22.2 en 1994, hasta llegar a 20.9 en el año de 1997. (Conapo 2007).

A pesar de esta disminución en las tasas de mortalidad del cáncer cervicouterino a nivel nacional, en algunos estados de la República siguió funcionando como la primera causa de muerte por cánceres ginecológicos para la población de 25 años o más, no así en Sonora, donde pasa al segundo lugar al ser suplantado por el cáncer de mama.

En el estado, para 1997 el cáncer cervicouterino presentó una tasa de mortalidad de 19.2 muertes por 100 mil habitantes de 25 años o más y, según el INEGI, este comportamiento se mantuvo hasta el 2002, al quedar siempre en el intervalo de 15 a menos de 20 (INEGI 2005; Conapo 2007; SSA 2002; SSA 2003).

Actualmente, el cáncer cervicouterino constituye un problema de salud pública mundial, que concentra su incidencia principalmente en los países en desarrollo. Según Muñoz (2000:14, citado en: Olivas, 2004:54), este tipo de cáncer se ha consolidado como el segundo más común en las mujeres, antecedido únicamente por el cáncer de mama.

Estadísticamente cada año, indica Muñoz, se identifican alrededor de 500, 000 nuevos casos a nivel mundial, de los cuales, cerca del 80% se presentan en los países en desarrollo, donde prevalecen condiciones de pobreza, bajos niveles de escolaridad y accesibilidad limitada a servicios. Las tasas más altas, indica, se presentan en África subsahariana, Latinoamérica, especialmente en Centro América y en algunos lugares de Asia, mientras que las tasas más bajas se presentan en países del norte y sur de Europa, Canadá, Estados Unidos y el Medio Oriente. (Muñoz, 2000:14, citado en: Olivas, 2004:54)

En el ámbito nacional, el aumento de las tasas de cáncer cervicouterino se ha sostenido en las últimas dos décadas y actualmente representa la segunda causa de muerte en mujeres mayores de 25 años y en Sonora, esta situación se mantiene desde 1985 (Castro y Salazar, 2001:21).

Fue durante el decenio de 1990 al año 2000, cuando la mortalidad por cáncer cervicouterino muestra un descenso en su tendencia, el cual va de 25.0 a 19.3 por 100 mil mujeres mayores de 25 años y donde el número de defunciones por esta causa sumaron 4 mil 600. (Programa de acción: Cáncer Cervico Uterino 2002:19) (Citado en Olivas, 2004:56)

Para 1997 esta enfermedad tuvo en Sonora un comportamiento muy similar a la mortalidad nacional para las mujeres mayores de 25 años y pasa a constituirse en 1998 como la segunda causa de muerte, dejando el primer lugar al cáncer de mama. Asimismo, según la Secretaría de Salud Pública, esta disminución prevaleció hasta el cierre del 2002, con una tasa 14.2 por cada 100 mil mujeres mayores de 25 años para este cáncer. (SSP, Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad reproductiva, 2002).

El cáncer cervicouterino parece tener más vertientes para existir y dificultades para combatirse que aquellas que determinadas por su naturaleza biológica. Según la investigación realizada por Carmen Castro y Gilda Salazar Antúnez (2001), son variados los factores sociales que interfieren en la detección oportuna de esta enfermedad, así como su tratamiento y prevención. En un primer punto relatan que, en Sonora la mayor parte de las muertes ocurridas de 1985 a 1993 fueron de mujeres que contaban con menor escolaridad en el estado y especifican que la pobreza en mujeres, traducida en ingresos menores, acceso reducido a la información y a los servicios de salud y baja escolaridad, es un factor de riesgo para desarrollar el cáncer cervicouterino.

Pero la no prevención o detección temprana del cáncer cervical, va más allá de un problema de cultura o conciencia acerca de la prevención a través de la prueba del papanicolau. Un estudio realizado por Lazcano et al (1999) en el cual se esperaba determinar los factores que intervenían en la toma de decisión de las usuarias del Programa de Detección Oportuna de Cáncer, sobre si realizarse o no la prueba del papanicolau, el autor identifica varios factores en un grupo de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) seleccionadas al azar en el estado de Morelos.

En este, se determina que la frecuencia en la demanda de los servicios de salud es un factor clave, ya que el tamizaje¹⁵ en estas mujeres ocurría de forma oportunista, cuando asistían a consulta de planificación familiar, control prenatal o ante la presencia de algún síntoma ginecológico o abdominal.

Castro y Salazar (2001) rescatan aquellos puntos que provocan un retraso en la atención, entre los cuales identificaron la vergüenza, el trato por parte del personal de salud, “la desidia” (como ellas la llaman), la falta de presencia de síntomas, el miedo (ya sea a los resultados o a la prueba misma), escasez de información, el nivel socioeconómico y la escolaridad.

Hablan, además, de cómo la construcción social del cuerpo en la cual se ven envueltas las mujeres sonorenses las retrasa en su acceso a los servicios de salud. Es decir, a partir de que los genitales o las partes sexuales del cuerpo son áreas prohibidas para su manipulación, las mujeres no tienen la costumbre u oportunidad de vigilar los cambios que puedan ocurrir en ellas.

¹⁵ Se entiende por tamizaje la realización de la prueba de Papanicolaou (Lazcano et.al. 1999)

Llega a tal grado el desconocimiento de su mismo cuerpo que muchas de ellas, inclusive, ni siquiera fueron informadas de los procesos naturales del desarrollo, como es el caso de la menstruación, y solamente se mantuvieron “informadas” a través de lo expuesto en las escuelas, o lo que escuchaban mencionar por sus familiares.

“La actitud de las mujeres frente a la detección oportuna es, en general, de resistencia práctica. Ésta se pospone con frecuencia, actitud que, a nuestro juicio, se relaciona con la subjetividad de cada mujer que conforman una cultura del cuerpo y de la salud, así como de los valores construidos en torno a la sexualidad” (Castro y Salazar 2001, 141).

Por otro lado, al igual que Lazcano et. al., encontraron una relación directa entre las prácticas de prevención (realizarse o no la prueba) y el nivel escolar de las usuarias, las creencias, actitudes personales y experiencias con la enfermedad, ya sea por malos tratos en los centros de salud, información formal y/o informal, etcétera.

El cáncer de mama

El cáncer de mama, a diferencia del cervicouterino, es una de las principales causas de muerte por cáncer en la población femenina en los países desarrollados, pero esto no necesariamente exenta a los del “tercer mundo”. En el caso de México, representa la segunda causa de muerte por cánceres ginecológicos y la primera para Sonora, donde superó, al cervicouterino (Castro 2006).

Las tasas de morbilidad por este cáncer presenta un aumento significativo en las últimas dos décadas, particularmente en el periodo 2000- 2005, sobre en las mujeres de 25 años o más.

A continuación se muestra una tabla que resume los datos absolutos de morbilidad a nivel nacional en los últimos seis años, periodo en el cual se realizó el estudio hemerográfico para este trabajo de tesis.

Tabla 3: Distribución de los casos nuevos de cáncer de mama por grupo de edad. Estados Unidos Mexicanos, periodo 2000-2005.

Grupo de edad	2000	2001	2003	2004	2005
15-19	34	37	52	32	45
20-24	129	102	103	89	93
25-44	1087	1203	1348	1590	1473
45-49	665	668	716	794	817
50-59	831	931	1128	1282	1309
60-64	356	365	447	453	473
65 y +	604	643	823	875	870
Total	3726	3971	4655	5191	5272

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica / Dirección General de Epidemiología/SSA (2007)

Puede verse como se presenta un aumento gradual en los números absolutos de la morbilidad por cáncer de mama, pero debido a que esto puede deberse también al aumento poblacional, es importante también observar cómo se comportaron las tasas para estos años. En resumen, las tasas calculadas por 100 000 habitantes se expusieron de la siguiente manera: 3.7 para el 2000; 3.93 en el 2001; 4.5 en 2003; 7.11 para el 2004¹⁶ y, finalmente el 2005 con 7.08.

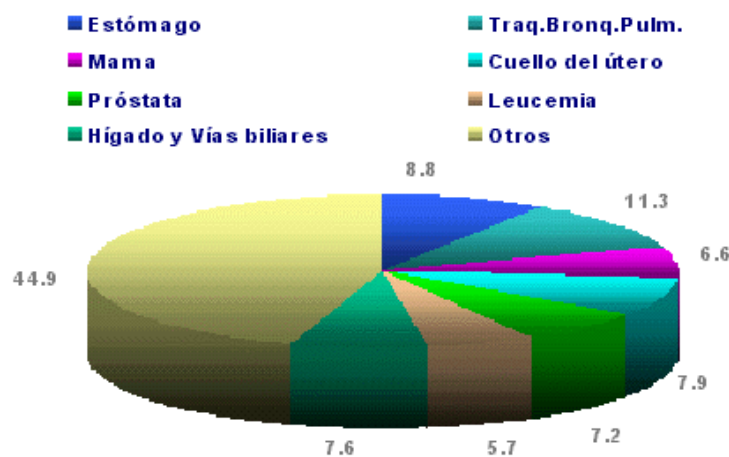
Para el año 2000, los tumores por cáncer de mama en México representaron el 11% de los tumores malignos agrupados por el RHNM, con una tasa de 17 defunciones por 100 000 mujeres mayores de 25 años y más.

En el caso del 2001, se mantuvo casi la misma tendencia en cuestiones de mortalidad. Según el RHNM las neoplasias malignas de mama tuvieron el tercer lugar en las mujeres del grupo de edad productiva de los 15 a los 44 años (2 953), mientras que se encontraron en el primer lugar causal para las mujeres de edad productiva alta, es decir de los 45 a los 64 años. Finalmente, para las mujeres de edad posproductiva (5 139), las neoplasias malignas de mama ocurran el segundo lugar con 2 051 casos.

¹⁶ En el caso del 2004 y el 2005 la tasa es por 100 000 habitantes en población femenina mayor de 14 años.

Cuadro 6: Distribución porcentual por defunciones por tumores malignos.

México 2001



Fuente: SEED / DGE, SSA, preliminar

Según lo enuncia la Dirección General de Epidemiología, “el problema comienza de los 25 años en adelante y se agrava con la edad, pues el grupo de 35 a 44 años, registró una mortalidad seis veces superior al grupo menor de esa edad, en las mujeres de 45 a 64 años la tasa triplica la del grupo anterior y de los 65 años en adelante la mortalidad es casi el doble de la registrada en el grupo de 45 a 64 años. Correspondió al 10.8% de los tumores diagnosticados en el 2000 y 42 casos registrados por 100 000 mujeres de 25 y más años”. (DGEPI, 2007). Ya se puede, entonces, reconocer uno de los factores de riesgo del cáncer mama: la edad, lo cual se profundizará a continuación.

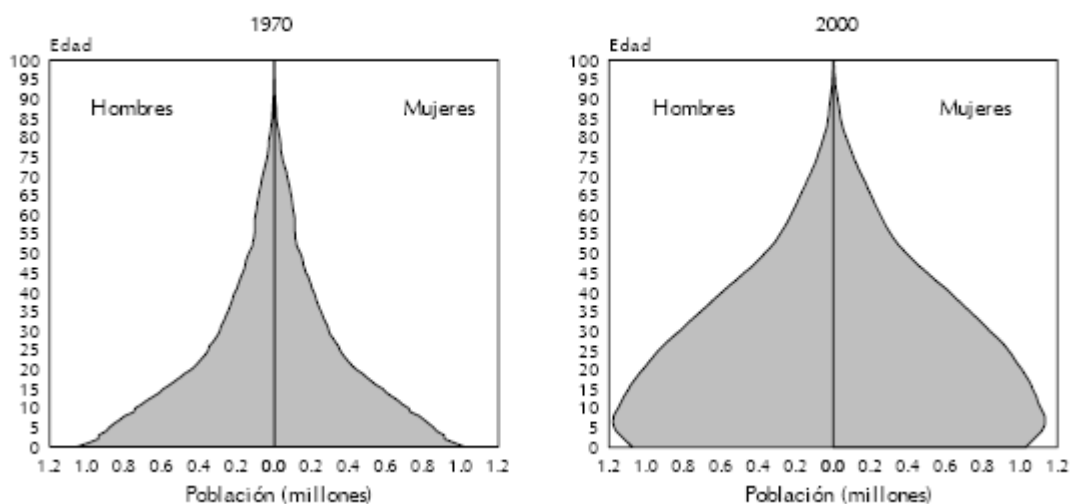
Factores de riesgo para el cáncer de mama

Según la Norma oficial para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama (2001), los principales factores de riesgos reconocidos son: la edad, el historia personal o familiar de cáncer de mama, nunca haber tenido hijos, primer embarazo de término después de los 30 años de edad, antecedentes de

patología mamaria benigna, vida menstrual de más de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años y la obesidad).

Entonces, como primer factor de riesgo a estudiar se tiene la edad (SSA 2001). Esto es importante, debido a que la transición demográfica se ha visto reflejada en modificaciones en la estructura de la pirámide poblacional, la cual ha reducido su base a partir de 1998, lo cual significa un mayor crecimiento de los grupos de adolescentes y mujeres en la etapa postreproductiva.

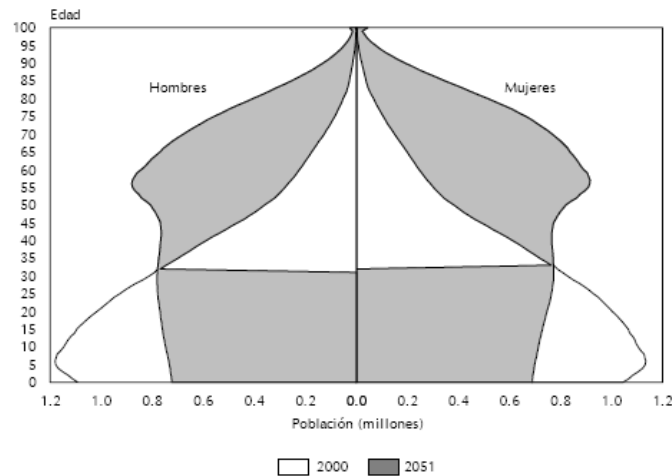
Cuadro 7: Pirámides de edad para los años 1970 y 2000



Fuente: Estimaciones y Proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), citado en Bush 2004.

Según las proyecciones de la CONAPO, la pirámide poblacional tenderá a presentar cambios en los próximos años y para el 2050, alcanzará un “equilibrio” en los índices de natalidad y mortalidad, dejando una estructura casi rectangular.

Cuadro 8: Diferencias posibles entre la pirámide poblacional proyectada para el 2000 y el 2050



Fuente: Estimaciones y Proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), citado en Bush 2004.

“En 1990 existían en el país 16’951,260 mujeres de 25 años y más que representaban el 31.6% de la población femenina total. De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2000 este grupo de mujeres llegó a 23’904,201 con un porcentaje de 47.7%. Para el año 2010 y 2030 se espera que las mujeres de este grupo constituyan el 55.6% y 68.7% respectivamente de la población femenina total”. (SSA 2001).

La Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, establece como factor de riesgo, en primer lugar, el ser mujer mayor de 40 años, pero debe ponerse especial énfasis en proporcionar consejería a las mujeres desde los 25 años.

El segundo factor de riesgo establecido por la Norma, es la historia personal o familiar de cáncer de mama de la o el paciente. Esto se debe a que se habla de una predisposición genética de la persona para el desarrollo de esta enfermedad. Según Lazcano et. al. (1996) este factor se estudia desde hace más de un siglo; para 1866 Pierre Broca, un cirujano francés, refirió que 10 de 24 mujeres con cáncer de mama tenían antecedentes familiares de neoplasia, lo que incrementa el riesgo de un paciente a tener la enfermedad.

Como tercer factor se tiene los antecedentes de patología mamaria benigna, lo cual, mencionan algunos estudios (Dupont y Page 1985; SSA 2001) aumenta entre tres y cuatro veces el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Y finalmente, la obesidad, pues se ha establecido una relación directa entre el consumo excesivo de grasas con el desarrollo del cáncer de seno.

Lazcano-Ponce, et.al. (1996) y Alothaimen et.al. (2004) mencionan que se ha postulado que la obesidad desde la infancia y la adolescencia influye en la función ovárica, y que el alto aporte de calorías, asociado al consumo de grasas incrementa el riesgo así como el consumo elevado de antioxidantes lo disminuye.

Factores socioculturales asociados al cáncer de mama

Como se mencionó anteriormente, el cáncer de mama es la principal causa de muerte en la población femenina de los países en desarrollo, pero en los países del llamado tercer mundo, tiene relativamente poco tiempo en las mesas de discusión política, pero sobre todo, en el imaginario social de la población (Castro 2006).

Según menciona la autora, el cáncer de mama, al igual que el cáncer cervicouterino, no se encuentra exento de estar asociado de forma directa con la muerte. La estigmatización que sufrían las personas que atravesaban por la enfermedad las llevaba a sentir vergüenza y a guardar silencio, por las implicaciones que tenía con la conducta moral. Así mismo Sontag (1996) señala que a principios del siglo XX, el cáncer tenía una noción moralizadora por su relación con el castigo que las personas reciben debido a los pecados que cometieron, comentan Taveres y Bomfim (citados por: Castro 2006) establecía al cáncer como resultado de los pecados de las mujeres, haciendo especial referencia a sus prácticas sexuales insanas.

Esta implicación con la conducta moral fue la razón por la cual a mediados del siglo pasado estar enferma de cáncer de mama era motivo de vergüenza y silencio para la mujer, situación que se modificó con los nuevos avances dando paso a la clasificación psicológica, atribuyéndole una mayor responsabilidad a los rasgos de personalidad .

“Aquellas personalidades pasivas, de poca emotividad, baja agresividad, depresión y dificultades para la formación de vínculos afectivos, eran las más propensas a desarrollar la enfermedad. Se puede encontrar en la literatura sobre estudios en psicología, que se

plantearon rastrear las posibles asociaciones entre los rasgos de personalidad y el desarrollo del cáncer de mama, concluyendo que dichas asociaciones no pueden comprobarse, aunque se sigue sosteniendo en una concepción amplia, que el cáncer es producto de la modernidad y que guarda relación con los estilos de vida pocos saludables” (Sontag, 2003; Tavares y Bomfim, 2005, Cano V. 1997, citados en Castro 2006:158).

La autora menciona que, aunque estos cambios permitieron el desarrollo de nuevas teorías y tratamientos más eficientes, fue a partir de los años 70 cuando los movimientos en defensa de los derechos de las mujeres les dieron la posibilidad de acceder a métodos de diagnóstico más oportunos.

Estos movimientos fueron importantes debido a que a partir de ellos se logró el respeto a los derechos de la mujer, así como el acceso más justo a las pruebas de diagnóstico. Lo cual, menciona la autora, es importante recordarlo debido a que el cáncer de mama representa mayor vulnerabilidad sociocultural al implicarse los órganos sexuales, que de otra forma permanecían en el ámbito privado.

“En el plano de los patrones culturales, en la cultura latinoamericana, de fuerte ascendencia judeo-cristiana, la falta de una cultura del cuerpo es de suma importancia, pues a partir de ésta es que las mujeres buscarán, si no la han recibido, información para la autoexploración de mamas y otras opciones que les ayude a buscar apoyo para una detección oportuna” (Castro 2006, 159).

No solamente el factor cultural afecta al momento de tomar la decisión de hacerse o no la mamografía, sino que a este se agrega el económico, debido al alto costo que tiene esta prueba en el mercado, apareciendo así una serie de candados que impiden a las mujeres tomar acciones preventivas para evitar el cáncer de mama.

Es decir, a pesar de que la Norma oficial NOM-041-SSA2-2002 de prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama (SSA 2001) prevé que las mujeres lleven a cabo, en un primer nivel preventivo, la autoexploración mamaria, que si bien no tiene un costo económico para ellas, puede verse afectado por la falta de una cultura del cuerpo que podría dificultar la búsqueda de información respecto al tema.

Aún cuando la mujer se encontrara informada sobre la autoexploración mamaria, al detectar una anomalía podría enfrentar una gran barrera: la falta de recursos económicos. Es

decir, la mamografía y los ultrasonidos son pruebas diagnósticas de alto precio, no accesible para la población de escasos recursos sin seguridad social, lo que dificulta el diagnóstico.

“Cualquiera de las cuatro técnicas lleva implícitas distintas dimensiones socioculturales que guardan relación con una apropiación del cuerpo que permita a las mujeres tocar sus partes sexuales como los senos; asimismo tiene que ver con un acceso a servicios de salud y a recibir la información de manera accesible y oportuna por parte de los prestadores de servicios a la salud, y tiene que ver con condiciones socioeconómicas para pagar otros exámenes de laboratorio” (Castro 2006, 160)

La accesibilidad de esta información depende de varios factores, según menciona Ortega-Altamirano et.al. (2000) en algunos países existen acciones educativas que promueven el autoexamen de seno que han mostrado buenos resultados y cuya mayoría se basa en los servicios de primer nivel de atención. El problema, es que para llevar a cabo esta labor de educación es necesario que las mujeres acudan en primera instancia a lugares dónde se encuentre personal capacitado para brindar asesoría, o bien, que se les haga una visita a domicilio.

En cuanto a la intervención de los medios de comunicación como fuente de información sobre cáncer de mama para las mujeres, Ortega-Altamirano et.al. (2000) menciona que se ha comprobado que las campañas y la distribución de material impreso aumentan los conocimientos generales del cáncer de mama, pero no promueven un cambio efectivo en el número de mujeres que se realizan el autoexamen de seno y solamente aumentan los costos de los servicios médicos.

Capítulo IV: El análisis de contenido

La palabra escrita no es el único discurso publicado por un diario o periódico. A través de la ubicación de los textos informativos, la frecuencia de la publicación de algún tema, la selección de fuentes y el uso de otros recursos estilísticos propios del medio, nos muestran otro tipo de discurso, uno editorial y social, donde la imparcialidad y la objetividad se relativizan. Con esto se quiere afirmar que detrás de cada nota en lo particular y del conjunto de las mismas hay un mensaje que no se aprecia en una primera lectura; en ésta también interviene en el proceso de comunicación y, por lo tanto, ayuda a la difusión y legitimación del discurso del modelo biomédico.

En este capítulo se expondrá, entonces, dicho discurso. Mediante el análisis de contenido propuesto por Krippendorff (1990) se analizó la información recopilada de la revisión hemerográfica hecha al periódico El Imparcial en el periodo 2000-2005. Para ello las notas se clasificaron de acuerdo a: 1. género informativo o editorial; 2. temática; 3. ubicación espacial en el medio; 4. utilización de apoyos gráficos y color y 5. Frecuencia de la publicación.

El objetivo es lograr una descripción del manejo que el periódico El Imparcial dio a la temática del cáncer cervicouterino y de mama, así como la importancia que tienen estos tópicos en relación con los otros tipos de cánceres.

Es necesario además, justificar cómo es que la ubicación del texto dentro de las páginas del periódico, así como la utilización de imágenes y colores, son considerados formas de jerarquizar la información en un medio impreso, destacándola y ocultándola dependiendo del diseño que se haya brindado a dicho texto.

El Imparcial y sus características

Lectores y secciones

Según el perfil de lectores del periódico El Imparcial presentado por la empresa IPSOS Media¹⁷ (2007) el promedio de lectores diarios del medio de comunicación para el 2006 fue

¹⁷ Estos resultados están basados en el Estudio General de Medios realizado en 27 ciudades del país. Los datos se obtuvieron a través de la realización de entrevistas cara a cara, con una muestra aleatoria, estratificada por ciudad, nivel socioeconómico y días de la semana. Se realizaron 816 entrevistas, Las

de 72 mil 851 de los cuales el 22% son personas de 45 a 64 años; 23% de 35 a 44; 29% de 25 a 34; 16% de 19 a 24 y 9% de 13 a 18.

En cuanto a la distribución por sexo, el 51% de los lectores son hombres, mientras que el 49 por ciento restante está representado por mujeres. Se registró, por otro lado, que el nivel educativo con mayor porcentaje de lectores es el de las personas con educación secundaria o inferior, ya que representaron el 41% de total, seguidos por el nivel técnico o preparatoria con el 33%, licenciatura 25% y con postgrado el 1% del total. El promedio de ejemplares leídos semanalmente por esta población encuestada fue de 2.84 periódicos, dedicándoles un promedio de 29 minutos aproximadamente a la actividad.

Un elemento derivado de este desglose del perfil del lector del periódico El Imparcial que limita el análisis posterior del contenido, es que este medio de comunicación no cuenta con un perfil de lectores por sección establecido en algún documento, sino que de forma editorial manejan el contenido de cualquier área con base en el perfil del lector promedio¹⁸ y se limitan, en su manual de estilo de redacción, a exponer cuál es la información que debe incluirse en cada sección y qué características debe tener.

El periódico El Imparcial distribuye su información en tres tipos de secciones: diarias, semanales y suplementos especiales. Las primeras son aquellas que, como su nombre lo dice, se publican diariamente y dividen su información en dos categorías, las secciones de información dura (hard news) y las de información blanda (soft news). (Periódicos Healy 2000)

Esta diferenciación entre información dura y blanda se utiliza para dividir el periodismo serio del de entretenimiento. Esto es dentro de la información dura se encuentran los temas de política, economía, desastres naturales, crimen y algunos aspectos legales, ciencia y tecnología, así como las historias de actualidad que importan o tienen algún impacto en la población. Así, como información blanda se toma a todos aquellos temas que pueden ser tratados con menor formalidad debido a su función es más entretener que informar y en algunos casos no tienen fecha de caducidad, como son los espectáculos, deportes, moda, artes, entretenimiento, estilos de vida, etc.

entrevistas duraron un promedio de 60 minutos a habitantes de la ciudad de Hermosillo entre los 13 y 64 años de todos los niveles socioeconómicos y tuvieron una duración de aproximadamente 60 minutos.

¹⁸ Información brindada en entrevista a la entonces editora y ex-reportera de este medio de comunicación Luz Arredondo.

Así, El Imparcial inscribe dentro de sus secciones de información dura a la General, Metro, Mercados, Noroeste o Regional, mientras que en las secciones denominadas de información blanda se incluyen las de Deportes, Espectáculos, Vida, Cultura y Sociales.

Las características de la información presentada según la sección están establecidas en el manual de estilo de redacción elaborado por el mismo medio (Periódicos Healy 2000), el cual sirve de esquema para los editores ya que a partir de él saben que puede o no ser publicado.

En la sección General se publicarán las noticias más importantes del acontecer mundial, internacional y nacional de temas políticos, científicos y tecnológicos, cuyas fuentes de información sean autoridades en la materia, ya sean analistas, funcionarios públicos e investigadores.

En Metro se cubrirán los acontecimientos locales, es decir, todos aquellos temas que involucren a la ciudad de Hermosillo, a su población, autoridades municipales o estatales que brinden información sobre lo que sucede en la capital del estado. En esta sección se cubre el ámbito policíaco, las quejas de los vecinos sobre alguna insuficiencia en los servicios básicos (agua, luz, drenaje, seguridad).

Mercados es una sección dedicada a las noticias financieras, mientras que en Noroeste o Regional se tratan las noticias del quehacer diario de todas las regiones del estado, exceptuando la capital.

En cuanto a las secciones de información blanda, la principal de ellas es la de deportes, en la cual se manejan las noticias más importantes del mundo deportivo, incluyendo no solamente notas informativas sobre los resultados o predicciones para los últimos partidos, sino además se cuenta con columnistas que expresan su opinión sobre lo ocurrido en este ámbito.

Después de deportes se tiene la sección Espectáculos, en la cual se publican las historias más novedosas sobre la vida de los artistas nacionales e internacionales, críticas a películas, resúmenes de telenovelas, así como entrevistas con los personajes más actuales de la farándula.

En Vida se manejan principalmente temas de salud, ya sea física o psicológica, es decir, temas médicos que pueden ayudar a despejar dudas sobre alguna enfermedad en

particular, consejos para padres sobre cómo ayudar a sus hijos en el desarrollo de alguna habilidad, así como técnicas para preservar la armonía del hogar entre otros.

En Cultura se presentan los últimos eventos artísticos que se hayan presentado en la ciudad, desde presentaciones de danza, exposición de pintura o fotografía, hasta conciertos o recitales de música de diferentes tipos. Pueden incluirse también entrevistas con personajes de renombre en este rubro.

Finalmente Sociales es una sección dedicada a presentar los últimos eventos de la clase alta y media alta de la capital del estado, desde despedidas de solteras, baby showers, bodas, hasta las fiestas de cumpleaños, despedidas y bienvenidas por viajes. En esta sección también se publican notas informativas sobre las actividades realizadas por las ONG's, como recaudaciones de fondos y cenas de beneficencia relacionadas con el cáncer.

Estas secciones y la organización de la información, a pesar de estar impuestas por el manual de estilo del periódico, sufrieron cambios a lo largo de la revisión hemerográfica, ya sea en sus nombres o en su contenido. Es decir, hubo meses en los que Vida y Cultura formaron una sola columna, para posteriormente volverse a manejar por separado. Así mismo, en el año 2004 El Imparcial presentó un rediseño piloto a partir del cual se desaparece la sección Metro y se convierte en Hermosillo, pasando a ser la portada del periódico. Para estos casos, la sección fue calificada como principal para el registro junto a la general, debido a que si bien Hermosillo era la sección primaria en la ciudad, en el resto de estado se conservaba ese espacio para la sección general, es decir, el periódico presentaba dos portadas.

Otro cambio fue el de la sección Vida, Salud y Cultura, que finalmente se consolidaron en una sola llamada Activa, la cual principalmente se dedicaba a manejar temas de salud, alimentación y ejercicio.

La información y su importancia: criterios utilizados para la ubicación de los textos periodísticos

Posteriormente a la clasificación de la información como dura o blanda y su ubicación por sección según la temática, el periódico El Imparcial establece otro criterio de importancia más al momento de la publicación, el posicionamiento de los textos en Portada, Contraportada o Interiores.

Según el manual de estilo de redacción (Periódicos Healy 2000) la información más importante de todo el periódico se localizará en la portada del periódico, sin importar la sección de proveniencia, a fin de llamar la atención del lector. Posteriormente, cada sección tendrá en portada la información más importante según el rubro al que estén dirigidos.

En segundo lugar de importancia, entonces, estará la contraportada, donde se encontrarán las noticias que por su relevancia deben ser destacadas, pero no alcanzaron lugar en la página uno y finalmente los interiores, dónde se maneja de forma indistinta el resto de la información.

Una de las características principales de la portada y contraportada es la utilización de color, imágenes, así como tipografías más grandes en los encabezados, a diferencia de los interiores, donde se utiliza principalmente el blanco y negro y tipografías más reducidas.

Al hacer el análisis del mensaje emitido por los medios de comunicación, para este caso el periódico, es necesario no solamente tomar en cuenta las palabras que se exponen dentro de los textos informativos, sino también la distribución y el diseño asignado por el editor se la sección.

Los recursos del diseño como el uso de color, fotografía, el tamaño de la tipografía utilizada en los encabezados así como la página donde se publicó la nota (portada, contraportada e interiores) son otros de los elementos necesarios para descifrar el contenido de un medio de comunicación (Leñero y Marín 1986).

Esto se debe a que los recursos estilísticos y de diseño están orientados a llamar la atención del lector y motivarlo a la lectura de dicho texto por encima del resto dentro de la misma página (McGraw-Hill 1993). La utilización de tipografías grandes, llenos de color, acompañados con un texto persuasivo garantizará más fácilmente la lectura de la nota que cuando se utiliza una impresión monocromática con tipografía de menor calibre.

Dentro de un medio impreso, el dominio de estos elementos es necesario a la hora de editar, ya que es el editor es quien le especifica al diseñador en qué lugar debe ubicarse cada nota, cuál es el espacio que deberá ocupar, así como también qué recursos estilísticos debe usar, sobre todo cuando se trata del uso de imágenes (Periódicos Healy 2000).

El editor es quien tiene la responsabilidad de utilizar todos los medios modernos de producción tipográfica, de imagen y color para hacer llegar el mensaje al mayor número de

personas, esto implica quitar lo que sobra, agregar aquello que haga falta y, finalmente, reproducirlo por medio de la imprenta. (UPN 1995).

Ahora bien, este proceso de edición no es independiente del medio, es decir, el editor nunca trabajará sobre lo que él o ella, personalmente, considere más importante, sino que, por el contrario, al momento de decidir otorgar espacios a cada texto informativo deberá basarse en la política editorial del medio mismo, a partir de la cual se establece desde cuáles serán los temas que deberán tratarse hasta el tipo de fuentes que habrán de consultarse para cada uno de ellos.

La política editorial es el conjunto de lineamientos que marcan el proceso de producción en sus tres áreas más importantes: línea editorial, producción y distribución (UPN 1995). En el caso de la línea editorial (único punto de los tres que interesa a este análisis) la política se orienta a procurar que los textos informativos se mantengan dentro de los márgenes establecidos por el periódico, es decir, que tanto la información que se presente, como la redacción, distribución y diseño, esté orientada a cubrir las necesidades informativas del público al cuál está dirigido.

Es así, como mencionan Leñero y Marín (1986) los diarios tienen dos características principales: la fisonomía editorial, la fisonomía física y la penetración.

La fisonomía editorial está signada por la naturaleza de los asuntos que se tratan y la política editorial, es decir su posición ideológica y política frente a los hechos de interés colectivo. La fisonomía física, está representada por la presentación, tamaño, maleabilidad, tipografía, distribución de materiales gráficos y escritos, así como la distribución de secciones y el tipo de papel.

Los editores se basan en la política editorial del medio de comunicación (establecida en el manual de estilo) al momento de seleccionar los textos informativos que serán publicados, así como la distribución de los mismos dependiendo del perfil de los lectores.

Noticia, información y géneros periodísticos

El concepto de noticia es ambiguo ya que puede definirse en dos niveles: el primero es el concepto general de noticia como nueva información, mientras que en el segundo intervienen en su definición los medios de comunicación, tomándose esta como un tipo de

texto o discurso expresado, utilizado o presentado al público en los medios periodísticos. (Van Dijk 1990).

Se entiende como noticia la difusión de información de aspectos desconocidos por la población y que tienen interés público. Este interés colectivo es el centro de la actividad periodística ya que para que esta sea trascendente, no debe limitarse solamente a las personas de elevada cultura, sino mostrarse accesible al público común (Leñero y Marín 1986).

La noticia dentro de los medios de comunicación tiene una estructura específica cuyos elementos son: encabezado, sumario, entrada, cuerpo y cierre (Rivadeneira 1990). El encabezado y el sumario son “el grito o llamada de atención” (Leñero y Marín 1986) con que los medios de comunicación anuncian la noticia. En los medios impresos estos se caracterizan por presentar una tipografía de mayor tamaño que el resto de la información y muestran lo más sobresaliente de la misma, aquello que tenga mayor impacto. El encargado de elaborar estos llamados no son los reporteros, sino los editores o jefes de redacción, quienes deciden qué información deberá ser destacada.

Se le llama entrada al primer párrafo de cualquier texto informativo, donde idealmente se expresa lo más sobresaliente de toda la noticia a fin de que el receptor pueda informarse de lo sucedido sin necesidad de leer todo el escrito. El cuerpo de la noticia es, por otra parte, el desarrollo de la noticia que fue dada a conocer previamente por el encabezado, sumario y entrada y se realiza por orden decreciente de importancia.

Debido a esta característica de los textos informativos de escribir de mayor a menor importancia se habla de una estructura de pirámide invertida (Van Dijk 1990; Rivadeneira 1990).

“Pirámide invertida (...) se ha impuesto en el periodismo contemporáneo debido a las ventajas numerosas que ofrece, tanto para el periodista en el momento de elaborarla como para el receptor.

Está conformada por dos relatos: uno altamente condensado y otro desglosado. El relato condensado se ofrece en la entrada, que sirve al lector como primera aproximación al hecho noticioso, y debe cumplir con el objetivo fundamental de informar en forma general y como "gancho" o atractivo para conservar el interés del público. Así, la pirámide invertida logra ofrecer el relato noticioso con toda la celeridad que se le exige a la noticia: de la mayor cantidad de elementos en el menor espacio posible y en la forma más rápida para su transmisión y recepción. Siendo una estructura práctica y eficaz, no es la única eficaz” (Leñero y Marín 1986).

Ahora bien, la noticia puede ser presentada en diferentes géneros periodísticos, los cuales se dividen en tres tipos: informativos, de opinión e híbridos (Leñero y Marín 1986; Rivadeneira 1990).

En los informativos se incluyen la nota informativa, la entrevista y el reportaje; en los de opinión se encuentran el artículo y el editorial y, finalmente, en los híbridos la columna y la crónica.

La nota informativa es considerada como el género fundamental del periodismo, ya que es el que nutre a todos los demás y su único fin es dar a conocer los hechos de interés colectivo. Este se considera como el género periodístico menos subjetivo ya que, a pesar de intervenir juicios subjetivos en la jerarquización de la información, en la nota informativa, según su definición, no se dan opiniones, sólo se informa, relata lo sucedido y permite de esta forma que el lector saque sus propias conclusiones (Leñero y Marín 1986).

La redacción de la nota informativa está determinada por tres reglas que la delimitan: la función informativa, el nivel cultural de los receptores y las condiciones en las que el lector se entera de las noticias.

La función informativa de la nota es dar a conocer acontecimientos que el público desconoce y determina como primera característica del estilo noticioso: la objetividad, es decir, la ausencia de juicios, opiniones y apreciaciones personales sobre un hecho determinado. El reconocimiento del nivel cultural del receptor determina el lenguaje con el cual deberán escribirse los textos, los cuales deben estar pensados para permitir que sean comprendidos por la mayoría de los receptores a fin de no entorpecer la asimilación de lo que se quiere decir. Asimismo es importante reconocer las condiciones en las que el lector se entera de las noticias, solamente un sector muy reducido de la población se provee de información de forma voluntaria y con el estado de ánimo adecuado, mientras que el resto lo hace de forma incidental, por lo cual es necesaria la redacción de textos claros y concisos.

Se le llama entrevista a la conversación que se realiza entre un periodista y un entrevistado, a partir de la cual se retoman noticias, opiniones, comentarios, interpretaciones o juicios. Este género informativo está enfocado a recoger información noticiosa que le sirva al periodista y cuando esta se utiliza para realizar un retrato psicológico y físico del entrevistado se le denomina semblanza o historia de vida.

El reportaje es reconocido dentro de los medios de comunicación como el género mayor del periodismo, por considerarse como el más completo de todos (Rivadeneira 1990; Leñero y Marín 1986). En él se engloban la nota informativa, la entrevista, la crónica, la interpretación de los hechos y los textos de opinión.

Mientras que la nota informativa puede ser producto del trabajo diario del reportero, el reportaje es producto de la investigación, por ello es necesario el dedicarle tiempo especial, tanto para buscar las fuentes como para la redacción del mismo. Así la presentación de un reportaje dentro de un medio de comunicación habla del interés del medio sobre el tema que se está tratando, ya que su producción y presentación tiene un alto costo humano y económico para quien lo está patrocinando, debido a que el reportero deberá dejar su trabajo de nota diaria para dedicárselo al reportaje, así mismo será necesario para el medio el brindar presupuesto especial para la investigación y, posteriormente, se otorgará un espacio más amplio dentro de las páginas del periódico que el dedicado normalmente para las notas informativas.

“Los reportajes se elaboran para ampliar, completar, complementar y profundizar en la Noticia; para explicar un problema, plantear y argumentar una tesis o narrar un suceso. El reportaje investiga, describe, informa, entretiene y documenta.(...) El reportaje pertenece también (...) al tipo de periodismo que no admite rectificaciones y mucho menos desmentimientos. Muestra la realidad para que la realidad mueva, sacuda, convenza al lector y se propicia la transformación de esa realidad” (Leñero y Marín 1986, 43).

El artículo, por su parte, es el género subjetivo clásico a partir del cual el periodista expone sus opiniones y juicios sobre las noticias más importantes o temas de interés general a pesar de que éstos no sean necesariamente de actualidad inmediata

El editorial, es un análisis y enjuiciamiento de los hechos más sobresalientes del momento, a partir del cual se resume la posición doctrinaria o política de la empresa informativa. Contrario al resto de los géneros periodísticos, el editorial es el único que no aparece firmado pues las ideas expuestas en él son respaldadas en su totalidad por la casa editorial.

Ahora bien, la principal diferencia entre los textos informativos y los de opinión es la especialización necesaria para la realización de los unos o los otros. Es decir, mientras que para escribir un artículo o una editorial hay que estar fuertemente especializados en el

tema que se está tratando, para realizar una nota informativa, reportaje o entrevista, simplemente es necesario que el reportero esté informado del tema del cual va a tratar, no se le exige por el medio de comunicación una especialización en el mismo.

Para finalizar con la descripción de los géneros periodísticos se tienen los híbridos, llamados así por ser una mezcla entre los géneros informativos y los de opinión.

El primer género híbrido es la columna, la cual se caracteriza por tener un lugar, título y periodicidad fija dentro del medio de comunicación. En la columna se tratan brevemente uno o varios puntos de interés general y pueden distinguirse tres tipos: informativa, de comentario y crítica.

La columna informativa da a conocer hechos que no tienen importancia suficiente para darle un lugar independiente dentro de la publicación y se sintetiza para presentarse en bloques para dividir por temas o especialidad algunos asuntos de interés público. La columna de comentario ofrece aspectos desconocidos de las noticias con la inclusión de comentarios analíticos, críticos y agudos a cargo del columnista. Finalmente, la columna crítica es aquella que informa y comenta los asuntos que requieren especialización (Leñero y Marín 1986).

Para terminar con la descripción de los géneros periodísticos, se tiene a la crónica, la cual es la exposición o narración de los acontecimientos en el orden en que se desarrollaron y se caracteriza por tener implícitas las impresiones del autor. Este género es utilizado por los periodistas para recrear los lugares, los tiempos y ambientes en los cuales sucedieron las noticias.

Se reconocen también tres tipos de crónicas: la informativa, donde el escritor se limita a informar sobre el suceso sin incluir sus opiniones; la opinativa, la cual incluye información y opinión simultáneamente y, por último, la interpretativa, donde se permean las interpretaciones y juicios del cronista. Nuestra recopilación de textos sobre cáncer cervicouterino y de mama, no discriminó ninguno de los géneros, por ello se habla del discurso periodístico en general.

Descripción del contenido de periódico El Imparcial: frecuencias de publicación y manejo de la información sobre cáncer cervicouterino y de mama

Una característica reiterante del manejo de la información sobre cáncer en el periódico El Imparcial, es la tendencia a ver al cáncer como una sola enfermedad con diferentes ubicaciones. Durante el periodo estudiado, de los 371 textos registrados, 91 expusieron al cáncer como una enfermedad general, mientras que en 18 más, aún cuando se hablaba de una persona enferma y no de la enfermedad como temática, no se especificó el tipo de cáncer, como si con el sólo hecho de utilizar el término los lectores pudieran obviar su origen.

Por su parte, el cáncer cervicouterino y el de mama tienen una representatividad importante con respecto a los otros tipos de cáncer, pero no así con el resto de la información del medio, debido a que solamente se publicaron, desde el 2000 al 2003 un total de 44 textos periodísticos sobre esta temática contra 73,000 notas en promedio publicadas anualmente.

El despunte en la cobertura del cáncer como motivo de información noticiosa se da a partir del 2004 y continúa hacia el 2005, donde el número de textos periodísticos publicados aumenta cuatro veces con relación al primer año del análisis.

En la siguiente tabla puede apreciarse la frecuencia de publicación por año que tuvieron tanto el cáncer “en general”, como el cáncer cervicouterino y el de mama

Tabla 4: Frecuencia de publicación por año

Tipo de cáncer	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Varios incluidos el CaMa y CaCu	2	1	0	1	4	4	12
CaMa	2	3	3	6	21	24	59
CaCu	5	0	4	8	14	14	45
CaMa y CaCu	1	2	4	2	4	6	19
Otros *	9	3	5	14	42	54	127
General **	2	6	7	5	22	49	91
No especifica ***	4	0	1	3	3	7	18
Total	25	15	24	39	110	158	371

* Dentro de “otros” quedan englobados : cáncer de piel, tiroides, leucemia, hígado, próstata, pulmón, ovarios, estómago, colon, linfático, mal de Hodgkin, intestino, vejiga, fémur, columna, efisema pulmonar, tumor cerebral, tubo digestivo, huesos, tumor abdominal, garganta, colorectal, ojos y riñón.
 ** Se clasifica como cáncer en general, cuando el medio de comunicación habla de la enfermedad sin mencionar su ubicación.
 *** Se clasifica como “no especificado”, cuando se habla de una persona enferma de cáncer, pero no se especifica qué tipo de cáncer tiene.

A partir de los datos en esta tabla, puede apreciarse cómo a pesar de la baja cobertura que tuvieron estas temáticas en los primeros cuatro años de análisis, el cáncer cervicouterino y de mama se encuentran en los primeros lugares, pero si hacen referencia a un contexto epidemiológico, donde estas dos enfermedades son las primeras causas de muerte en la población femenina, puede considerarse una baja cobertura.

Es destacable que a pesar de ser el 2002 el año de la lucha contra el cáncer cervicouterino, no se puede hablar de una importancia especial brindada por este medio de comunicación, pues solamente se publicaron 4 textos de esta temática a lo largo del año, añadiéndose cuatro más donde fue tratado al unísono con el cáncer de mama.

En este punto, al ver el despliegue por meses, cuatro de estas notas se publicaron en marzo, el denominado mes de la mujer, dos más en mayo y finalmente dos en junio, esto en el caso del 2002. Para este último año, la temática del cáncer de mama y cervicouterino fue considerado como una preocupación propia “de la mujer”, la cual fue recordada casi exclusivamente en las fechas calendarizadas para “conmemorarlo”. Ahora bien, existe una diferencia entre la publicación mensual del cáncer cervicouterino y el de mama. Mientras que los textos sobre cáncer de mama tienen picos notables en la frecuencia de publicación en los meses de mayo, octubre y diciembre, la frecuencia de publicación de notas

informativas sobre cáncer cervicouterino se mantiene regular, con un leve aumento en el mes de marzo, al cual se le denomina el “mes de la mujer”.

Tabla 5: Frecuencia de publicación mensual según cáncer cervicouterino y de mama 2000-2005

Mes	Varios incluidos el CaCu y CaMa*	Cáncer de Mama	Cervicouterino	Mama y Cervicouterino	Todos los demás**	Total
enero	3	3	6	2	23	37
Febrero	0	4	1	3	18	26
Marzo	0	3	8	1	18	30
Abril	0	1	1	1	21	24
Mayo	0	10	5	3	24	42
Junio	1	4	3	2	24	34
julio	2	1	3	3	13	22
Agosto	1	3	1	1	17	23
Septiembre	2	0	2	0	19	23
Octubre	1	15	6	1	22	45
Noviembre	2	6	7	1	19	35
Diciembre	0	9	2	1	18	30
Total	12	59	45	19	236	371

* Se define como varios cuando se mencionan dentro de la nota informativa más de un tipo de cáncer y entran en esta variable todas aquellas notas donde además se incluyan el cáncer cervicouterino y de mama.

** Se incluyen aquí: cáncer de piel, tiroides, leucemia, hígado, próstata, pulmón, ovarios, estómago, colon, linfático, mal de Hodgkin, intestino, vejiga, fémur, columna, efisema pulmonar, tumor cerebral, tubo digestivo, huesos, tumor abdominal, garganta, colorectal, ojos, riñón, general y no especificado.

A partir del 2004, la distribución mensual de textos informativos y de opinión se unifica. Este año se publicó, al menos, una nota mensual sobre cáncer cervicouterino y dos sobre cáncer de mama, aparte de aquellas que trataron ambas temáticas en conjunto o bien, en las cuales se incluían junto con otros tipos de cánceres.

Este mismo año, la temática del cáncer como una enfermedad general adquiere relevancia al publicarse, como mínimo, dos notas mensuales, situación similar al 2005, donde el número aumenta y el promedio mensual se eleva a más de cuatro. A simple vista estos números pudieran parecer no extraordinarios, pero hay que recordar que no solamente se cubrieron los temas del CaCu, CaMa y el cáncer en general, sino también otros tipos de cánceres, como por ejemplo el de colon, pulmón y leucemia, los cuales se encuentran resumidos en el concepto de “otros”.

Pero no sólo la frecuencia de la exposición de un tema puede mostrar la importancia que le da este medio de comunicación a la temática del cáncer. El género periodístico utilizado para presentar la información también tiene su escala de valores. En este caso, la nota informativa se considera como la forma básica del periodismo, el género que predomina principalmente en los diferentes medios impresos y la cual tiene un valor menor al de un reportaje. Esto se debe, en primer lugar, a que la nota es producto del trabajo diario de la información, mientras que el reportaje es una temática seleccionada ya sea por la novedad del tema, la importancia social o la política del medio. La nota informativa puede perderse o ser apenas visible en el conjunto del medio, no así el reportaje, el cual tiene generalmente una ubicación espacial preferencial debido que, para generarlo, se invirtieron más recursos, ya sea económicos, de personal y/o de tiempo. Así mismo, el reportaje y la nota no son los únicos géneros a través de los cuales puede presentarse la información, también se encuentra la crónica, la entrevista, columna y el artículo, estos dos últimos con características preferenciales por la especialización que se necesita para lograrlos.

Ahora bien, el principal género informativo utilizado para presentar la información sobre cáncer, es la nota informativa. Como puede observarse en la tabla 6, durante los 6 años de recopilación se publicaron un total de 280 notas informativas, 19 artículos, 3 entrevistas, 17 reportajes, 35 columnas, 9 historias de vida, 1 carta al editor, 3 anuncios, 3 publlirreportajes e, inclusive, un poema.

Tabla 6: Géneros informativos publicados 2000-2005

Género	Frecuencia
Nota informativa	280
Artículo	19
Entrevista	3
Reportaje	17
Columna	35
Historia de vida	9
Carta al editor	1
Anuncio	3
Publlirreportaje	3
Columna	1
Total	371

De las 280 notas informativas, 10 incluyen varios tipos de cáncer junto con CaCu y CaMa, 34 son exclusivamente de cáncer cervicouterino, 49 de cáncer de mama, en 18 se habla del cáncer cervicouterino y de mama en conjunto, 64 tratan al cáncer como una enfermedad general, 18 no especifican a qué tipo de cáncer se refieren y las 89 restantes engloban cualquier otro tipo de cáncer. De los 19 artículos, 4 están dedicados al cáncer cervicouterino y 3 al de mama, 6 al cáncer como enfermedad general y finalmente, 6 más hablan de cualquier otro tipo de cáncer. Por otro lado, las tres entrevistas recopiladas tratan sobre cáncer cervicouterino o de mama. En la siguiente tabla se describen más ampliamente las frecuencias de los géneros informativos según tipos de cáncer:

Tabla 7: Géneros informativos publicados 2000-2005

Género	Varios incluidos el CaMa y CaCu	CaMa	CaCu	CaMa y CaCu	Otros	General	No específica	Total
Nota informativa	10	49	34	18	89	64	16	280
Artículo	0	3	4	0	6	6	0	19
Entrevista	0	1	1	1	0	0	0	3
Reportaje	0	2	2	0	6	7	0	17
Columna	0	2	3	0	17	13	0	35
Historia de vida	0	2	0	0	6	0	1	9
Carta al editor	0	0	0	0	1	0	0	1
Anuncio	1	0	1	0	1	0	0	3
Publirreportaje	1	0	0	0	1	1	0	3
Columna	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	12	59	45	19	127	91	18	371

El predominio de la nota informativa como medio de transmisión del mensaje tiene varias connotaciones. La primera de ella, es que el periódico le da la importancia suficiente al tema como para presentarla de forma continua, a pesar de la poca especialización que se requiere para una nota informativa y la laconicidad de las mismas, el periódico se muestra interesado en exponer el tema. La segunda es que, al utilizar más este género por encima de otros más especializados y elaborados como el reportaje, la columna o el artículo de fondo, el medio tiene un interés pasivo: no es él, por lo general, quien busca el tema, es el tema el que llega al medio de información a través de las agencias de información, o bien, a partir

de la convocatoria a eventos o los boletines de prensa que llegan a la redacción enviados por las autoridades de salud.

Esto puede relacionarse directamente con el origen de los textos que se publican, los cuales pueden provenir de agencias informativas como Notimex, Agencia Reforma, EFE, SUN y AP, o bien, son originadas por el mismo medio de comunicación. Esto se debe a que las notas producidas provienen, generalmente, de una orden de trabajo emitida por el jefe de información, es decir, es un tema solicitado debido al interés editorial del periódico. En el caso de ser un texto de agencia informativa, el editor debe limitarse o atenerse a lo ofrecido por dicho servicio y no pueden influir en la producción noticiosa de la misma. Así, la elaboración de notas originales implica una acción activa, mientras que la utilización de las agencias denota pasividad informativa.

Tabla 8: Textos informativos según su origen: originales o provenientes de una agencia informativa

Origen	Frecuencia
Original	191
Agencia	178
Total	369
Perdidos	2
Total	371

En este caso, no hay mucha diferencia entre la publicación de notas originales del medio o las provenientes de agencia, e inclusive, hay una tendencia más alta a producir la información en lugar de descargarla vía cable o Internet. De hecho, a pesar de la escasez de textos informativos del 2000 al 2003, las tendencias a utilizar casi el mismo número de notas originales que de agencia informativa, se mantienen, y al compararse porcentualmente con el 2004 y 2005, años donde despunta numéricamente la cobertura del tema del cáncer, no existe una diferencia significativa, pues para los seis años se maneja casi un 50 y 50 para cada origen.

Al desglosar estas variables por tipo de cáncer, se tiene que las notas por cáncer de mama, durante el periodo 2000-2003 mantuvieron una relación 50 y 50 entre notas originales y de agencia, pero para los dos últimos años de revisión hermerográfica, este

cáncer era tratado principalmente por los textos originarios de las agencias informativas. En cuanto al cáncer cervicouterino, la situación no cambia a lo largo de los seis años y se mantiene una relación igualitaria entre la publicación de notas originales y de agencia.

Respecto a la cobertura del cáncer cervicouterino y de mama a través de estos géneros periodísticos, de los 14 artículos publicados por el periódico, 7 corresponden a estos dos tipos de cáncer, de los cuales seis fueron investigados y escritos por el mismo medio y solamente uno fue producto de una agencia informativa. Se esperaría que en el 2002, el año de la lucha contra el cáncer cervicouterino, se tuviera una mayor presencia de estos géneros, pero sumado a la falta de notas, se encuentra la falta de investigación, ya que solamente se publicó un artículo sobre este tema en todo el año.

En el periodo del 2003 al 2005 se publicaron un total de 34 columnas, pero de estas solamente cuatro se localizaron en la sección de opinión, es decir, en el área donde se maneja la información política o bien, los temas que se encuentran en la agenda pública; las demás, se ubicaron: ocho en la sección Metro y 23 en Activa.

Es así que a partir del 2004 se incrementa el número de columnas que tratan sobre cáncer, donde se le trata como una enfermedad general y cualquier tipo de cáncer en específico, sea el de mama y cervicouterino, tienen en realidad poca representatividad, aún así, la publicación de columnas pudiera ser un panorama favorecedor en cuanto a difusión del cáncer cervicouterino y de mama se refiere.

Continuando con la distribución por origen, las temáticas tratadas entre ambos grupos son similares, este medio reproduce mayoritariamente el discurso del modelo biomédico. Así, las temáticas más predominantes son la divulgación de avances científicos y tecnológicos, estudios epidemiológicos, declaraciones de autoridades gubernamentales y de médicos que hablan sobre algún tipo de cáncer o bien, que se dedican a responder las dudas de los lectores, como es el caso de las columnas ubicadas en la sección Activa.

Al hacer el cruce del origen del texto, con el tema que se maneja y la distribución por tipos de cáncer, se tienen que para el cáncer de mama, cuando se trata de textos producidos por el mismo periódico, las notas informativas están dedicadas prioritariamente a la difusión de acciones o declaraciones hechas por algún funcionario o dependencia de gobierno, mientras que en las de agencia, se suman también las temáticas epidemiológicas o de avances científicos y en un porcentaje mínimo se encuentra la voz de los enfermos, en

la modalidad de historias de vida principalmente. En el caso del cáncer cervicouterino las temáticas se encuentran más distribuidas. Aun cuando se puede hablar de una preferencia a los temas derivados de las fuentes oficiales, existe también una marcada tendencia a reproducir el discurso de las asociaciones civiles, ya sea para difundir la ayuda que proveen a la sociedad o para solicitar ayuda a los lectores para continuar con sus actividades “en contra” de esta enfermedad. Asimismo, no existe mucha diferencia en las temáticas principales cuando se habla de cáncer en “general”, tanto en las notas originales como las de agencia, se da prioridad a los temas biológicos, científicos-tecnológicos y a la difusión de declaraciones gubernamentales o bien, médicas.

Una vez realizado esta comparación es posible ver el discurso que reproduce El Imparcial sobre cáncer cervicouterino y de mama, el cual se profundizará después con el análisis interpretativo de los textos, por el momento, se puede establecer que al dar preferencia a la cobertura de declaraciones gubernamentales, investigaciones científicas y estudios epidemiológicos y dejar de lado a los enfermos de cáncer, el periódico emite un discurso oficialista, donde poco se habla de las limitaciones de la cobertura o la falta de acceso a los servicios preventivos y de intervención; o bien, se ve a esta enfermedad como un ente puramente biológico, dejando de lado las repercusiones en la vida cotidiana.

Mensaje e importancia: la ubicación de la información

Para continuar con el análisis del contenido es necesario establecer la distribución que tienen estos textos en el medio según la importancia brindada. Primero, se tomará como primer nivel de importancia la ubicación en portada, contraportada o interiores. Esto es porque, aquellos textos que al medio de comunicación le interesan destacar se localizan en la portada, los secundarios en contraportada y finalmente, los demás quedan incluidos en los interiores del periódico.

El segundo criterio de importancia que se incluye, es la página de interiores, los cuales pueden ubicarse en una página par o impar, siendo esta última la que se toma como una ubicación preferencia.

Una vez introducidos al primer criterio de importancia, se tiene que tanto las notas originales como las de agencia, de todos los tipos de cánceres, son colocadas preferentemente en los interiores de las diferentes secciones del periódico, pero existe

diferencia cuando se habla de la distribución temática. Cuando se trata notas producidas por El Imparcial, los temas que se exponen en la portada son “las repercusiones en la vida diaria” y las “declaraciones o acciones gubernamentales”, mientras que, en el caso de las notas de agencia, las portadas se dedican principalmente a las notas científicas y a los estudios epidemiológicos.

De esta forma, al registrar tanto las notas originales como las de agencia, se ve un trato preferencial hacia los temas propios de la biomedicina y a la selección de fuentes oficiales, ya sea médicos, investigadores o funcionarios de gobierno, que por lo general tienen alguna especialidad o estudios en medicina y se dejan de lado las acciones y declaraciones de las Asociaciones Civiles, como se puede ver en la tabla 8, donde se expresa que de los 38 textos informativos publicados, 32 se publicaron en interiores, mientras que solamente 3 en portada y un número igual en contraportada.

Al hacer la distribución por tipo de cáncer, se encontró que cuando se trata el cáncer de mama, se habla principalmente de declaraciones gubernamentales, investigaciones científicas y estudios epidemiológicos, pero su ubicación en portada es escasa. De los 59 textos dedicados exclusivamente esta enfermedad, solamente 8 se colocaron en portada, 9 en contraportada y 42 en interiores, con un registro mayor de textos de agencia que originales para las tres ubicaciones.

El cáncer cervicouterino tiene un trato diferente; el tema con mayor seguimiento son las acciones o las declaraciones de las asociaciones civiles, seguido por las declaraciones gubernamentales, ambos casos en textos originales del medio informativo. Asimismo, la distribución de la ubicación, al igual que el cáncer de mama, es prioritariamente en los interiores con un total del 32 textos informativos, después siguen la contraportada con 7 y la portada con 6.

Con respecto al segundo criterio de importancia (la ubicación de los textos informativos ya sea en página par o impar), de los 223 escritos publicados en las páginas interiores, 95 se localizaron en página impar, mientras que 128 se ubicaron en página par. De las notas ubicadas en página impar, 14 corresponden al cáncer cervicouterino y 14 al cáncer de mama, mientras que 23 mencionan al cáncer como una enfermedad general. Seguido, de la totalidad de los textos publicados en las páginas pares, 28 corresponden al cáncer de mama, 18 al cáncer cervicouterino y 29 al cáncer en general.

Esta falta de textos informativos sobre cáncer cervicouterino y de mama en las portadas y contraportadas de las secciones del periódico, así como la preferencia de ubicarlas en las páginas pares de los interiores, habla de un interés intermedio de parte de El Imparcial por el tema. Esto quiere decir, que el medio solamente se limitan a mantener el vigente el tema, pero debido a esta misma permanencia constante no se le considera como información nueva e impresionante, digna de ser destacada por sobre el resto de los textos informativos.

Tabla 9: Ubicación en el medio de los textos informativos sobre cáncer en general

		Portada	Contraportada	Interiores	Total
Original	Prevención/detección temprana	3	2	1	6
	Estudios epidemiológicos	4	0	1	5
	Asociaciones civiles	3	3	32	38
	Investigaciones científicas y tecnológicas	1	2	3	6
	Declaraciones/acciones gubernamentales	13	6	42	61
	Repercusiones en la vida	16	1	17	34
	Dudas de los lectores	0	19	12	31
	Declaraciones médicas	1	5	4	10
Total		41	38	113	190
Agencia	Prevención/detección temprana	0	0	1	1
	Estudios epidemiológicos	14	7	23	44
	Asociaciones civiles	3	0	8	11
	Investigaciones científicas y tecnológicas	17	12	31	60
	Declaraciones/acciones gubernamentales	0	2	24	26
	Repercusiones en la vida	5	1	13	19
	Dudas de los lectores	0	0	1	1
	Genética	0	1	0	1
	Declaraciones médicas	0	3	6	9
	Terapias alternativas	0	1	1	2
Total		39	27	107	174

Además la importancia brindada a los textos según su localización en portada, contraportada, interiores, página par o impar, es necesario saber en qué secciones se habla sobre cáncer y cuales son los temas tratados según la sección. Esto se debe, a que el mismo periódico brinda diferente importancia a las distintas secciones. En este caso, la sección más importante para el medio, donde se localizan las notas de mayor relevancia, es la

llamada sección principal, donde se muestra la portada del diario, después sigue la sección ciudad, pero no son necesariamente éstas las más leídas. Las dos secciones más leídas de este diario son deportes y espectáculos, dirigidas al público masculino y femenino respectivamente (Periódicos Healy 2000). Estos criterios son importantes para el análisis a continuación.

De los 25 textos periodísticos que se publicaron en el 2000, cuatro se ubicaron en la sección General, dos en la Nacional, una en la Internacional, dos en la Metro, once en Vida Salud, una en Lectores, una en Sociales, dos en Espectáculos y finalmente una más en Noroeste. En el 2001, se publicó uno en la General, uno en Internacional, dos en Espectáculos, tres en Metro, 4 en Vida Salud, uno en Sociales y 3 en la sección Salud, para llegar a un total de 15 notas publicadas al año.

Durante el 2002 y 2003, la tendencia no cambia notablemente, tanto en la ubicación de las secciones como en el número total de notas publicadas, pero para el 2004 y 2005, cuando comienza a haber una mayor representatividad del cáncer en las páginas impresas, incluso las secciones donde se publica la información tienen un giro.

Para el 2004, la sección con mayor número de textos periodísticos sobre cáncer era la Metro con 20 publicaciones, seguida de la Internacional con 16, Nacional con 15, General con 13, Principal con 11, Activa con 8, Espectáculos 6, Estatal 5, Salud 4, Familia 3, Sociales 2 y Navojoa-Guaymas, lectores y opinión con una respectivamente.

Al llegar al 2005 se cambia de nuevo la frecuencia de publicación según las secciones. En este caso la sección con mayor número de notas publicadas sobre cáncer es Activa con 54 textos, seguida de la General con 29, Hermosillo con 24, Internacional con 13, Nacional y Principal con 9, Metro con 6, Espectáculos con 5, Sonora con 3 y Estatal, Deportes, New York Times, Mercados, Especial, Navojoa-Guaymas y Noroeste, con una respectivamente.

En cuanto a la distribución por sección según tipo de cáncer, se puede apreciar más fácilmente en la siguiente tabla:

Tabla 10. Distribución de publicación por sección según tipo de cáncer

Sección	TIPO DE CÁNCER							Total
	Varios incluidos el CaMa y CaCu	CaMa	CaCu	CaMa y CaCu	Otros	General	No específica	
General	6	17	19	6	37	28	5	118
Salud	4	17	8	3	37	31	5	105
Local	1	12	12	7	21	14	3	70
Estatad	1	4	2	1	3	2	0	13
Opinión	0	1	0	0	3	1	1	6
Sociales	0	0	1	2	0	2	1	6
Mercados	0	0	0	0	0	1	0	1
Deportes	0	0	0	0	2	2	0	4
Espectáculos	0	6	1	0	6	5	2	20
Especiales	0	0	0	0	0	1	0	1
Principal	0	2	2	0	18	4	1	27
Total	12	59	45	19	127	91	18	371

El reducido número de notas que existe entre el 2000 y el 2003 dificulta la interpretación de la importancia por sección, sin embargo, si se habla porcentualmente, para el primer año de revisión hemerográfica el problema del cáncer cervicouterino y de mama se trató como una preocupación prioritaria para las mujeres, al ubicar los textos en las secciones dedicadas especialmente para ellas. Lo mismo sucede en los cuatro siguientes años, donde la aparición de este tema en las secciones General, Principal o Metro, se ve muy limitado y ocasionalmente aparece.

Para el 2004, los cánceres cervicouterino y de mama comienzan a tener mayor presencia en las secciones de información dura, e inclusive se ve disminuida, y en algunos casos anulada, la aparición del cáncer en las secciones de información blanda. Con esto, se denota un mayor interés del medio de comunicación para informar no solamente a las mujeres sobre estos cánceres considerados como propios de la población femenina (en caso del cáncer de mama, aunque en una mínima proporción, pero también puede afectar a hombres), sino también a la masculina, al ser estos los principales lectores de las secciones de información dura (IPSOS 2007). En el 2005, el cáncer de mama tiene mayor presencia en la sección Activa, pero le secunda en frecuencia la General y la sección Hermosillo, que en este año conformaba la portada del periódico, al menos en la ciudad.

Por último, se analizó la utilización de color y de imágenes en la impresión de los textos informativos. Según los registros, es mayor la frecuencia de uso de color que la presentación blanco y negro en las publicaciones sobre cáncer, pero no se encuentran muy alejados el uno del otro. Las frecuencias se mostraron de la siguiente forma: De los 59 escritos sobre cáncer de mama 31 tuvieron presentación a color y 28 fueron a blanco y negro. De los 45 sobre cáncer de mama 21 fueron a color y 24 a Blanco y Negro. De los 91 que trataron al cáncer como una enfermedad general, 56 fueron a color y 35 a blanco y negro.

Por otro lado, la utilización de fotografías se distribuyó de la siguiente forma: de los 59 textos sobre cáncer de mama, 34 tuvieron apoyo fotográfico o de imágenes, mientras que 25 se presentaron solo con texto. De los 45 textos sobre cáncer cervicouterino 25 tuvieron fotografías y 20 no. Finalmente, de los 91 textos que tratan al cáncer como una temática general 60 tuvieron algún tipo de apoyo de imagen y 31 no.

Tabla 11: Distribución según tipo de cáncer con uso de imágenes en textos publicados en blanco y negro o a color.

Uso de fotografías	Tipo de cáncer	B&N	Col or	Total
NO	Varios incluídos el CaMa y CaCu	1	3	4
	CaMa	11	14	25
	CaCu	11	9	20
	CaMa y CaCu	4	3	7
	Otros	19	30	49
	General	11	20	31
	No especifica	3	3	6
Total		60	82	142
SI	Varios incluídos el CaMa y CaCu	5	3	8
	CaMa	17	17	34
	CaCu	13	12	25
	CaMa y CaCu	6	6	12
	Otros	29	49	78
	General	24	36	60
	No especifica	1	10	11
Total		95	133	228

La interpretación

El cáncer como tema con valor informativo, no fue destacado en frecuencia de publicación por el periódico El Imparcial durante el periodo 2000-2003, sin embargo, a partir del 2004 se ve un cambio radical en este punto, cuando se cuadruplica el número de textos informativos publicados. A pesar de la escasa frecuencia de los cuatro primeros años, cuando se publicó algún texto sobre este tema se hizo en condiciones preferenciales para la mayoría de los casos, sobre todo para el cáncer cervicouterino y de mama, los cuales tuvieron mayor representatividad que cualquier otro tipo, a excepción del cáncer como una enfermedad general.

Este medio de comunicación tiene una marcada tendencia a reproducir el discurso del modelo biomédico. La mayoría de los textos, tanto de cáncer en general, como de cáncer de mama son resultado de las llamadas fuentes oficiales, ya sea médicos o funcionarios de gobierno, inclusive cuando se hablaba de terapias alternativas.

A lo largo de la revisión, por ejemplo, se encontraron diversas notas a través de las cuales se proponían tratamientos alternativos tanto para la cura como para la prevención del cáncer en cualquiera de sus vertientes, las cuales en su mayoría se refieren a temas de alimentación. Estos textos, eran resultado de estudios epidemiológicos o investigaciones científicas avaladas por importantes centros de investigación sobre cáncer, los cuales eran tomados de diferentes revistas científicas internacionales como, a manera de ilustración, *Cáncer Research*. En el caso de una nota sobre medicina alternativa, como en el caso del seguimiento de Isabel, la joven que, teniendo cáncer de fémur, decidió dejar la quimioterapia y solicitar ayuda de un médico homeópata en Guadalajara (El Imparcial, 22 de enero de 2004), se tomaron en cuenta las reacciones de los médicos alópatas quienes criticaban esta acción, e inclusive el Secretario de Salud, Raymundo López Vucovich, a través del mismo medio hace un llamado a la joven y a su familia para convencerla de no dejar el tratamiento de quimioterapia y critica a El Imparcial por el trato que dieron al caso.

Respecto al cáncer de mama es escasa la aparición del enfermo en los textos periodísticos publicados, no así en el cáncer cervicouterino donde tiene un poco más de presencia, al presentar las historias de vida de las enfermas sólo se utilizó como una puerta de entrada a datos epidemiológicos y/o estadísticos, a declaraciones médicas y

gubernamentales. Las voces de las mujeres se escucharon, dentro del marco de la biomedicina, donde la responsabilidad de la enfermedad es suya (como se verá más adelante en el análisis de discurso) y donde la verdad médica predomina.

Existe un trato diferencial de la información a través de seis años de análisis. Durante los primeros cuatro años, el cáncer aparece de forma esporádica y poco representativa, pero en el repunte de la cobertura en el 2004 y 2005 existe un trato diferenciado a la información. En el 2004, el cáncer fue considerado noticia, no solamente por la presencia de las notas sino también por las ubicaciones y características de las mismas. El cáncer cervicouterino y de mama tuvieron una presencia aceptable dentro del medio de comunicación en comparación con los otros tipos de cáncer. Se encontraron por lo menos una nota mensual de cáncer cervicouterino, dos de mama y dos del cáncer como enfermedad general, bastante aceptable si se toma en cuenta que no son los únicos tipos de cáncer que existen.

Hay que establecer que al principio de esta investigación se presupuso que el tema del cáncer mama y cervicouterino serían ubicados únicamente en la secciones estipuladas para el público femenino, lo cual se cumplió en los primeros cuatro años, pero para el 2004 la situación cambió y estos temas se convierten en motivo informativo para las secciones generales, las cuales, establece el medio, son leídas principalmente por hombres.

Esta tendencia informativa cambia para el 2005. A pesar de que aumenta la frecuencia de publicación con respecto no sólo al periodo 2000-2003, sino también al 2004, la carga más grande de textos informativos se va hacia la sección Activa, la cual viene a sintetizar las antes llamadas Vida Salud, Salud, Vida y Familia. Entonces el mensaje sobre el cáncer se transforma y no necesariamente el de los textos, más bien el del medio mismo: al priorizar la publicación de la información sobre cáncer a esta sección dirigida hacia las amas de casa, se está connotando al cáncer como una enfermedad de la mujer o bien, se refuerza el papel de ella como cuidadora “del hogar”.

Lo anterior se refuerza cuando se hace el análisis según tema y sección. En el caso del cáncer de mama, la prevención o atención temprana y algunos textos sobre investigaciones científicas, se publicaron en la sección Activa, mientras que el resto de los temas se cubrieron en las secciones generales, locales, nacionales, internacionales y estatales. Para el cáncer cervicouterino la situación es similar, Activa tiene el mayor

número de notas por sección y se dedican principalmente a atender dudas de los lectores, a promoción de la detección temprana y a mostrar estudios epidemiológicos, el resto de los temas se cubren en las secciones generales.

En cuanto a los géneros periodísticos, se estableció que el más predominante son las notas informativas, pero también se encontraron 34 columnas de las cuales 29 correspondían a resolver dudas médicas. Esto es, a partir del 2004 el periódico presenta una columna donde médicos de diferentes especialidades responden los cuestionamientos de los lectores, quienes principalmente, son madres de familia preguntando sobre sus hijos, amigas, hermanas o hermanos y sobre ellas mismas. En un inicio se publicó en la sección Metro, pero para el 2005 consolidó su ubicación en la sección Activa. Esto puede verse desde dos puntos de vista. El primero, es la falta de columnas en la sección Opinión que traten sobre el cáncer, lo cual coloca este tema fuera de la agenda prioritaria del medio. La segunda, es que a pesar de que no se le considera, como un tema de discusión, a través de las preguntas de los lectores se denota que cada vez más que la enfermedad está más posicionada entre la población, de tal forma, como para que sea el principal tópico de sus preguntas. En todo el tiempo de revisión, fueron escasas las veces cuando las preguntas hechas a los médicos no hacían referencia a algún tipo de cáncer.

Finalmente, el contenido del periódico El Imparcial, sin adentrarnos aún al discurso escrito en si, trata al cáncer como una enfermedad prioritariamente biológica, donde los actores principales son los médicos, científicos e investigadores que se encuentran en la búsqueda de una cura para el mismo, o bien, de los funcionarios de gobierno y representantes de las principales instituciones de salud que promueven los programas, difunden los datos estadísticos que generaron en cierto periodo o hablan sobre la situación o representatividad epidemiológica.

Las terapias alternativas, como un punto aparte de la biomedicina, no tienen cabida, aún cuando se habla de tratamientos “no convencionales”, se respalda su funcionamiento mediante la cita de investigadores, médicos o científicos de institutos conocidos y de renombre como es el caso, por ejemplo, de la revista Cáncer Research.

Ahora bien, tanto el cáncer cervicouterino y de mama, son problemas de salud que principalmente son una preocupación propia de la mujer y un panorama epidemiológico que preocupa a un país entero (SSA 1998; SSA 2001). Son, sin duda, los dos tipos de

cánceres que con mayor frecuencia se mencionan en el medio, pero no se puede tomar completamente como un resultado positivo, ya que después de la frecuencia y la importancia que le brinda el medio, es necesario saber qué dicen, es decir, qué están informando a la población, cual es el discurso escrito sobre cáncer en general, cervicouterino y de mama que presenta el periódico El Imparcial, lo cual se verá en el siguiente capítulo.

Capítulo V: Análisis del discurso sobre cáncer cervicouterino y cáncer de mama

El análisis del discurso dentro de un medio de comunicación como el periódico El Imparcial, está orientado a sacar a la luz el mensaje que queda escrito entre líneas, donde el cáncer además de ser un resultado biológico o genético, o de la acción de agentes externos que provocan la enfermedad del cuerpo, también se identifica como una enfermedad social, en la medida que afecta a quienes la posee, obstaculiza su vida, los hace luchar por ella o los castiga por sus acciones indebidas.

En el presente capítulo, se analizará el discurso sobre cáncer cervicouterino y de mama emitido por el periódico El Imparcial durante el período 2000-2005, el cual va desde la metaforización y la generación de sociolectos¹⁹, hasta el reconocimiento de la autoridad biomédica como única responsable de la salud de los individuos en las sociedades.

Al finalizar el desglose por eje de análisis, se establecerá un comparativo entre la forma en la cual fue manejado el cáncer cervicouterino y el de mama, a fin de ver las diferentes que existieron entre ambos.

Cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino (CaCu) es la principal causa de muerte por cánceres ginecológicos en el país y la segunda en el estado de Sonora, donde el primer sitio es ocupado por el Cáncer de Mama (CaMa) (ver capítulo III). Esta predominancia estadística del cáncer de mama sobre el cervicouterino se refleja en el discurso del periódico El Imparcial a partir de la frecuencia con la cual el medio de comunicación trata ambas temáticas, es decir, es mayor el número de textos informativos refiriéndose al Cama que al CaCu, pero por el momento este espacio se dedicará únicamente al análisis del discurso del cáncer cervicouterino, para después, en el último apartado, establecer una diferenciación en el tratamiento de ambos temas por el mismo periódico.

¹⁹ El sociolecto es un sublenguaje idiosincrático de un grupo social dado. Según Greimas, citado por Beristáin 2000, el sociolecto se identifica por "las connotaciones sociales que lo acompañan" y por "las variaciones semióticas que lo oponen a otros sociolectos", y constituye la "faz significativa" de las organizaciones de una sociedad dada. Tales organizaciones son "fenómenos extrasemióticos" que hallan sus correspondientes "configuraciones semióticas" precisamente en el sociolecto que distingue a un grupo social de otros grupos (o estratos o clases sociales).

Cáncer cervicouterino como metáfora

La utilización de metáforas en el tratamiento discursivo del cáncer cervicouterino deja ver, además del estilo del periódico, la construcción social que existe detrás de la enfermedad. El diario no es en sí el generador de dicho manejo metafórico, sino un reproductor y perpetuador de lo que socialmente se expresa en torno al CaCu.

La principal metáfora sobre cáncer cervicouterino utilizada por el periódico El Imparcial, es el reconocimiento del cáncer como un “ente maligno con vida propia”. Para esto utiliza la figura de la metagoge mediante la cual se otorga a los objetos inanimados (sin vida) características humanas, como son la capacidad de matar, quitar vidas o cobrarlas.

“La peligrosidad de este enemigo, radica en su capacidad para pasar desapercibido, alojándose en el organismo silenciosamente y quedándose en él de por vida si no es tratado a tiempo. Dentro del grupo de infecciones de transmisión sexual, el SIDA ha opacado otras enfermedades que si bien no resultan mortales a corto plazo traen como consecuencia lesiones de por vida como es el caso del VPH” (24 de enero de 2004).

El cáncer cervicouterino se reconoce como un enemigo que maneja estrategias de guerra, utiliza camuflaje y busca una trinchera donde no pueda ser atacado. Se aloja “silenciosamente”, como si de manera intencional el tumor pudiera decidir la ubicación donde comenzará a producirse y reproducirse o hacia dónde viajará para establecerse en puntos escondidos del cuerpo para no ser detectado y posteriormente extirpado.

Se conceptualiza también como un parásito que consume lo mejor de las personas, su posesión más valiosa, “la vida”, albergándose en el cuerpo con la intención expresa de causarle enfermedad, dolor y muerte.

“El cáncer cervical ataca cada año a casi medio millón de mujeres en todo el mundo y mata aproximadamente a la mitad” (02 de noviembre de 2004).

““Hace un año me operaron y el cáncer empezó a extenderse”, dijo, “el tumor en dos o tres semanas se salió de la matriz y me invadió”” declaración de Alma Angelina Cornejo, enferma terminal de cáncer cervicouterino (13 de enero de 2004).

Estas valoraciones no solamente son encontradas a lo largo de los textos informativos, sino también en la parte más destacable de la noticia, el encabezado, que representa la función de atraer lectores. El tratamiento discursivo del cáncer promovido por el medio de comunicación, y a través de lo cual se reconoce y a su vez reflejan una

representación social sobre la naturaleza agresiva (en términos de pelea) propia de la enfermedad. Un ejemplo se presentó el 20 de agosto de 2004, cuando el editor decide titular la nota informativa: “Atacan tumores a mujeres jóvenes”:

“Atacan tumores a mujeres jóvenes

Por Nashiely Domínguez

TIJUANA, Baja California (PH)

Aumentan en Baja California los casos de cáncer en mujeres jóvenes menores de 25 años, quienes se quedan desprotegidas ante la carencia de programas de prevención dirigidos a este sector femenino. De acuerdo con la jefatura de prestaciones médicas del IMSS, en el 2003 se registraron 16 casos de tumores malignos en adolescentes de 15 a 19 años.

Hubo 53 casos en mujeres de 20 a 24 años, a quienes en su mayoría les fueron detectadas displasias cervicales leves y moderadas, severas, tumores malignos del cuello del útero y de mama. Las estadísticas de Isesalud indican que en el 2003 fueron realizadas 32 mil 694 muestras, de ellas unas 5 mil correspondieron a menores de 25 años.

En los resultados de estas pruebas mil 014 fueron diagnosticadas con lesiones precancerosas, de ellas 711 tenían la imagen con el virus del papiloma humano y de éstas 150 resultaron en mujeres menores de 25 años” (20 de agosto de 2004).

En este caso, el texto posterior al encabezado contó con un tratamiento estadístico, pero a pesar de lo numérico de la temática, la utilización de esta metáfora es recurrente: si se habla de mortalidad, las mujeres no mueren a consecuencia del cáncer o sus complicaciones, sino a manos de un “asesino” mundial inclemente, que no diferencia entre personas: las caza, las vigila, para después matarlas o cobrar sus vidas.

Esta tendencia a destacar el cáncer como un ente maligno con vida propia, se da también de forma estructural, es decir, a pesar de que no se encuentre en el encabezado, la tendencia del medio es utilizar esta terminología prioritariamente al inicio de los textos, tanto en los sumarios, como en las entradas, los que representan el segundo punto más leído por los lectores. Al hacer llamativos el encabezado, sumario y la entrada, el medio de comunicación asegura que, a pesar de que el lector no termine el texto, se quedará con la impresión que estos elementos le hayan brindado en primera instancia (Van Dijk 1990; Rivadeneira 1990; Leñero y Marín 1986). Por otro lado, se reconoce además otro recurso estilístico utilizado para destacar la información, y este es la generación de cabezas de descanso (o subtítulos) para separar diferentes temáticas y llevar al lector(a) directamente a lo que quiere saber, a partir de la lectura de todo el texto o saltándose hasta la parte que para el lector resulte de mayor interés.

Sumario

“Virus del Papiloma Humano (VPH)

Ataca con discreción

El número de infectados por esta enfermedad de transmisión sexual se incrementa a pasos agigantados” (24 de enero del 2004).

Entrada

“Porque el cáncer no ‘perdona’ edad ni sexo, es necesario que las mujeres que tienen relaciones sexuales a temprana edad acudan a realizarse exámenes médicos, dijo la presidenta de la Agrupación George Papanicolaou” (16 de junio de 2005).

Cabeza de descanso

“A su cacería

El diagnóstico del VPH está basado principalmente en tres parámetros: clínicos, sexológicos e histológico” (24 de enero de 2000).

Estos ejemplos fueron tomados de diferentes notas informativas, para ilustrar de forma la utilización del encabezado, entrada y sumario.

Ligado de forma directa al tratamiento metafórico del cáncer cervicouterino como un ente maligno con vida propia, se encuentra la visualización del mismo como una lucha o un obstáculo en la vida.

Esto es, a partir de la construcción del cáncer como un enemigo orientado a “matar” o “cobrar vidas”, se desarrolla una lucha entre la persona que tiene la enfermedad y la enfermedad misma, una batalla que puede resultar victoriosa para cualquiera de las partes, ya sea a través de la recuperación total o de la muerte, para cada uno, según sea el caso.

La persona, entonces, no se recupera del cáncer, gana la lucha contra él y cuando muere, se dice que perdió la batalla contra el enemigo. La metáfora de “ganar o perder la batalla” no se restringe al enfermo, sino que se amplía a una guerra colectiva, donde se involucran además sus familiares, médicos, investigadores, asociaciones civiles e instancias gubernamentales. Así se expresa en la siguiente nota:

“Irene Fontes de Cervantes, presidenta estatal, dijo que con 19 años de trabajo de la Agrupación, se ha logrado un avance importante en la lucha contra el cáncer, al bajarse la incidencia de cáncer cervicouterino, aunque advirtió que por desgracia, los casos contra el cáncer mamario tienden a incrementar”. (27 de marzo de 2003).

Esta tendencia se mantiene en los seis años de análisis hemerográfico, como lo muestra un texto de publicación previa al anterior, donde se establece: “En la agrupación George Papanicolaou requerimos de las empresas para que nos ayuden a luchar por los objetivos principales, la prevención y el tratamiento a los enfermos”. Declaración de María Elena Mascarreña de López, presidenta de la asociación (14 de abril del 2005).

Esta lucha continua entre el enfermo y la enfermedad deriva en una obstaculización temporal o definitiva de sus actividades normales. En primer lugar, por la necesidad de dejar sus labores diarias para acudir a las sesiones de quimioterapia que muchas veces son agresivas y generan efectos colaterales molestos y en segundo, en el caso del CaCu, debido a la extirpación de a matriz con lo cual se obstaculiza el desarrollo total de los roles de género propios de la mujer, donde el ser madre, al menos socialmente, se encuentra casi en la cima de la pirámide. A continuación se presenta un ejemplo de lo anterior.

“El director de la Clínica de Servicio Médico Integral de la Escuela Superior de Medicina (ESM) del Instituto Politécnico Nacional (IPN), explicó que por ello muchas jóvenes pierden la posibilidad de procrear, luego de la extirpación de matriz por presentar cáncer en etapa avanzada”. (25 de enero de 2004)

En el caso del cáncer cervicouterino la metaforización del mismo como un obstáculo se liga directamente a la metáfora de lucha, es decir, es por pelear la batalla que la persona no puede vivir su vida de la forma que anteriormente lo hacía y esto se convierte en su castigo.

““Mírate en el espejo, no cometas el mismo error”, aconsejó a todas las mujeres Alma Angelina Espinoza Cornejo, quien padece cáncer cervicouterino en etapa terminal.

Conectada a un catéter que le suministra morfina, Alma Angelina expresó que no podría dejar de recomendar a las mujeres que acudan al médico a practicase la prueba del papanicolaou.

Serena, Alma Angelina, madre de tres hijos, de 18, 17 y 11 años, subrayó que el cáncer de cervix no es un castigo de Dios, sino una prueba de fé.

‘Mi alma está sana y yo ya puse a mi familia en manos de Él (Dios)’” (13 de enero de 2003).

Este testimonio expresa tanto la obstaculización, como la lucha y el castigo de las enfermas de cáncer cervicouterino. Por un lado, la mujer recibe un castigo físico a una desatención a su cuerpo y se responsabiliza y acepta “las consecuencias”, o bien, la sanción negativa por no asistir al médico a tiempo.

A partir de la detección tardía del cáncer, Alma Angelina se ve obstaculizada para realizar sus actividades diarias, primero por el tratamiento que debe llevar y finalmente por verse en cama, conectada constantemente a un catéter por donde se le administra el analgésico que le permite, de una u otra forma, mantenerse tranquila a pesar de los dolores intensos provocados por el cáncer cervical en etapa terminal.

El cáncer le obstaculiza, asimismo, cumplir con su rol de madre, lo cual se hace notar al hacer la descripción del ambiente del enfermo y enmarcarlos en el hecho de que tiene hijos: la mujer antes que todo, incluso antes de ser enferma, es madre y debe hacerse responsable de su familia sin importar la situación en la cual se encuentre, tanto de forma material como espiritual, lo cual se enfatiza cuando menciona que puso a sus hijos “en manos de Dios”.

Las formas en las cuales el periódico El Imparcial metaforiza al cáncer están ligadas unas con otras directamente. No puede haber lucha sin un enemigo a quien combatir, toda guerra provoca obstáculos a las poblaciones que afecta y finalmente, siempre hay un castigo para alguna de las partes: el castigo del cáncer es desaparecer y el de la enferma verse mutilada físicamente (extirpación de matriz), y el de la mujer la imposibilidad para cumplir el rol reproductivo y verse incapacitada para cubrir todos los roles sociales otorgados por el género o la muerte.

Cáncer cervicouterino como ente biológico y biomédico

Cuando se habla del cáncer cervicouterino como ente biológico o biomédico, se hace referencia a aquellas notas donde el origen y las formas de prevención y curación de este cáncer se dan a partir de agentes biológicos-genéticos. Este tema fue el más abordado por el periódico El Imparcial a lo largo de los seis años de revisión hemerográfica, sobre todo a partir del 2004 cuando incluye el tema de los avances científicos del cáncer cervical.

El predominio de este tópico en El Imparcial brinda un doble significado, en primer lugar, el fuerte interés por la difusión de avances científicos habla de la importancia que la

población da al padecimiento, la necesidad de saber que se está avanzado en el camino a erradicar el cáncer, lo cual disminuye la aprehensión de presentar la enfermedad y el segundo, el reconocimiento social del modelo biologicista de salud como el único capacitado para brindar información como una fuente confiable y digna de ser enunciada.

A lo largo de la revisión, sólo se identificó una nota informativa que expresa la opinión de otros modelos de atención a la salud y ésta no incluía al cáncer cervicouterino o de mama en particular, sino que hablaba del cáncer en una forma general. En adelante, todos los textos informativos que trataron sobre el cáncer cervicouterino fueron abordados desde el modelo biomédico, a partir de estudios epidemiológicos dónde se comprobaba o rechazaba que algún alimento o hábito de vida podría o no ser causa de cáncer.

Para este apartado, el tratamiento discursivo del cáncer cervicouterino como ente biológico se registró mediante dos aristas. La primera, habla del cáncer como resultado biológico o genético, esto es, debido a factores hereditarios o bien, por infección por el virus del papiloma humano (VPH). La segunda, como un evento estadístico o epidemiológico, lo cual hace referencia al manejo de datos de incidencia, prevalencia o mortalidad de la enfermedad y/o estudios epidemiológicos enfocados a descubrir o comprobar factores de riesgo, así como nuevas terapias posibles para su prevención o curación.

A continuación se muestran algunos ejemplos de la ubicación del cáncer cervicouterino como un ente biológico-genético.

Biológico

“Vacuna anticáncer es 100% efectiva

El primer estudio en gran escala de una vacuna contra el cáncer cervical halló que, a corto plazo, la sustancia era efectiva en un 100% en la tarea de impedir el carcinoma y las lesiones que pudieran tornarse cancerosas, dijeron los laboratorios Merck” (07 de octubre de 2005).

“La vacuna, denominada Gardasil, actúa contra los virus que causan el cáncer y también las verrugas genitales, según demuestra el estudio de Merck, que se presentó ante el congreso anual de la sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas, en San Francisco, California” (08 de octubre de 2005).

“Recalcó que este cáncer, es originado en un 95% de los casos por el Virus del Papiloma Humano, el cual se contagia a través del contacto sexual, y tiene 95 subtipos, algunos de ellos con gran potencial para producir cáncer, por lo que la Clínica de Displasia atiende al mes 500 pacientes infectadas por el virus”. Declaración del jefe del servicio en la Clínica de Displasias, del hospital Regional Adolfo López Mateos del ISSSTE (28 de marzo de 2004).

“El VPH es un virus que pertenece a la familia de los papivirus. En la actualidad se conocen entre 80 y 90 subtipos virales, de los cuales sólo 23 atacan el tracto genital. La peligrosidad de este virus depende de su ADN o carga viral, por lo que se divide en dos categorías: de bajo y alto riesgo” (24 de enero de 2000).

Estructuralmente, este tratamiento discursivo biológico-genético, ve reforzada su importancia con la ubicación de la información. Esto es, además de ser mayor el número de textos informativos que trataron prioritariamente sobre avances o investigaciones científicas, contaron con una mención preferencial, es decir, se encontraron principalmente al inicio de los textos, en las entradas de las notas y de ahí desplegados a lo largo de los escritos.

El mismo tratamiento se da al cáncer cervicouterino cuando se toma como un evento estadístico o epidemiológico (ver capítulo I), ya que expresa un interés del periódico El Imparcial por lograr ser los “más objetivos posible”, y la confiabilidad supuesta de los números, así como el poder informativo que tienen: entre más grandes y llamativas sean las letras e impresionantes las palabras utilizadas, mayor será la posibilidad de atraer lectores para dicho texto.

Además de los números, dentro del manejo discursivo del cáncer cervicouterino como un ente estadístico-epidemiológico, puede apreciarse una vez más el reconocimiento de la autoridad biomédica, pero ahora reforzada por la personalidad del Estado: las estadísticas manejadas con más frecuencias o en primeros planos en cuestiones estructurales, fueron aquellas proporcionadas por la Secretaría de Salud, tanto a nivel

nacional como estatal, así como por directivos de los hospitales públicos, sean estos el Hospital Oncológico del Estado, el ISSSTE, ISSSTESON, o, el IMSS.

En este punto, por lo tanto, ya no solamente es necesario que la opinión provenga del modelo biomédico, sino que además, su opinión y sobre todo, las cifras que brinda al reportero, cuenten con el respaldo del Estado para que éstas puedan llamarse oficiales.

Epidemiológico-Estadístico

“Todos los días mueren en Sonora 1.5 mujeres por cáncer de mama y cervicouterino y la tendencia va a la alza a pesar de los avanzados métodos de diagnóstico, reveló la Secretaría de Salud” (07 de mayo de 2005).

“Según el registro histopatológico de Neoplasias Malignas (cánceres) de la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud, reportó el año de 1993, 11 mil 023 casos de neoplasias malignas en el cuello del útero” (13 de enero de 2003).

“A nivel mundial, este tipo de cáncer representa la segunda causa de muerte pero el 80% de los casos se presenta en países subdesarrollados”, puntualizó el doctor Carlos Eduardo Aranda Flores, jefe de oncología del Instituto Nacional de Perinatología” (24 de enero de 2000).

Esta validación de instituciones, como portavoces de saber médico, continúa como constante al presentar al cáncer como un evento epidemiológico. Al momento de mencionar estudios dirigidos a la prevención, control o curación del cáncer cervicouterino, siempre están respaldados con la firma de algún laboratorio reconocido o alguna revista científica de renombre.

“Entre las mujeres que recibieron inyecciones de placebo se presentaron en cambio 21 casos de infecciones. ‘Tener un 100% de efectividad es algo que ocurre muy pocas veces’, dijo el doctor Eliav Barr, director de desarrollo clínico de Gardasil para los laboratorios Merck” (07 de octubre de 2005).

“Según mostró un estudio, el 94% de las mujeres que participaron estuvieron protegidas del virus que provoca la mayoría de los cánceres del cérvix uterino, y ninguna desarrolló condiciones precancerosas preocupantes cuatro años después de ser vacunadas.

‘Estamos muy emocionados por estos resultados. Las respuestas inmunológicas parecen ser realmente duraderas’, informó el doctor Eliav Barr, que encabeza el desarrollo de la vacuna para la empresa farmacéutica Merck & Co” (02 de noviembre de 2004).

En el tratamiento discursivo que da el periódico El Imparcial al tema del cáncer cervicouterino como evento epidemiológico-estadístico, se establece una igualdad entre la presencia del virus del VPH y el desarrollo inminente de la enfermedad, lo cual se

identifica debido a que, al mencionar la vacuna que existe contra algunos de los tipos del virus del Papiloma Humano, se refieren a ella como “la vacuna contra el cáncer cervicouterino”.

“Estará a la venta al público en el 2006
Vacuna atacará cáncer de útero
Presenta farmacéutica nuevo medicamento que ayudará a prevenir muertes de mujeres” (08 de octubre de 2005).

“Sacarán vacuna contra cáncer cervical
WASHINGTON, D.C. (AP)
Los esfuerzos para desarrollar la primera vacuna contra el cáncer cervical dieron ayer un importante paso al difundirse resultados de pruebas que sugieren que su protección puede ser duradera” (02 de noviembre de 2004).

La relación que de entrada se establece entre el virus y la enfermedad, no es completamente correcta, ya que hasta muy avanzado el texto se explica contra qué tipos del virus se está protegiendo a la mujer y cuándo se hace; en la mayoría de las ocasiones no queda claro que a pesar de las mujeres están protegidas contra algunos tipos de VPH no significa que en un futuro no pudieran desarrollar cáncer de útero con la infección de otros tipos, además, cabe recordar, la contribución de otros factores de riesgo al desarrollo del cáncer.

A partir de su discurso sobre cáncer cervicouterino, El Imparcial difunde la responsabilidad del paciente sobre la presencia de la enfermedad, atribuyéndolo principalmente al tener relaciones sexuales sin protección y a la vergüenza que les da a las mujeres realizarse el examen diagnóstico.

Cáncer cervicouterino como responsabilidad de la paciente

La adjudicación de la presencia del cáncer cervicouterino como responsabilidad única del paciente tiene dos resultados, el primero, el deslindamiento del modelo biomédico de atención a la salud con respecto al proceso salud-enfermedad de la persona afectada y el segundo, la negación de los organismos gubernamentales de atención a la salud de su responsabilidad, debido a la falta de cobertura de los programas, o el desinterés e

incomprensión por el que atraviesan las pacientes al tener que enfrentarse a una prueba diagnóstica considerada invasora de su identidad como es la prueba del papanicolaou.

La presencia del cáncer cervicouterino, a partir de este tratamiento discursivo brindado por el periódico El Imparcial, se entiende de tres formas, las cuales se encuentran directamente relacionadas: 1) el descuido sobre la salud; 2) como resultado de la vergüenza o pena y 3) como derivación del rol de género la mujer.

Cuando en el periódico se habla del cáncer cervicouterino como consecuencia del descuido sobre la salud se enfatizan dos afirmaciones relacionadas entre sí: que a pesar de que la supuesta acción intensiva de las autoridades por informar y prevenir la enfermedad, las mujeres no muestran interés o no ponen atención hacia estas acciones de información y prevención y no se cuidan de la enfermedad.

“Reconoció que hace falta el interés por las mujeres en hacerse este tipo de exámenes, a pesar de que se dan a conocer las ventajas que posee y sobre todo, que las previenen de un problema que puede expandirse por no darle importancia” declaración de Mario Díaz Garduño, médico ginecólogo (01 de enero de 2005).

“El jefe de departamento de Salud Reproductiva señaló que las mujeres no acuden a campañas sabatinas del papanicolaou, lo cual es de gran importancia, ya que por medio de la prueba puede detectarse a tiempo un cáncer del cuello uterino que puede llevar a la muerte” (13 de enero de 2003).

“En México mueren anualmente cuatro mil 500 mujeres por cáncer cervicouterino, pero este problema podría evitarse si se realizaran la prueba de papanicolaou en forma periódica y desde una edad temprana, afirmó el especialista del ISSSTE, Oscar Trejo Solórzano” (28 de marzo de 2004).

Esta aceptación del cáncer cervicouterino como responsabilidad de la paciente por parte del reportero a cargo de la información, no solamente refleja el reconocimiento de la autoridad médica, sino que no matiza la información preguntando al especialista por los factores de riesgo, o bien, simplemente no los incluyó, generando una nota parcial.

En la nota se expresa la opinión del médico y el reportero evita ver aquellos factores que llevan a las mujeres a no practicarse la prueba, o bien, si realmente son ellas quienes no acuden a los servicios de salud, o éstos los que no cuentan con la capacidad suficiente para darle atención a toda la población femenina en el momento que ellas la solicitan.

Es decir, al establecer que las mujeres no acuden a realizarse la prueba, se desconoce el esfuerzo de aquellas quienes dejan de lado sus actividades diarias para tomar un camión en la madrugada que los llevará al centro de salud donde debe llegar temprano

para alcanzar una ficha, la cual le dará pase para hacerse el papanicolaou. De no alcanzar lugar, la mujer debe regresar a su casa y volver al día siguiente, si sus posibilidades se lo permiten.

Al respecto, el tratamiento discursivo del cáncer cervicouterino por el periódico El Imparcial, como reflejo del discurso biomédico, aborda la temática categorizando a las mujeres como descuidadas sobre su salud, en lugar de atender a las limitantes antes mencionadas, así lo muestra el ejemplo:

“El especialista precisó que en muchas ocasiones las mujeres dejan como tercera opción acudir al médico aun cuando detectan una alteración o molestia ginecológica, y con ello se pierde la oportunidad de un diagnóstico oportuno”.

“Bernal Sanluis aseguró que ofrecer este vale para la práctica del Papanicolaou en forma gratuita ha sido el empujón para que las mujeres asistan a realizarse el estudio, porque la falta de dinero para pagarlo dejó de ser un pretexto” declaración del asesor nacional de programas para infantes y salud nutricional del Fondo para Niños de México (27 de noviembre de 2005).

“La displasia es un proceso evolutivo que requiere mucho tiempo. Pueden pasar entre diez y 15 años para que una célula normal se convierta a una displasia severa’.

‘Por eso suena como inconcebible que una mujer tenga cáncer de cérvix si tuvo un montón de años previamente para hacerse un (estudio) Papanicolaou’ dijo.

Corral Villegas enfatizó que el camino no se hace en poco tiempo pero que por ello no hay que desperdiciar el tiempo entre el inicio de la enfermedad y el cáncer y realizarse los estudios cada año” declaración del Subsecretario de Servicios de Salud (16 de julio de 2004).

Puede observarse cómo se anulan las razones por las cuales las mujeres no lograron hacerse el papanicolaou y, a pesar de que las estadísticas muestran cómo el cáncer cervicouterino es más común en las zonas de escasos recursos económicos, toman como “pretexto” y no como “razón” el argumento de las mujeres de no tener dinero suficiente para realizarse el estudio.

El término “pretexto” es un peyorativo de razón, donde se asume que la persona no está diciendo la verdad, sino que trata de encubrir sus actos negativos. Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, pretexto significa: motivo o causa **simulada** que se alega para no hacer una cosa. De esta forma, se asume que las mujeres cuentan con el dinero suficiente para hacerse la prueba, pero no lo hacen por negligencia, no por necesidad económica.

Al utilizar el término razón, se habla de un argumento validado a partir del cual se justifica una acción hecha o no. Según la Real Academia de la Lengua (1999), razón

significa: argumento que se aduce en apoyo de algo// información o explicación de algo// Acierto o verdad en lo que se dice o se hace.

Estos mensajes expresan una forma peyorativa de referirse al discurso emitido por las mujeres; anula la responsabilidad del médico y de las instancias gubernamentales con respecto a la salud de las mismas así como los patrones culturales que obstaculizan la práctica de la prueba y la traspasa a las pacientes.

Esto expresa dos mensajes: por un lado asumir como verdad el discurso del médico, que es lo que frecuentemente sucede en el manejo por los reporteros. Es decir, repetir la información dada por la autoridad en la materia desde su posición de representante del modelo biomédico que responsabiliza al individuo en lo personal de su salud. El informante claramente expresa este sesgo cuando afirma “suena como inconcebible...”, asumiendo con esta afirmación que las mujeres conocen la información sobre detección oportuna cáncer cervicouterino y en segundo, que tiene las posibilidades económicas y de acceso para poder realizarse la prueba y después acudir a un médico que pudiera ayudarle a dar el siguiente paso según los resultados que haya obtenido.

En ningún momento, nuevamente, se cuestionan cuáles son las acciones que la Secretaría de Salud está llevando a cabo para hacer más accesible el servicio, no solamente en cuestiones de costo, sino tampoco en acercar los servicios médicos a las comunidades, colonias o invasiones urbanas dónde pudiera hacer falta; tampoco se incluyen en estas notas medidas que se toman para disminuir obstáculos que existen en las percepciones y creencias de las mujeres para acudir a la prueba del papanicolaou.

Se minimiza, así, las dificultades económicas, sociales y culturales que las mujeres tienen como obstáculos en su vida diaria, desde la falta de dinero para trasladarse al centro de salud más cercano, hasta la necesidad de dejar a sus hijos, esposo y casa y, en consecuencia, desatender sus responsabilidades dentro de la familia, las cuales socialmente se ponen como prioridades: primero alimentar y cuidar a sus familias y después cubrir sus demás necesidades.

“Mencionó la encuesta que realizó un laboratorio, la cual muestra que la mayoría de las mujeres cuida primero la salud de los demás que la suya. Expuso que las mujeres saben que deben acudir al médico, pero no lo hacen” declaración del asesor nacional de programas para infantes y salud nutricional del Fondo para Niños de México (27 de Noviembre de 2005).

La mujer, entonces, está para cuidar, no para ser cuidada. Según su rol de género debe encargarse de la salud de los miembros de su familia: esposo, hijos, padres y suegros, en caso de que sea necesario, primero los demás y después ella. Así, cuando la mujer enferma, no se mide su dolor con respecto a cuánto está sufriendo debido a los dolores tan intensos que provoca el tener cáncer avanzado, o los trastornos procedentes de la quimio o radioterapia, sino a partir de la desatención de sus funciones como mujer.

“No se imaginan hasta que punto se puede descontrollar a la familia, incluso a toda una comunidad”, señaló, ‘el cáncer cambia la vida de las personas que están cerca de ti’.
‘Todo se ha trastornado, mi familia está batallando conmigo, vecinos, desconocidos y amigos’ señaló”
declaración de enferma terminal de cáncer cervicouterino (13 de enero de 2003).

La mujer no interrumpe sus actividades cotidianas para cuidar a los enfermos, ya que se supone es “su deber” hacerlo, en cambio, cuando el resto de la familia se ve en la necesidad de cuidarla entonces todo “se trastorna”: ya no estará mamá para hacer las tres comidas al día, para limpiar la casa, ayudar con las tareas, lavar la ropa y otras muchas actividades que el “deber ser” le atañen a su sexo. La mujer ayuda al enfermo, los demás batallan con ella.

Otro de los factores de género que se presentan en la reproducción del discurso sobre cáncer cervicouterino de las fuentes de información, es la subordinación de las mujeres hacia el hombre y la autoridad de éste para decidir no solamente sobre las actividades, sino también sobre el cuerpo de ella. Es decir, el esposo, y no la mujer, decide quienes tienen acceso al cuerpo de la paciente, si el médico que va a examinarla es hombre, sin importar las consecuencias, puede desistir de la atención.

“Galeana Hernández manifestó que hay muchos tabús todavía en nuestra sociedad y uno de los principales es que el cónyuge no le permite a la mujer hacerse el Papanicolaou porque el médico es hombre’.

‘El machismo es uno de los problemas que tenemos’, apuntó, ‘los esposos les dices cómo le va a tomar la prueba un hombre, si no es una mujer no las dejan’” declaración del titular del departamento de Salud Reproductiva (13 de enero de 2003).

‘El jefe de la jurisdicción Sanitaria número Dos, Alahan Celaya Celaya, destacó que en los hospitales de la Secretaría de Salud han asignado enfermeras o doctoras para realizar las pruebas de detección de cáncer en la mujer.

‘Ya sea el Papanicolaou o de mama, se hace así para brindar más confianza en las mujeres y que se haga una detección temprana del mal y poder atenderlo, destacó’” (10 noviembre de 2005).

Entonces el cáncer adquiere un nuevo significado: no solamente es responsabilidad del individuo por su descuido, su rol de género o por sus hábitos de vida, sino también se convierte en una enfermedad producto de un problema cultural, donde los tabúes alrededor del cuerpo limitan las posibilidades de una detección temprana. Culturalmente, el área genital es un área privada a la cual solamente “el propietario” debe tener acceso y, al momento de casarse, el cuerpo deja de ser de la mujer para pertenecerle al hombre, por lo tanto, si él decide que no será vista por un médico varón, entonces la mujer no podrá contradecir la decisión: ella no es propietaria de su propio cuerpo.

Entra a consideración otro factor en el discurso del cáncer cervicouterino: la vergüenza. La vergüenza como parte del discurso presentado al explicar el proceso salud-enfermedad del cáncer cervicouterino se ve reflejado no solamente a través de la mención específica de las palabras “vergüenza o pena”, sino también a partir de la referencia de la necesidad de contar con una persona de confianza para brindarte asesoría sobre la enfermedad, las formas de protegerte o de detectarla.

“Si tienes alguna duda sobre cualquiera de estos procedimientos, olvídate de la pena y acude con tu médico de confianza quien te asesorará” (1 de enero de 05).

“A las muchachas les da pena hacerse la prueba del papanicolaou, externó, pero desde que inician su sexualidad deben examinarse para evitar graves enfermedades como el cáncer cervicouterino” (16 de junio de 05).

“Pero también la vergüenza y el temor a darse cuenta de tener cáncer cervicouterino, son factores determinantes para que la mujer no tenga una cultura de prevención de este mal”. (27 de octubre de 03)

Para finalizar, el tratamiento discursivo del cáncer cervicouterino como responsabilidad del individuo deposita la causa de la enfermedad no solamente en los factores biológicos que la provocan o detonan su desarrollo, sino en el enfermo mismo. El causante del tumor no es entonces la división anormal de las células que lo formaron, sino la persona que por descuido, vergüenza o por cumplir o incumplir sus roles de género, dejaron que la enfermedad avanzara.

Cáncer cervicouterino como enfermedad social

Como eco a sus características epidemiológicas el cáncer cervicouterino es reconocido por el medio de comunicación, en primer lugar, como una enfermedad que afecta principalmente a la población con rezago económico, esto es, al hablar de este padecimiento se asume que las pacientes no cuentan con ingresos suficientes para hacerse las pruebas necesarias para prevenirlo, así como para transportarse a los diferentes centros de salud donde pueden acceder a ellas.

En segundo lugar, cuando se habla del cáncer cervicouterino como enfermedad social, el periódico El Imparcial lo enmarca como una enfermedad resultado de un problema cultural, ya sea por la falta de conciencia hacia la prevención de enfermedades, entre otras cosas, por la vergüenza de las mujeres de ser vistas o verse expuestas ante personas desconocidas, o por el machismo que suponen es predominante en México.

El cáncer cervicouterino como enfermedad de la pobreza, puede verse a partir de la información brindada a los reporteros por sus fuentes. Los entrevistados establecen una relación estrecha entre el cáncer cervicouterino y las condiciones de pobreza o de escasez de recursos, la cual es respaldada por el perfil epidemiológico de la enfermedad y difundida por el periódico a través de sus páginas.

El periódico El Imparcial se dedica principalmente a la promoción y difusión de información de grupos gubernamentales y no gubernamentales dedicados a proporcionar ayuda gratuita o facilidades económicas para la realización y tratamiento del cáncer de cérvix en cualquiera de sus etapas. Esto expresa la preocupación del medio de retomar problemas de interés para la población, sin embargo, no existen cuestionamientos sobre cuáles son los requisitos que deben cubrir estas personas para hacerse acreedoras de los descuentos o exención de pago; cuánto tienen que recorrer antes de llegar al lugar dónde se ubican los módulos; las facilidades de acceso. Solamente se acepta como suficiente el hecho de brindar “atención gratuita”, lo que descontextualiza a la población destinataria de sus condiciones de posibilidad para acceder a dichos servicios.

El medio de comunicación, entonces, solamente toma y reproduce el discurso de las autoridades biomédicas y gubernamentales, dejando de lado una vez más la voz de todos los actores que se involucran en la información. Es decir, sería necesario que comenzaran a establecer contrastes entre lo que dicen los encargados de producir la salud y el discurso de la población abierta que puede o no recurrir a esos servicios, que supuestamente, están tan al alcance de todos.

“En la presentación del programa por autoridades federales se expuso que una alta proporción de mujeres que padecen la enfermedad en México no se atienden por falta de recursos” (21 de mayo de 2005).

“Apoyará SSA a mujeres

La Secretaría de Salud inició el cálculo para determinar cuánto dinero destinará al fondo de gastos catastróficos para la atención del cáncer de mama y cervicouterino, recursos que se generarán del cobro del impuesto al consumo del tabaco” (03 de julio de 2004).

“El cáncer cervical, que afecta a las mujeres en zonas pobres del mundo, es evitable. El 80% de las muertes por ese mal cada año ocurren en el mundo en desarrollo y en Estados Unidos la incidencia es mayor en las mujeres de raza negra o hispana” (08 de noviembre de 2005).

“A nivel mundial, este tipo de cáncer representa la segunda causa de muerte pero el 80% de los casos se presenta en países subdesarrollados, puntualizó el doctor Carlos Eduardo Aranda Flores, jefe de oncología del Instituto Nacional de Perinatología” (24 de enero de 2000).

No existe reconocimiento por parte de los reporteros sobre la falta de cobertura de los programas de atención de cáncer cervicouterino, así como sus limitantes para llegar a

ciertas áreas de la población, sobre todo al sur del estado, sino que más bien, esto se reconoce a través de las instituciones no gubernamentales que llevan la atención a las zonas marginadas (20 de octubre de 2005; 09 de marzo de 2003).

El cáncer cervicouterino es aquí motivo de propaganda política y partidista, donde la promoción de la atención y el acercamiento de ciertos servicios de salud se utiliza como estandarte político, sobre todo para las zonas más abandonadas del Estado. Esto se magnifica en el periodo electoral 2002-2008, donde el entonces candidato a la gubernatura del estado, Ramón Corral, establece una unidad móvil de atención para áreas donde normalmente no cuentan con servicios del sector salud.

Los cuestionamientos de los reporteros, entonces, no se dirigen a las autoridades públicas de salud, o a los médicos en general, sino más bien a la población, a las pacientes quienes no acuden a las campañas de salud a pesar de las facilidades que las instituciones de salud gubernamentales o las ONGs les presentan debido a un problema cultural.

En el caso del cáncer cervicouterino, este problema cultural se le atañe por diversos factores: la falta de uso de condón (factor protector contra el VPH), la realización de las pruebas diagnósticas, falta de conciencia por parte de las afectadas y el tabú alrededor de las pruebas de diagnóstico del VPH y/o cáncer cervicouterino.

“Además de la falta de una cultura sobre el uso adecuado del condón como medio control de transmisión de enfermedades’, indicó que este padecimiento es consecuencia de una infección del virus del papiloma humano, al que se le conocen varios genotipos” (25 de enero de 2004).

“Esto se debe a que en México existe un problema cultural para que las personas se practiquen las pruebas de diagnóstico, sobre todo cuando se trata de cáncer cervicouterino, de mama o próstata” (05 de febrero de 2005).

“Pero también la vergüenza y el temor a darse cuenta de tener cáncer cervicouterino, son factores determinantes para que la mujer no tenga una cultura de prevención de este mal” (27 de octubre de 2003).

“El problema, agregó, es que a pesar de las consecuencias y de decenas de campañas y mensajes que van en tordo a crear conciencia y una cultura de prevención, en aspectos como el daño que hace el cigarrillo, la importancia de tener una alimentación balanceada, o casos tan básicos como el de hacerse pruebas oportunamente, en el caso de las damas y los señores, no ha sido suficiente” declaración de Irene Fontes de Cervantes, presidenta de la agrupación George Papanicolaou (27 de marzo de 2003).

Cáncer de mama

La incidencia y mortalidad del cáncer de mama en Sonora, al igual que en el caso del cáncer cervicouterino, encuentra eco en la frecuencia con que el periódico El Imparcial maneja esta temática. De todos los tipos de cánceres que se presentan en el medio informativo, el cáncer de mama tiene el mayor número de notas publicadas (Ver capítulo IV). A continuación, se muestra el manejo discursivo que tuvo el medio impreso para esta enfermedad en el periodo 2000-2006.

Cáncer de mama como metáfora

Al igual que el cáncer cervicouterino, la metáfora más utilizada por el periódico El Imparcial en el discurso sobre cáncer de mama, es la presentación de la enfermedad como un ente maligno con vida propia que tiene el objetivo de destruir la vida de las personas a quienes afecta.

Según el discurso emitido por el periódico El Imparcial, el cáncer de mama se ve representado como un ente dirigido, con alevosía y ventaja, a matar a la persona, a cobrar su vida, es un depredador furtivo que las caza, las observa, la sigue y las atrapa.

Esta metáfora, es decir, el otorgar características humanas a un objeto inanimado, se interpreta a través de la presencia constante de términos como “mató” o “cobró”, utilizados por el periódico El Imparcial, para mencionar y con ello definir las muertes relacionadas con la presencia del cáncer de mama: el cáncer entonces, deja de ser una enfermedad como tal, no es más una reacción biológica del cuerpo, no es un crecimiento incontrolado de células genéticamente defectuosas, es la invasión de un “enemigo silencioso”, encaminado a hacer todo lo que esté a su alcance para tomar la vida de la enferma.

Estas actividades, el matar y cobrar, son dos características propias del ser humano en cuya definición se otorga cierto grado de voluntad y de interacción entre los involucrados. El periódico El Imparcial, entonces, otorga al cáncer de mama características propias del humano, le brinda una identidad y expone a los enfermos como subordinados al poder de la personificación del cáncer, estableciendo una relación víctima-victimario.

“Irónicamente, Soraya perdió a su madre víctima del cáncer y es portavoz para América Latina para la fundación contra el Cáncer del Seno Susan G. Komen” (22 de junio de 2000).

“El cáncer de mama, que diariamente cobra la vida de 10 mujeres en México, podrá ser diagnosticado antes de que el tumor aparezca y sea visible ante un mastógrafo” (11 de agosto de 2003).

“Atacan tumores a mujeres jóvenes” (20 de agosto de 2004).

“El cáncer de mama, el que más mujeres mata en Sonora, registró un incremento del doble de casos nuevos en Hermosillo, tan solo en el primer trimestre y en una sola institución de salud” (03 de junio de 2005).

La utilización de estos términos en el manejo discursivo del cáncer de mama emitido por el periódico es reiterativa, sin importar el abordaje de la temática. Es decir, así se trate el tema de forma numérica (a través de estadísticas o estudios epidemiológicos) o social (a partir de la entrevista de mujeres enfermas o bien, de instituciones gubernamentales o no gubernamentales dirigidas a brindar ayuda a quienes padecen la enfermedad), el cáncer de mama se presenta como un ente maligno con vida propia.

A esta presentación de la enfermedad se le añade una nueva metáfora la cual va directamente relacionada con la anterior: el cáncer de mama como un castigo. Al decir que el cáncer viene a cobrar vidas se asume que la persona tiene alguna deuda que cubrir y la enfermedad funge como heraldo de la comisión de hacienda del cuerpo, que ante la falta de pago de la cuota destinada a mantener la salud, envía un representante a reclamar lo suyo y a impartir un castigo por no cumplir con su deber. Así, el cáncer de mama es presentado por el periódico El Imparcial como un castigo físico infringido al enfermo por no cubrir la totalidad de sus responsabilidades (este punto se abordará más adelante), el tumor es el cobrador y la enfermedad, sus dolorosos síntomas, tratamiento y posibles consecuencias (mutilación de cuerpo o la muerte) se convierten en la penitencia.

“No sé qué cuenta estoy pagando, no sé por qué Dios me mandó esta terrible enfermedad, yo lo veo como un castigo”, señaló mientras sus ojos temblaban de impotencia” declaración hecha por una enferma de cáncer terminal” (17 de octubre de 2004).

“Este criterio se basa en una nueva investigación mundial que involucró a un millón de mujeres entre las edades de 50 y 64 años y que revelaban un vínculo real entre los suplementos hormonales y el cáncer de mama”. “Sin embargo refirió que el “precio” de esta sensación de bienestar es muy alto, ya que en la mayoría de las ocasiones esta terapia hormonal en contra de los efectos colaterales de la menopausia activa de manera desordenada un crecimiento de las células que forman tumoraciones” información brindada por el oncólogo Edwin Franco González (12 de noviembre de 2004).

Después de la interpretación del cáncer de mama como un castigo, el periódico muestra dos formas más de metaforizar la enfermedad: la lucha y el obstáculo de vida. Cuando se refiere a la primera, el medio de comunicación enmarca las acciones dirigidas a disminuir la mortalidad o la incidencia de la enfermedad en un ambiente de guerra, dónde los tumores y el padecimiento en general, adquieren la personalidad de un enemigo peligroso.

En el caso del segundo, tanto la enfermedad como sus tratamientos son adoptados como formas de detener la vida de las personas, de sacarlos de sus rutinas diarias, de la seguridad de sus casas, para ponerlos en una realidad distinta donde se ven imposibilitados para realizar sus actividades diarias.

El cáncer de mama como lucha, se interpreta mediante la detección, en el texto informativo, de términos tales como: “lucha”, “batalla”, “guerra”, “combatir”, “arma” y “sobrevivientes”, que sacan a la historia natural de la enfermedad del campo salud-enfermedad y lo sitúan en el de pelea, donde la voluntad, la fe, la fuerza, el cuidado, los avances científicos y el sistema inmunológico del cuerpo se convierten en las estrategias y armas de combate.

Encabezado

“Dé la guerra al cáncer de seno con prevención” (15 octubre de 2001).

Cabeza de descanso

“Contra el oncogén

Según Menéndez, las conclusiones del estudio no solo ayudaran a entender los mecanismos moleculares por los que ciertos ácidos grasos en la alimentación regulan el comportamiento de las células en el cáncer de mama, sino que también apuntan a que la alimentación regula el comportamiento de las células en el cáncer de mama, sino que también apuntan a que el consumo ácido oleico puede beneficiar a las enfermas que se traten con trastuzumab para combatir al oncogén” (11 de enero de 2005).

En el tratamiento discursivo del cáncer de mama por el periódico, la metaforización como lucha tiene un enunciamiento preferencial, no solamente en frecuencia de aparición, sino también en ubicación estructural, ya que es prioritariamente utilizado en encabezados, entradas o bien, subtítulos de descanso de los textos informativos analizados.

Por otro lado, la presentación del cáncer como lucha aparece sin importar el tipo de temática que se aborde en la noticia, es decir, a pesar de que la información se trate desde una perspectiva estadística-epidemiológica, la conceptualización del cáncer como batalla se encuentra tanto en el encabezado como en el cuerpo de la nota.

No sucede así cuando se habla del cáncer de mama como un obstáculo en la vida, esta arista más bien se detecta cuando el tema es tratado desde una perspectiva social, es decir, al presentar las voces de los involucrados desde su perspectiva de vida y no tanto desde un punto de vista numérico-biológico.

Es decir, según el manejo discursivo del periódico, la guerra contra el cáncer involucra a todas las partes dentro del proceso salud enfermedad: los médicos, investigadores, autoridades gubernamentales, organizaciones civiles y el mismo enfermo. Los obstáculos de vida, involucran solamente a quienes se encuentran enfermos de cáncer y a sus familias, quienes pudieran verse afectados por los efectos y requerimientos tanto de los tratamientos y las consecuencias provocadas por los mismos.

Se Imparcial muestra aristas diferentes en cuanto al obstáculo que representa tener el padecimiento, ya que no se utiliza como principal obstáculo de la maternidad, sino que las limitaciones que ocasiona en el ámbito laboral y personal de la enferma.

“La noticia no sólo llevó a la diva australiana del pop a cancelar la gira Showgirl que iniciaría el pasado jueves en Australia, sino que también interrumpió su sueño de convertirse en madre, al menos por el momento, según indicaron los médicos” (21 de mayo de 2005).

“Estando en la cima de su carrera y con una gira que iniciar en el año 2000, la cantautora Soraya, fue diagnosticada con cáncer de seno lo que la hizo alejarse por tres años de los escenarios” (25 de octubre de 2004).

“La cantante colombiana Soraya reveló que ha sido diagnosticada con cáncer de seno, solo días después del lanzamiento de su nuevo álbum ‘Cuerpo y Alma’, lo que le ha obligado a cancelar todos sus compromisos y a interrumpir su carrera” (22 de junio de 2000).

Así, la metáfora del cáncer de mama como obstáculo es únicamente utilizado en las historias de vida, dónde las personas o el periodista a manera de narrador, cuentan sus experiencias.

Cáncer de mama como ente biológico y biomédico

Al igual que con el cáncer cervicouterino, el número de textos informativos que tratan al cáncer de mama como un ente biológico supera al de aquellos que fueron vistos desde una perspectiva sociocultural, dónde se expresara de forma directa el sentir de quienes desarrollan la enfermedad.

Esta predominación, tanto del cáncer cervicouterino como del cáncer de mama del discurso médico biologicista habla de una legitimación de su autoridad por parte de la población, la cual es reconocida y difundida por el medio de comunicación, como una herramienta de perpetuación de este discurso.

El lenguaje, la selección y consulta de fuentes, así como la elección de la estructura de la nota establecen una relación de poder entre el discurso médico y el de la población. Es decir, la primera y última palabra será la de los médicos, y la de otros actores de brindar su opinión y experiencia, solamente se permitirán en el marco reconocido por el discurso médico.

Lo anterior se reconoce a partir de la estructuración de los textos informativos presentados por el medio de comunicación, los cuales, sin importar si hacen referencia a una historia de vida o un estudio epidemiológico, comienzan en su mayoría con la

presentación de estadísticas brindadas por algún instituto de investigación o dependencia gubernamental, como lo es la Secretaría de Salud, que respalde y valide los números.

Es solamente después que se han arrojado las cifras oficiales que puede darse voz a las enfermas, pero, aún en este discurso, se presenta una legitimación de la autoridad biomédica sobre su salud, ellas enferman por no hacer caso al médico de forma directa, o bien, a las campañas emitidas por las dependencias de salud (este tema se tratará más adelante).

Así, cuando se habla de cáncer de mama como ente biológico este es presentado prioritariamente de dos formas: como resultado biológico genético, o bien, como objeto de estudios epidemiológico o eventos estadísticos.

Biológico-Genético

“Especialistas alemanes sospechan que la proteína YB-1 puede ser uno de los agentes causantes del tumor de mama” (18 de mayo de 2005).

“Juega un papel importante en el cáncer de mama
Identifican gen cancerígeno” (02 de septiembre de 2004).

“El análisis del ácido ribonucleico de la saliva ha permitido a un equipo de científicos de Estados Unidos detectar a pacientes con cáncer en la zona de la cabeza y del cuello, en uno de los primeros estudios de este tipo cuyas conclusiones se publicaron ayer.

Los investigadores del Centro Johnson de Cáncer, de la Universidad de California en Los Ángeles, explican en la revista Clinical Cancer Research que el estudio halló biomarcadores en la saliva de los sujetos de la investigación.

Esta es la primera prueba que conduciría a un nuevo método de diagnóstico y detección temprana del cáncer” (16 de diciembre de 2004).

Epidemiológico-Estadístico

“En Sonora, la segunda causa de muerte son los tumores malignos y de estos el cáncer de seno es el más común” (27 de agosto de 2004).

“De 1993 a la fecha, la Secretaría de Salud registró mil 088 muertes por esta causa, cifra que lleva al Estado a compartir los primeros lugares junto a Nuevo León, Baja California, Distrito Federal y Coahuila” (17 de octubre de 2004).

“Los especialistas dicen que el número de casos del mal en México creció en un 50% durante la última década, mientras que los esfuerzos de detección temprana del padecimiento están obteniendo resultados positivos” (06 de julio de 2003).

Ahora bien, la información del cáncer de mama como ente biológico que el medio de comunicación presenta no solo tiene una alta frecuencia de aparición, sino también una preferencia de forma estructural, tanto dentro de los textos noticiosos como del periódico mismo. Es decir, el tratamiento discursivo biomédico de la enfermedad tiene una presentación preferencial, ya que ocupa la mayor parte del tiempo los espacios más visibles del medio, ya sea en portada, contra portada o, en el caso de que sea interiores, las páginas impares, más accesibles a la vista del lector.

El periódico El Imparcial, entonces, reconoce a través de su estructura el poder del modelo biomédico y lo legitima a través de su discurso, tanto escrito como visual, sobreponiéndolo a cualquier otro modelo alternativo de atención a la salud que pudiera presentarse e inclusive, presentando el sometimiento de la población ante la autoridad médica.

Esta superposición del modelo biomédico a otras formas de atención a la salud, puede comprobarse ante la ausencia total de textos que se dirijan a la promoción directa del manejo del cáncer de mama por otro que no sea el hegemónico.

Esto es, aún cuando el medio hable de tratamientos alternativos derivados de la alimentación o productos naturales, su validación como información verídica depende del origen de la nota, es decir, que esté respaldada por una firma médica: El Imparcial en su código de ética especifica que solamente se consultarán fuentes expertas en el ramo, con credibilidad suficiente y reconocimiento social. (Periódicos Healy 2007).

“Tras cinco años de investigación y sofisticadas pruebas de laboratorio, científicos de la Universidad de Virginia descubrieron que un compuesto derivado de una rara planta sudamericana detiene el crecimiento de células cancerígenas de seno en cultivos de laboratorio” (06 de marzo de 2005).

“Los países líderes en consumo de grasas, son líderes en cáncer mamario, esto tiene una explicación bioquímica. Dentro del sistema inmunológico hay sustancias que derivan de las grasas, dependiendo de la grasa que uno consume es la calidad de la vigilancia inmunológica”, puntualizó el doctor” (06 de mayo de 2002).

“Los investigadores encontraron, en una serie de experimentos en laboratorio, que el ácido oleico reduce drásticamente los niveles de un oncogen denominado Her-2/neu o erb B-2. En una quinta parte de los casos de cáncer de mama se encuentran niveles elevados de ese gen canceroso, que se asocian con tumores particularmente agresivos y con un pronóstico poco favorable” (11 de enero de 2005).

El lenguaje es utilizado como una herramienta legitimadora del poder del modelo biomédico hegemónico que es difundido y sustentado por medio de El Imparcial.

Cáncer de mama como responsabilidad de la paciente

A partir de esta legitimación del poder del modelo biomédico sobre la salud de las personas, se deriva otra arista de investigación, el reflejo de la influencia de ese poder sobre el comportamiento y la apreciación tanto del enfermo como de la sociedad sobre las causas por las cuales la persona desarrolla cáncer mamario.

Como se dijo en el apartado anterior, el periódico El Imparcial reconoce como autoridad legítima en temáticas de salud a quienes forman parte del modelo biomédico. En la medida que se legitima su autoridad lo hace también su discurso, de manera que al establecerse como portador genuino del saber médico, ni el reportero, el medio o el enfermo es capaz de contradecir o cuestionar la información que de él (ella) emane.

Esta aceptación del discurso biomédico como verdadero e indiscutible, deriva en dos vertientes: el primero, en la presentación de información parcial por parte del medio de comunicación (ya que solamente consulta una fuente) y segundo, en la desacreditación social del enfermo, al asignarle toda la responsabilidad sobre la enfermedad basándose en cuatro aspectos: el descuido, el miedo, los hábitos de vida y el rol de género de la mujer.

En el caso del descuido, se expone como la mujer se enferma de cáncer mamario “a pesar” de las constantes campañas e invitaciones de las autoridades de salud, debido a la

negligencia de no querer realizarse la mamografía, asumiendo que todas tienen la oportunidad económica y las condiciones sociales para practicarse el estudio.

“Es muy agresivo (el cáncer de mama) y porque creen que (a los hombres) no nos puede atacar (esta enfermedad) nos descuidamos”, comentó el oncólogo” declaración de Baldemar Corral Villegas, subsecretario de Servicios de Salud (19 de octubre de 2004).

“Sonora se encuentra en cuarto lugar a nivel nacional en muertes provocadas por cáncer de mama, mortandad evitable si las mujeres se realizaran exámenes preventivos señaló Francisco Javier Muro Davila” (24 de Noviembre de 2002).

“Pero es la falta de cuidados de la mujer al explorarse mensualmente el factor esencial en la mortalidad por cáncer de seno, ya que es una enfermedad oncológica que se puede curar cuando se detecta en sus primeros estadios” (19 de mayo de 2004).

No se cuestiona a las mujeres que nunca se han hecho el estudio sobre cuáles son sus razones para ello, o cual es su opinión con respecto a estas declaraciones, simplemente se obtiene la información, se acepta y finalmente se publica, sin más averiguaciones por parte del medio de comunicación.

Este manejo discursivo de la enfermedad como resultado del descuido de la persona, es aceptada por las mujeres quienes atribuyen el desarrollo del cáncer mamario al no haberse cuidado, por la “desidia” de no acudir al médico, de esta forma, ellas mismas aceptan la responsabilidad sobre su salud, la mujer se somete entonces al poder del sistema biomédico y acepta su discurso.

De la misma forma sucede cuando las fuentes consultadas por el medio establecen una relación entre la alta mortalidad por cáncer mamario y el miedo de las mujeres al estudio y a los resultados del mismo que podrían informarles de la enfermedad.

“Sálvese del cáncer

Las mujeres deben vencer el miedo

Vencer el miedo es una de las principales tareas de las mujeres en cuando a cáncer de mama se trata, esto porque deben obtener la mejor y más oportuna información científica sobre este problema de salud pública” (06 de julio de 2003).

“Hay tanto miedo al cáncer que mujeres no se someten a pruebas de detección porque para ellas es mejor no saber si padecen la enfermedad’, señaló el ginecólogo Alejo Ruiz Moreno” (08 de mayo de 2005).

“Sobre las mastografías, las mujeres han generado mitos que han provocado cierto temor en el estudio, situaciones que fueron desechadas por el radiólogo Alonso Cerda Rosales.

El encargado del área de Rayos X de la UMF 37 indicó que el principal temor de las mujeres es el dolor que se siente durante el estudio.

Anteriormente los equipos radiológicos para realizar estudios de detección de tumores cancerosos mantenían los senos oprimidos durante tiempos relativamente largos, por ello la molestia era mayor, indicó, pero ahora los lapsos de exposición son breves” (27 de agosto de 2004).

La situación de estrés físico y psicológico a que las pacientes son sometidas al momento de realizarse el estudio diagnóstico, se ve minimizada por el medio al categorizarlo como miedo, lo cual implica una reacción irracional hacia un impulso, en lugar de tratarse, en primer lugar, como una respuesta justificada ante una actividad invasiva a su intimidad, y en segundo lugar, como una consecuencia natural de la estigmatización de la enfermedad, la cual se reconoce popularmente como una sentencia inminente de muerte.

Ahora bien, cuando se aborda el tema del rol de género y su relación con el cáncer de mama, se hace de forma limitada y con orientación negativa hacia la mujer, culpabilizándola por cumplir con ellos o por no hacerlo.

En primer lugar se presenta cómo la mujer en función de su rol de género se ocupa de todos los miembros de la familia antes que de ella misma. Procura la salud de los hijos, esposos, padres, pero la suya queda relegada para cuando después de cubrir con todas sus labores, tenga tiempo disponible para ello.

En segundo lugar, una vez que la mujer ya tiene la enfermedad, se hace referencia al sufrimiento o dolor por el que pasa, siempre en cuanto a cómo se ve impedida para cubrir sus obligaciones como madre, esposa o hija, de ahí que sea constantemente mencionada por el periódico como “madre” o “abuela”, antes que como una persona independiente.

“Las mujeres mexicanas desatienden su salud debido, entre otros factores, a la sobrecarga de trabajo que tienen tanto en su vida laboral como en la doméstica” (25 de noviembre de 2005).

“A sus 46 años, la madre de tres hijos y abuela de un menor de dos años, fue sometida a una cirugía en un hospital privado de Hermosillo, pero no fue suficiente” (17 de octubre de 2004).

“Pensó en su hija de apenas 4 años y sintió coraje, temor, ‘¿Por qué yo, por qué yo?’, fue lo primero que se preguntó”.

”Reflexionó un poco y comprendió que como cualquier ser humano estaba expuesta a una enfermedad mortal, ahora tenía sólo dos opciones: Dejarse morir o luchar por su vida” (10 de diciembre de 2004).

Otra forma de responsabilizar a la paciente sobre su salud a través del manejo discursivo del cáncer de mama, es la alusión del medio hacia los hábitos de vida, de los cuales, los más mencionado es el alto consumo de grasas saturadas, carnes rojas y el tabaquismo. El otorgamiento de esta responsabilidad se identifica a través de los condicionantes presentados en los textos, es decir, cuando se hace referencia a que es la persona quien de forma negligente mantiene hábitos incorrectos y por lo tanto, acepta e inclusive provoca la enfermedad por decisión propia.

“El tabaco y la mala alimentación son otros de los factores que hacen que el cáncer se manifieste; si las personas abandonaran estos hábitos habría menos probabilidad de adquirir la enfermedad, destacó el funcionario” declaración hecha por Baldemar Villegas (04 de febrero de 2004)

“La dieta rica en grasas de los estados del Norte de México, la falta de ejercicio, el tabaquismo y el ser madres después de los 35 años, son los principales factores que se señalan en la prevaencia del cáncer mamario en la entidad” (19 de mayo de 2004).

“En Sonora el problema está localizado y es la preferencia por el consumo de carnes rojas sobre las recomendables carnes blancas como el pollo y el pescado” (10 de julio de 2005).

La negligencia se ve reflejada a partir de la relación preferencia-rechazo que se establece entre los hábitos que se consideran correctos y aquellos que son considerados como factores de riesgo, sin tomar en cuentas las condiciones sociales de la localidad. Es decir, no toma en consideración cuáles son los factores que llevan a una persona a tener una mala alimentación, si es realmente una preferencia hacia la comida poco o no saludable o el desprecio por el ejercicio, o más bien la carencia de condiciones socioeconómicas para que las personas puedan acceder a productos que sean menos dañinos y más saludables, así como la presencia de espacios físicos para que puedan hacer ejercicio: desde la presencia de

banquetas adecuadas para caminar, como canchas u otras instalaciones dedicadas a los deportes.

De esta forma, la responsabilización de la paciente en el desarrollo del cáncer en el manejo discursivo del periódico El Imparcial, es resultado del desconocimiento de todos los factores sociales que pueden disparar o favorecer la presencia de la enfermedad en un grupo de personas. Con lo anterior no se quiere decir que la persona está exenta de tomar el control sobre su salud, sino que no siempre tienen las condiciones adecuadas para lograrlo.

Esta falta de cuestionamiento por parte del medio impreso, tiene diferentes implicaciones. En primer lugar, establece una vez más que la razón del discurso autoritario del modelo biomédico se encuentra por sobre el de quienes desarrollan la enfermedad y, en segundo lugar, que estos factores sociales involucrados en el desarrollo del cáncer de mama, no son reconocidos por las autoridades médicas como puntos importantes para el tratamiento de la enfermedad.

Cáncer de mama como enfermedad social

Se asume al cáncer de mama como una enfermedad social cuándo existe una relación entre ésta y las condiciones sociales de quienes la desarrollan. Estas condiciones sociales, con motivo de esta tesis, se dividen en dos grandes grupos: el primero como problema económico y el segundo, como problema cultural.

El cáncer como problema económico se identifica a partir de la relación entre la escasez monetaria y la no realización de las pruebas de detección temprana, así como la presencia de la enfermedad y las dificultades para su curación basadas en la falta de dinero del enfermo.

En el caso del manejo discursivo por el periódico El Imparcial, se expresa lo costoso de las pruebas y se acepta que, por esta razón, no toda la población tiene la posibilidad de realizársela. El establecimiento del cáncer de mama como problema económico se hace evidente a partir de la publicación constante de textos informativos donde se enuncian lugares, ya sea instituciones públicas o de organizaciones no gubernamentales, que ofrecen el servicio de las mamografías a bajo costo, o bien, gratuitas para quienes puedan comprobar la necesidad de ello.

“Agregó que la cuota de recuperación es de 60 pesos, pero se realizan estudios socioeconómicos y las personas de muy escasos recursos quedan exentas de pago” declaración de Ana Aurora Medina, trabajadora social de la agrupación George Papanicolaou (24 de marzo de 2002).

“Las pruebas de detección pueden ser gratuitas, aseveró, si mediante un estudio socioeconómico se comprueba que la persona no cuenta con los recursos económicos suficientes para saldarlo. Agregó que si la persona se encuentra en disponibilidad para pagar la prueba se le cobraría nada más una cuota de recuperación” (20 de octubre de 2003).

“Como ella, cientos de mujeres sonorenses con poca capacidad económica para pagar los costosos tratamientos para aliviar el padecimiento, son auxiliadas por esta asociación, que cada mes recibe un promedio de 80 casos a pedir ayuda” (10 de diciembre de 2004).

“Este problema, indicó se relaciona con el acceso a fármacos en los países en subdesarrollo, y sostuvo que 50% de las personas que viven en esas naciones no tiene acceso a medicamentos básicos (antibióticos, analgésicos y diuréticos)” declaración de Paul Workman, científico del Instituto de Investigación del Cáncer (19 de junio de 2005).

Se expone, entonces, la escasez económica no como un factor de riesgo para la enfermedad, pero si como detonante de la alta mortalidad por la misma en el estado, debido a los altos costos que tiene tanto los estudios de detección temprana, como los tratamientos propicios para su curación.

A diferencia del cáncer cervicouterino, en el caso del cáncer de mama, la razón de la falta de recursos económicos se acepta sin mayor discusión y sin poner en tela de juicio la credibilidad de las enfermas, solamente se exponen las actividades sociales enfocadas a facilitar la detección o brindar cuidados cuando ya se encuentra desarrollada.

Ahora bien, aunque a nivel general se asume como un problema cultural, cuando se habla exclusivamente de cáncer de mama se establece más bien una falta de sensibilización al problema, a diferencia de cuando se presenta en forma conjunta con el cáncer cervicouterino, donde explicita como un problema cultural derivado de la negligencia de la persona quien decide, con conocimiento de causa, no realizarse los exámenes de detección temprana.

Cáncer de mama

“Hay que enfatizar la importancia de la autoexploración mamaria, pues al conocer la consistencia, color, tamaño, ciclo menstrual y sensibilidad de los pechos propios, es que se podrá reconocer cualquier cosa extraña que vaya apareciendo; la profunda creencia que nuestra cultura nos ha heredado de no tocarnos nunca, menos nuestras zonas sexuales y para el placer, debe irse modificando con la socialización de la importancia de tocarse siempre. El placer de sentirnos debe reivindicarse, pues el placer también es bueno para la salud. Ante un problema complejo, empecemos por aplicar medidas sencillas” (5 de abril del 2003).

Cáncer de mama y cervicouterino

“Esto se debe a que en México existe un problema cultural para que las personas se practiquen las pruebas de diagnóstico, sobre todo cuando se trata de cáncer cervicouterino de mama o próstata. Ante esta situación, Torres Laboton, quien también es consultor técnico de Ontología del Hospital General de México, destacó la importancia de que las mujeres que han iniciado su vida sexual activa se hagan el Papanicolao por lo menos una vez al año” (05 de febrero de 2005).

En resumen, cuando se habla del cáncer de mama como una enfermedad de la pobreza, se reconoce lo costoso de sus procedimientos de detección temprana y su curación, lo cual lleva a una aceptación y validación del discurso no impreso de las mujeres sobre cómo su situación económica impide su diagnóstico y tratamiento oportuno. Por otro lado, el manejo del cáncer de mama como un problema cultural es limitado y breve, más bien se establece un desconocimiento sobre los procedimientos que ayudan a la detección temprana y solamente se presentan connotaciones negativas cuando hace un vínculo con el cáncer cervicouterino.

Esta es una de las principales diferencias en el tratamiento discursivo entre el cáncer cervicouterino y el de mama, ya que cuando se habla del CaCu se asume que la paciente realizó u omitió alguna actividad que la llevó a enfermar, mientras que cuando se menciona el cáncer de mama, este se desarrolla en el cuerpo de la mujer por causas que pudieran parecer ajenas a ella

Diferencias en el tratamiento discursivo del cáncer cervicouterino y el cáncer de mama

A lo largo de los seis años de análisis hemerográfico se encontraron diferencias entre el tratamiento discursivo del cáncer cervicouterino y el del cáncer de mama. La primera de ellas, se reconoce en el eje de análisis del cáncer como responsabilidad del individuo donde aparecen dos figuras distintas: la vergüenza para el primero y el miedo para el segundo.

Es decir, el cáncer cervicouterino es visto como objeto de vergüenza, tanto su estudio de detección temprana como el estar enferma, debido a las implicaciones sexuales que esto conlleva: el contagio por virus del VPH y la necesidad de ser inspeccionada de forma invasiva en un área que culturalmente está negada para cualquiera que no sea la paciente misma y, en algunos casos, su pareja.

A la paciente le da vergüenza hacerse el estudio y una vez diagnosticada, le da pena admitir que no tuvo cuidado suficiente (ya sea al prevenir la enfermedad utilizando preservativo, o bien, realizándose el examen a tiempo) y, finalmente se avergüenza de tener la enfermedad, que puede llevarla a perder una parte de su cuerpo que la construye y le da identidad y un lugar reconocido socialmente. En el caso del cáncer cervicouterino, la histerectomía (extirpación de la matriz) atenta con el rol central de su sexo: tener hijos. La matriz le da la posibilidad de ser madre, sin ella, se ve imposibilitada para cumplir el rol social más exigido por su comunidad.

En el caso del cáncer de mama, el eje de la vergüenza no se presenta frecuentemente, sino más bien el miedo, que de la misma forma que el cáncer cervicouterino, se tiene al examen (por miedo al dolor o a la enfermedad, por las implicaciones que esto conlleva: verse mutilada visiblemente, ya que, a diferencia del cáncer cervicouterino, las consecuencias de ésta son notables a simple vista y obliga a la mujer a utilizar prótesis de por vida).

Otra diferencia principal en el tratamiento discursivo de ambos tipos de cánceres, es la presentación de los mismos como una enfermedad social, sobre todo cuando se expone como un problema de la pobreza.

Cuando se habla de cáncer cervicouterino, se pone en duda que la paciente no se haya realizado el examen por falta de recursos económicos, situación que no se repite con las pacientes de cáncer de mama.

En el caso del primero, se habla de que la mujer enferma de cáncer cervicouterino pone “pretextos” o “excusas” para no acudir a recibir atención médica, lo cual descalifica las razones poniéndolas en un ámbito de mentiras. Cuando se refieren al cáncer de mama, se aceptan estas razones y aún más se confirman ante los altos costos de los exámenes y tratamientos, sin cuestionar el discurso de las mujeres.

Esta desacreditación se extiende hasta el manejo de las enfermedades como un problema cultural, es decir, en el caso del cáncer cervicouterino se expresa constantemente que “a pesar” de todos los esfuerzos hechos por las instituciones gubernamentales o civiles de salud, las mujeres “deciden” no realizarse los estudios, mientras que en el caso del cáncer de mama, se envía esta responsabilidad a las instituciones quienes reconocen que pudieran realizar un esfuerzo mayor para ayudar a disminuir la mortalidad por esta causa.

Capítulo VI: Conclusiones

La importancia del análisis de la información sobre cáncer cervicouterino y de mama manejada por un medio de comunicación, se sustenta al ver a éste no como un simple difusor de textos, sino como un órgano de legitimación y sedimentación de poder, así como un reproductor de la construcción social que existe detrás de los mensajes que se envían.

Como lo menciona Pérgolis (2005), a partir de los relatos de periódicos como El Imparcial, las generaciones futuras recrearán el entorno a partir en el cual son generados los mensajes. La prensa, dice, expresa la fragmentación urbana a través de cada noticia, la cual se convierte a su vez en una imagen del lugar y cuyo sentido surge del acontecimiento narrado, conjugando el relato y la historia del mismo hecho (Pérgolis 2005, 81).

Por lo tanto, a partir del análisis del discurso del medio de comunicación sobre cáncer cervicouterino y de mama, pueden establecerse las relaciones de poder y la interacción entre los actores del proceso salud-enfermedad, así como la conceptualización que la sociedad ha hecho sobre ambas enfermedades.

Las preguntas de investigación principales plantearon: ¿Cuál es el discurso sobre cáncer cervicouterino y de mama emitido por el periódico El Imparcial en el periodo 2000-2005? ¿Cómo se ve reflejado el contexto sociocultural en el manejo de la información? Y ¿cómo el medio de comunicación reproduce y aporta a la legitimación del modelo biomédico como la visión hegemónica en la transmisión y manejo de la información sobre cáncer cervicouterino y de mama? Este capítulo hace un recuento de los principales hallazgos de la investigación, organizados en dos apartados según las dos principales técnicas de análisis llevadas a cabo sobre el total de notas recopiladas en el periódico El Imparcial en el período 2000-2005: el análisis de contenido y el análisis de discurso.

Como hemos definido en el capítulo correspondiente, a partir del análisis de contenido es posible desentrañar el mensaje que a simple vista y a través de las palabras, son vertidas por el periódico. Este tipo de análisis nos permitió conocer la importancia del tema del cáncer cervicouterino y de mama desde una sistematización cuantitativa, es decir, a través de ésta se descifró la estructura en: frecuencia de las notas, según la jerarquización de la información por su ubicación, ya sea en portada, contra portada,

interiores, o bien, de la sección ya sea de información en las páginas y secciones principales (duras), así como en las secciones consideradas de entretenimiento (blandas) .

Por su parte, el análisis de discurso hace posible conocer lo que está detrás de la nota, el mensaje mediático que en parte recupera la forma que la sociedad tiene de interpretar su realidad, pero también permite conocer sus principales patrones culturales en el manejo de la salud-enfermedad, así como de su atención, cuáles son sus estructuras de poder y cómo éstas permean las relaciones entre distintas instancias sociales. Desde esta perspectiva, los medios de comunicación se convierten tanto en reproductores como en legitimadores de estas estructuras de poder, para nuestro caso, del poder del modelo médico hegemónico.

Como señalamos en su momento, partimos del supuesto en que el discurso de los medios de comunicación favorece, reproduce y refleja una mitificación del cáncer cervicouterino y de mama, como enfermedades mortales, complejas, temidas y caras, además de que dichas enfermedades atentan contra los roles de género, por la forma en que se ha construido la percepción y control del cuerpo de la mujer como madre y como objeto sexual. Por ello la extirpación de cualquiera de los órganos reproductores (útero, ovarios, mamas), representa una incapacidad para cubrir sus roles de amante y procreadora de vida. Veremos más adelante cómo este supuesto pasó a convertirse una cercana realidad según los mensajes identificados en la información empírica.

Actualmente, la mayor parte de la investigación académica en medios de comunicación sobre salud se orienta casi exclusivamente al análisis del contenido de la información (Menéndez 1982; Campos et. al 1982; Pablos 1994; Revuelta et. al. 2004; Robles et. al. 2001), debido a que el análisis de los textos periodísticos como un discurso social es relativamente nuevo (Van Dijk 1990). La presente investigación aporta a este campo de conocimiento, tanto en el plano metodológico al conjuntar dos técnicas que por excelencia son complementarias en la comprensión del manejo de la información sobre estas dos enfermedades de la salud reproductiva, como en el plano teórico al reconocer que sobre todo a través del análisis de discurso, que echa mano del contexto y el conocimiento sobre el medio impreso, es posible visualizar los sesgos y tendencias en los mensajes, intereses informativos y la proyección del modelo biomédico como fuente primordial y legítimo socialmente.

La revisión bibliográfica dio cuenta de la falta de investigación sociológica en medios de comunicación, lo que se reconoce aquí como una de las principales limitaciones del trabajo. En un estudio sobre investigación en comunicación realizado por De la Torre y Fuentes (2002) se expone en el periodo de 1996 al 2000 se produjeron 126 trabajos de tesis en comunicación en las principales universidades del País, de los cuales en un 29% se basaron en análisis de contenido y ninguno en discurso, y entre éstos, sólo 3 casos conjuntaron las temáticas de comunicación y salud, lo cual deja un gran vacío en la investigación y conocimiento en este campo.

Este trabajo, por lo tanto, está dirigido a contribuir al desarrollo de conocimiento en el ámbito de la comunicación y la salud, a través del análisis del discurso y de contenido del periódico El Imparcial, periodo 2000-2005.

Análisis de contenido: manejo de la información sobre cáncer cervicouterino y cáncer de mama

El discurso de los medios de comunicación no solamente es reflejo del discurso de las instituciones de la sociedad, sus actores y su cultura, sino que además sirve como medio de legitimación del mismo a través de la difusión y penetración de sus ideas. Este discurso, expresado en las palabras que se utilizan, presenta una serie de estrategias para lograr el mayor o menor impacto de penetración entre los lectores. Entre éstas se identifican: ubicación en el medio, sección en la cual se presenta la información, el género informativo y la utilización de gráficos y color.

Respecto al tema del cáncer cervicouterino y de mama, el periódico El Imparcial toma una postura en la cual se favorece al modelo biomédico, al destacar aquellos textos que provinieran directamente de las autoridades de salud o profesionales de la medicina y generalmente dejar fuera la voz de actores o representantes de otros modelos de atención a la salud fuera del modelo hegemónico, o de los directamente afectados como las enfermas de cáncer.

En el tratamiento que se hace de los temas del cáncer cervicouterino y de mama, se identificó una cobertura diferenciada. Es decir, al presentar notas sobre mujeres enfermas de cáncer cervicouterino, fue recurrente la presentación de las historias de vida de las

enfermas, pero cuando se habla de cáncer de mama, fueron escasas las veces en las cuales aparecen las enfermas para contar su experiencia con la enfermedad.

Así, el medio de comunicación reconoce el sufrimiento de las enfermas de cáncer cervicouterino, al expresar lo doloroso del padecimiento, no solamente remitido al dolor físico, sino al emocional. Se liga el dolor físico al tratamiento médico, a los síntomas del cáncer y a las heridas resultantes de la cirugía; mientras que el dolor emocional, lo relaciona con varios factores: el primero es la privación de la libertad al momento de ser internadas; el segundo, con la imposibilidad de cumplir eventual o temporalmente con el rol femenino privilegiado por la sociedad: la maternidad y el cuidado a los otros.

La mujer es definida por el medio, ante todo, como madre y cuidadora del resto de la familia, lo cual se establece al darle a este tratamiento un lugar preferencial dentro de los textos. Es decir, cuando se presenta a la enferma, no se presenta solamente por su nombre, sino que se establece de inicio la cantidad de hijos que tiene y posteriormente, se enfatiza con la preocupación de la misma al no saber qué sucederá con ellos si muere.

En este sentido, se reconoce también “la lucha” de las mujeres para lograr la recuperación, pero, se enmarca en el contexto de los hijos, del esposo y la gente que la rodea: la mujer no solamente ve por ella, sino que por el contrario, busca aliviarse en función de su motivación para seguir cubriendo los roles sociales que le fueron establecidos.

Ahora bien, este reconocimiento de las mujeres se dio siempre en los límites del discurso biomédico, es decir, cada vez que se presenta la experiencia de la paciente, se hizo a manera de introducción hacia datos estadísticos o previo a la entrevista de algún médico o autoridad sanitaria en el tema, lo cual habla de la legitimación del poder del modelo hegemónico, que se presenta como la última palabra en lo que respecta al proceso salud-enfermedad.

El Imparcial, como medio informativo masivo, tiene un importante impacto en la difusión de información; en este sentido, en el análisis de contenido se demostró la importancia diferenciada de los temas, según frecuencia, ubicación y tipo de notas, y como ya hemos expuesto, contribuye a sostener el discurso del modelo biomédico, a diferencia del discurso de las enfermas de cáncer que no se muestra como válido por sí mismo, sino que reiteradamente fue necesario complementarlo con el discurso biomédico para darle

fuerza y veracidad. Durante los seis años de revisión hemerográfica se identifican dos periodos en el manejo informativo de ambas enfermedades, ya que del año 2000 al 2003, la frecuencia es mucho menor a los años de 2004 y 2005. En el 2004, el cáncer, tanto en términos generales, como los de cérvix y de mama, fue incluido como una noticia de importancia, no solamente por la presencia de las notas sino también por las ubicaciones y características de las mismas, aunque hay que enfatizar que el cáncer cervicouterino y de mama tuvieron una mayor frecuencia entre las notas dentro del medio de comunicación en comparación con los otros tipos de cáncer. Se encontró al menos una nota mensual de cáncer cervicouterino, dos de mama y dos del cáncer como enfermedad general.

Este cambio puede estar relacionado con el aumento en el número de muertes anuales que se presentó entre el 2000 y el 2004. En el caso del cáncer de mama, por ejemplo, a nivel nacional se registraron 3, 729 muertes en el 2000; 3,971 en el 2001; 4665 para el 2003 y, finalmente 5 191 y 5272 en el 2004 y 2005 respectivamente.

Hay que establecer que al principio de esta investigación se supuso que el tema del cáncer mama y cervicouterino serían ubicados únicamente en las secciones de información dirigida preferentemente al público femenino (consideradas secciones blandas), lo cual se cumplió del 2000 al 2003, pero el 2004 estos temas llegan a las secciones de información dirigidas preferentemente al público masculino como las secciones General, Principal, Internacional y Metro (llamadas secciones de información dura).

Con esto puede interpretarse que los temas de estas enfermedades fueron consideradas de importancia para la población en general, no sólo la femenina, y un asunto relevante para la salud pública. Esta tendencia, al igual que el aumento en la frecuencia de publicación de notas, podría ser explicada a partir del incremento en el número de muertes por estos dos cánceres durante este periodo, tanto a nivel nacional como estatal. Pero, por otro lado, también pudo obedecer a intereses externos del medio, ya sea por la solicitud de las fuentes, o algún interés particular de la junta editorial del medio de comunicación.

Sin embargo, esta tendencia cambia una vez más en el 2005, donde a pesar de aumentar el número de textos publicados, dejan su lugar mayoritario en las secciones de información dura para posicionarse en las de información blanda, principalmente en la sección Activa.

En el caso del cáncer de mama, la prevención o atención temprana y algunos textos sobre investigaciones científicas, se publicaron en la sección Activa, mientras que el resto de los temas se cubrieron en las secciones generales, locales, nacionales, internacionales y estatales. Para el cáncer cervicouterino la situación es similar, Activa tiene el mayor número de notas por sección y se dedican principalmente a atender dudas de los lectores, a promoción de la detección temprana y a mostrar estudios epidemiológicos, el resto de los temas se cubren en las secciones generales.

En cuanto a los géneros periodísticos, se estableció que el más predominante son las notas informativas, pero también se encontraron 34 columnas de las cuales 29 correspondían a resolver dudas médicas. Esto es, a partir del 2004 el periódico presenta una columna donde médicos de diferentes especialidades responden los cuestionamientos de los lectores, quienes principalmente son madres de familia preguntando sobre sus hijos, amigas, hermanas o hermanos y sobre ellas mismas. En un inicio se publicó en la sección Metro, pero para el 2005 consolidó su ubicación en la sección Activa. Esto puede verse desde dos puntos de vista. El primero, es la falta de columnas en la sección Opinión que traten sobre el cáncer, lo cual coloca este tema fuera de la agenda prioritaria del medio, al dejar de ser información dura, para convertirse en blanda y la segunda, es que a pesar de no ser considerada como un tema de discusión en la página editorial, a través de las preguntas de los lectores se expresa que la enfermedad está cada vez más posicionada entre la población como una preocupación sobre su salud.

El contenido del periódico El Imparcial, trata el cáncer como una enfermedad prioritariamente biológica, donde los actores principales son los médicos, científicos e investigadores que se encuentran en la búsqueda de una cura para el mismo, o bien, de los funcionarios de gobierno y representantes de las principales instituciones de salud que promueven los programas, difunden los datos estadísticos que generaron en cierto periodo o hablan sobre la situación o representatividad epidemiológica.

El periódico El Imparcial, por lo tanto, a partir de su contenido se establece como un órgano de legitimación del modelo médico hegemónico, cuyo discurso se prioriza por encima del de las mujeres que padecen la enfermedad, situación posteriormente se refleja en el análisis del discurso.

El análisis de discurso sobre cáncer cervicouterino y de mama

El manejo discursivo de dos temas como el cáncer cervicouterino y el cáncer de mama, no solamente es reflejo de una preocupación por un panorama epidemiológico donde ambas enfermedades se posicionan como la segunda y primera causa de muerte en el estado, sino que también se retoma la construcción social que se genera en torno a ella.

Así, a partir de la revisión hemerográfica fue posible rescatar el discurso emitido por el periódico e identificar cómo se expresa la construcción social del proceso salud-enfermedad del cáncer cervicouterino y de mama difundida por el medio, en su papel de legitimador del poder del modelo médico hegemónico.

De esta forma, El Imparcial, reproduce y promueve las acciones del modelo biomédico de atención a la salud, como el modelo de atención válido y legítimo, al presentar mayoritariamente sus logros, así como avances científicos y tecnológicos en el tratamiento del cáncer cervicouterino y de mama, además de los programas de atención a la población de las instituciones de salud, dejando de lado, otras voces, como las de las propias mujeres enfermas y las de los representantes de otros modelos de atención (homeopatía, herbolaria, saber popular).

Para el análisis de este discurso se dividieron las temáticas tratadas por El Imparcial en cuatro ejes principales: el cáncer como metáfora, el cáncer como ente biológico y/o biomédico, el cáncer como responsabilidad del individuo y, finalmente, el cáncer como enfermedad social.

Cuando se habló del cáncer cervicouterino y de mama como metáfora, la principal de ellas utilizada fue la visualización de la enfermedad como un ente maligno con vida propia, es decir, atribuyeron a estos tipos de cáncer personalidad humana, la cual estaba dirigida a matar o cobrar la vida de los pacientes. Entonces la enferma no moría de cáncer cervicouterino o de mama, sino que el cáncer, a manera de mercenario, llegaba y le arrebató la vida sin que ella pudiera defenderse.

La segunda metáfora utilizada en el manejo discursivo del cáncer cervicouterino y de mama es la lucha. Esto es, el cáncer es manejado nuevamente no como una enfermedad del cuerpo, sino como una batalla por la vida, la persona no lleva un tratamiento que le ayude a recuperar la salud, sino que establece una lucha en contra de la enfermedad que la

ataca: si la persona se alivia, entonces se dice que ganó la batalla, pero en cambio, si la persona muere, entonces la perdió.

Esta relación cáncer-lucha no sólo se establece en el plano personal (enfermo vs enfermedad), sino que también se lleva al organizacional, es decir, se establece un estado de guerra entre las instituciones dirigidas a la preservación de la salud y la enfermedad misma, lo cual resulta en la invitación o el agradecimiento a diferentes organizaciones por su alianza en la “lucha contra el cáncer”.

Esta lucha deriva en una tercera metáfora utilizada la visualización del cáncer como un obstáculo en la vida, la cual se da de forma diferenciada en el tratamiento discursivo del cáncer cervicouterino y el de mama.

Cuando se habla del cáncer cervicouterino como obstáculo de vida, se hace referencia a la imposibilidad biológica que tendrá la mujer para procrear hijos una vez que le sea extirpada la matriz, impidiéndole cubrir con el principal rol que la sociedad le ha otorgado, el de ser madre, y una vez que este ha sido llenado, entonces la mujer se verá impedida en su otro rol, el de cuidadora de la familia. Es decir, si la mujer debe estar en cama recibiendo atención médica, entonces, no podrá estar en su casa realizando las labores que por género le fueron otorgadas, dejando a su familia desprovista de ello.

De forma distinta, al establecer el cáncer de mama como un obstáculo de vida no se hace referencia directa a la maternidad, sino más bien a las actividades profesionales o sociales que la mujer se verá imposibilitada de llevar a cabo mientras se someta al tratamiento. Esta diferencia discursiva entre el cáncer cervicouterino y el de mama, puede deberse a que el primero es una enfermedad del aparato reproductivo y, por lo tanto, atenta con la función de reductora de la mujer, lo que establece una relación más evidente entre los dos factores.

Finalmente, se tiene la arista del cáncer como castigo, a partir de la cual se ve la enfermedad como una sanción punitiva por el incumplimiento de las recomendaciones del modelo biomédico: la mujer no hizo caso al doctor y por lo tanto, ahora, está enferma de cáncer.

El cáncer cervicouterino y de mama se ven como resultado de las acciones indebidas de las mujeres, de su falta de responsabilidad sobre su propia salud, pero sin cuestionar sobre cómo la misma sociedad influye en esta situación, es decir, que las

mujeres vean siempre primero por la salud de todos los demás y finalmente por la suya, en algunos casos, cuando ya es demasiado tarde.

Es posible afirmar que la utilización de la metáfora dentro del tratamiento discursivo del medio de comunicación viene a cumplir una función moralizadora al estilo de las fábulas. El periódico, para ello, maneja tres elementos principales: el cáncer como villano, la enferma como víctima y el modelo biomédico como héroe, estableciendo al final de la historia una moraleja ya sea implícita o explícita: la necesidad de hacer caso al médico. Entonces no solamente se habla del cáncer, sino que se establece una relación entre el bien y el mal, donde el modelo médico hegemónico legitima el poder de su discurso a partir del resultado del proceso.

El lenguaje metafórico favorece el establecimiento de la responsabilidad sobre el proceso salud-enfermedad en el individuo, no tanto en el modelo biomédico. Es decir, el cáncer ataca a la persona, obstaculiza su vida y el castigo es una consecuencia de sus acciones, mientras que solamente se establece relación con el modelo médico cuando se establece la lucha, donde se representa como un “guerrero” en contra de la enfermedad. Entonces, la personalidad de salvador del modelo biomédico queda intacta, al no tomar responsabilidad en el proceso, al no aludirse a las condicionantes limitadas de la atención de estas enfermedades, la limitación de la población para acceder a una atención eficiente y efectiva y la responsabilidad del Estado, para facilitar estas condicionantes.

Esto se complementa al revisar el siguiente eje de análisis, es decir, el cáncer cervicouterino y de mama como responsabilidad del individuo, a partir del cual se establece a estas enfermedades como resultado ya sea del descuido, hábitos de vida, de miedo (en el caso del cáncer de mama), la vergüenza (cuando se habla del cáncer cervicouterino) o como resultado del rol de género de la mujer.

Esta adjudicación de la presencia del cáncer cervicouterino como responsabilidad única del paciente tiene dos lecturas: la primera, el deslindamiento del modelo biomédico de atención a la salud con respecto al proceso salud-enfermedad de la persona afectada y el segundo, la negación de los organismos gubernamentales de atención a la salud de su responsabilidad debido a la falta de cobertura de los programas junto con el desinterés e incomprensión por el que atraviesan las pacientes al tener que enfrentarse ante una prueba tan invasora como el papanicolaou.

Cuando se habla del cáncer cervicouterino o de mama como resultado del descuido sobre la salud, se establece que, a pesar de todos los esfuerzos realizados tanto por las instituciones gubernamentales como por las ONGs, son las mujeres quienes deciden no realizarse las pruebas de detección temprana, ya sea el papanicolaou o la mamografía.

En este punto se ve un trato diferenciado entre el manejo discursivo del cáncer cervicouterino y el de mama, ya que, mientras que con el cáncer cervicouterino la falta de recursos económicos para realizarse el examen es tomada como un “pretexto”, -es decir, se asume que la persona miente sobre su falta de recursos económicos-, para el cáncer de mama se reconocen los altos costos del mismo, anteponiéndolo como una razón, -es decir, se asume que la persona dice la verdad al hablar de su escasez de recursos-.

De esta forma, en lugar de tomarse en consideración el discurso de necesidad económica de las enfermas de cáncer cervicouterino, , éstas sufren de desacreditación al poner en tela de juicio las razones por las cuales no pueden acudir, sin tomar en cuenta que no solamente el dinero es necesario para cubrir el costo de la prueba, sino el pago del transporte y otros gastos que resultan de ello.

Otro manejo diferenciado del cáncer como responsabilidad de la paciente, es el hecho de que mientras el cáncer cervicouterino provoca vergüenza, el cáncer de mama está permeado por el miedo de las pacientes. Es decir, a partir del discurso del periódico El Imparcial se pudo identificar cómo las mujeres con cáncer cervicouterino tienen vergüenza de estar enfermas: no haber hecho caso a las advertencias de los médicos, quienes le recomendaron desde un principio, realizarse la prueba de forma periódica para detectar de forma temprana la enfermedad y prevenir complicaciones.

Lo anterior se refuerza, al saberse que la mujer debe exponer sus genitales al personal médico que la atiende al momento de tomarle la muestra para el papanicolaou. Este es un factor determinante cuando se habla de cáncer cervicouterino, ya que a las mujeres socialmente se les enseña que los genitales es un área privada, que solamente debe ser vista y tocada por la persona y por su esposo y casi exclusivamente con motivos de reproducción.

El caso del cáncer de mama es distinto, pues las mujeres expresan miedo a los exámenes en dos sentidos: el primero al dolor provocado tanto por el examen diagnóstico,

como por la enfermedad en sí y el segundo, al enterarse que tienen la enfermedad, por considerarse esta como una sentencia inminente de muerte.

El tercer factor a considerarse cuando se habla del cáncer cervicouterino y de mama como responsabilidad del paciente, se refiere a los hábitos de vida, que van desde la falta de ejercicio, las relaciones sexuales sin protección o con diferentes parejas (cáncer cervicouterino), así como el tener una dieta alta en grasas, entre otros.

Esto se dejó ver dentro del discurso del medio de comunicación debido a la presentación de diferentes estudios epidemiológicos a partir de los cuales se demostraba cómo los hábitos de vida podían de una forma u otra ser un factor de riesgo en el desarrollo de la enfermedad.

Asimismo entra en la esfera del discurso la responsabilización de la paciente a partir del cumplimiento de sus roles de género, donde la mujer enferma pasa por un doble juicio: el primero es juzgada por dejar de lado su salud para cubrir las necesidades de los demás miembros de su familia, y en segundo, es juzgada por verse obligada a dejar algunos de sus roles de género debido al tratamiento que debe llevar para curarse del cáncer.

La toma de decisiones de la mujer sobre su propia salud es valorada negativamente, al mismo tiempo que demandada como su responsabilidad, tanto por el discurso de los actores como por el del mismo medio de comunicación, siendo un patrón sociocultural de género que señala que ella debe anteponer la salud y las necesidades de su familia, a las suyas. Esta tendencia se ve principalmente en la información sobre cáncer cervicouterino.

Así, esta responsabilización de la paciente en el desarrollo del cáncer en el manejo discursivo del periódico *El Imparcial*, expresión de la hegemonía del modelo biomédico que minimiza las condicionantes sociales y su influencia en el desarrollo de estos cánceres. . Con esto no se intenta omitir la voluntad persona sobre la toma de control sobre su salud, sino que es necesario establecer que muchas veces esa voluntad no viene acompañada de las condiciones sociales adecuadas para lograrlo.

El manejo del Cáncer cervicouterino y de mama como una enfermedad social, eje que fue identificado a partir del establecimiento de un vínculo entre la enfermedad y las condiciones sociales de quienes la desarrollan, se dividió en dos grandes grupos: el primero como problema económico y el segundo, como problema cultural.

Cuando se habló del cáncer cervicouterino como enfermedad de la pobreza, se hizo a partir de la información brindada a los reporteros por sus fuentes, donde los entrevistados establecieron una relación estrecha entre el cáncer de cervix y las condiciones de pobreza o de escasez de recursos, la cual fue respaldada por el perfil epidemiológico de la enfermedad y difundida por el periódico a través de sus páginas.

El periódico se dedicó principalmente a la promoción y difusión de ámbitos gubernamentales y no gubernamentales dedicados a proporcionar ayuda gratuita o facilidades económicas para la realización y tratamiento del cáncer de cervix en cualquiera de sus etapas, lo que expresa la preocupación del medio de retomar problemas de interés para la población, sin embargo, no existen cuestionamientos sobre cuáles son los requisitos que deben cubrir estas personas para hacerse acreedoras de los descuentos o exención de pago, cuánto tienen que recorrer antes de llegar al lugar dónde se ubican los módulos, las facilidades de acceso, solamente se acepta como suficiente el hecho de brindar “atención gratuita”, lo que descontextualiza a la población destinataria de sus condiciones de posibilidad para acceder a dichos servicios.

Por su parte, el cáncer de mama como problema económico se identifica a partir de la relación entre la escasez monetaria y la no realización de las pruebas de detección temprana, así como la presencia de la enfermedad y las dificultades para su curación basadas en la falta de dinero del enfermo.

En el caso del manejo discursivo por el periódico El Imparcial, se expresa lo costoso de las pruebas y se acepta que, por esta razón, no toda la población tiene la posibilidad de realizársela, lo cual se hace evidente a partir de la publicación constante de textos informativos donde se enuncian lugares, ya sea instituciones públicas o de organizaciones no gubernamentales, que ofrecen el servicio de las mamografías a bajo costo, o bien, gratuitas para quienes puedan comprobar la necesidad de ello.

Por último, cuando se habla del cáncer cervicouterino como problema cultural se le atañe por diversos factores: la falta de uso de condón (factor protector contra el VPH), la realización de las pruebas diagnóstico, falta de conciencia por parte de las afectadas y el tabú alrededor de las pruebas de diagnóstico del VPH y/o cáncer cervicouterino, a diferencia de cuando se habla de cáncer de mama, dónde el problema cultural se enfoca en la falta de sensibilización y conocimiento del problema.

Finalmente, se tiene el eje de análisis del cáncer cervicouterino y de mama como un ente biológico. Este apartado, expresa como el medio de comunicación difunde prioritariamente la idea reduccionista del cáncer como resultado de factores puramente biológicos cuya única esperanza de recuperación radica en la atención brindada por parte del modelo biomédico, así como en los avances científicos y tecnológicos desarrollados por el mismo. Esta perspectiva, deja fuera todos los factores sociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad, reduciéndolo a una división acelerada e irregular de células dañadas genéticamente, las cuales posteriormente formarán los tumores malignos.

A partir del predominio y énfasis de los contenidos biomédicos, es que sostenemos que el periódico El Imparcial contribuye a la legitimación, reproducción y difusión del modelo biomédico. Al utilizar con mayor frecuencia la voz de los médicos, autoridades gubernamentales de salud, así como de investigadores científicos y tecnológicos, habla sobre la autoridad de estas personas dentro de su contexto social, al ser reconocidas como fuentes de información confiable, aún por encima de quienes padecen la enfermedad.

Con base en estos resultados, puede concluirse que el discurso sobre cáncer cervicouterino y de mama en el periódico El Imparcial, además a legitimar el poder del modelo biomédico, deslinda del mismo la responsabilidad sobre la incidencia, prevalencia y mortalidad por estas enfermedades a las instituciones de salud y al propio Estado.

En resumen, el discurso sobre cáncer cervicouterino y de mama en el periódico El Imparcial, es reflejo del saber exclusivo del modelo médico hegemónico. Es decir, se le llama exclusivo debido a que es la única autoridad reconocida para hablar sobre el tema, cualquier declaración que se integre en el medio debe estar respaldada por la voz de alguno de sus representantes. Por otro lado, se le llama también excluyente, debido a que el modelo biomédico no reconoce otras prácticas distintas a su propio saber y no asumir una mayor responsabilidad en el proceso salud-enfermedad.

Es decir, cuando se representa el cáncer como metáfora se responsabiliza a la enfermedad en sí, como un agente externo y extraño que llega de forma invasora a robar la salud de la persona. Seguido, al asumir la enfermedad como responsabilidad del individuo, el discurso del medio establece como es la persona quien provoca o facilita el desarrollo de la enfermedad debido a la actitud descuidada que tiene sobre su persona: ya sea al no acudir

al médico, al tener vergüenza o miedo y finalmente, al tener hábitos de vida contrarios a los especificados por la biomedicina.

Después, si se entiende al cáncer como una enfermedad social, entonces la responsabilidad por la morbi-mortalidad por cáncer cervicouterino y de mama la asume la sociedad y el individuo, al no generar una conciencia y/o cultura sobre el cuidado del cuerpo, sobre prevención y atención temprana.

Finalmente, aun cuando se ve el cáncer desde la perspectiva propia del modelo biomédico sigue excluyendo su responsabilidad en el proceso, al establecer un discurso reduccionista, a partir del cual el cáncer se identifica como resultado de un proceso biológico, de división células dañadas que puede ser provocado por la exposición de diferentes factores de riesgo, o bien, por alguna predisposición genética, lo cual lleva de nuevo, a poner la responsabilidad en el individuo.

Una forma de asumir responsabilidad en el proceso salud-enfermedad del cáncer cervicouterino y de mama, por parte del modelo médico hegemónico, sería que se aceptaran dentro de los textos informativos las limitaciones de acción con las que cuenta. Por ejemplo, en lugar de culpar a las enfermas por no acudir a realizarse las pruebas de detección temprana, reconocer la cultura en la cual vive inmersa la paciente y buscar, con base en esas características, una forma de intervención, sin juzgar o minimizar dichas razones.

Así, el poder del discurso sobre cáncer cervicouterino y de mama emitido por el modelo biomédico, recuperado en el periódico El Imparcial, se basa en tres puntos principales: la presencia, permanencia y el deslinde de responsabilidades. La presencia, se resume en la cantidad de notas informativas publicadas diaria o mensualmente en el medio; la permanencia, en el mantenimiento constante del tema en la esfera de discusión y finalmente, el deslinde de responsabilidades, al no asumir la responsabilidad de ninguna de las partes del proceso salud-enfermedad y establecer su razón por encima de la de los enfermos. Según el discurso emitido por el periódico El Imparcial, el modelo médico hegemónico no tiene margen de error, es decir, sin importar cómo sucedan las cosas, siempre tendrá la razón.

Reflexión sobre la metodología

Posterior a la realización del análisis, es posible afirmar que la utilización de ambas metodologías resultó útil y satisfactoria para responder las preguntas de investigación, por lo cual se sostiene que cuando se habla de análisis del discurso en medios de comunicación el realizar solamente uno de los dos tipos de análisis se deriva en la obtención de resultados parciales: el discurso que obtenga del análisis del contenido o del análisis del discurso por separado, cuando se habla de un periódico, nunca podrá considerarse completo sin su contraparte.

El mensaje recuperado a partir del análisis del contenido fue corroborado posteriormente por el análisis del discurso, en ambos casos, pudo establecerse la preferencia del medio por la presentación del discurso del modelo biomédico, lo cual se reconoció como una forma de legitimación del poder del mismo.

Así puede comprobarse como ambas técnicas son complementarias y no excluyentes una de la otra, sobre todo cuando se habla de un medio de comunicación como el periódico, donde la estructura de la presentación de la información es parte básica del mensaje (Pérgolis 2005; Van Dijk 1990; Rivadeneira 1990; Leñero 1986).

A pesar de que no se encontraron trabajos concretamente similares al presente, los resultados de esta investigación pueden compararse, metodológicamente, con el de Revuelta et.al. (2004), quienes a partir de un análisis de contenido establecieron cómo dentro de los medios de comunicación existe una distribución desigual en la responsabilidad de la información en 3 aspectos: la distribución de cargos de responsabilidad de los diarios, los autores de textos periodísticos sobre cuestiones de salud y las fuentes de información.

Así mismo, Ávalos et.al., (1982) presentan en su trabajo una caracterización de los mensajes de salud/enfermedad transmitidos a la población mexicana por algunos de los principales medios de comunicación masiva. Ellos parten del supuesto de que la sociedad mexicana recibe información por parte de los medios y que el estado, así como sus organizaciones, debieran utilizarlos para generar una política de salud e información médica sobre los principales problemas que afectan la salud de la población.

En ambos casos la metodología del análisis de contenido les sirvió para responder sus preguntas de investigación, pero en ninguno de los dos se planteó -como se hizo para

este estudio- la recuperación del discurso de los medios de comunicación analizados, o bien, qué significaba que sean prioritariamente hombres quienes manejan los altos puestos de los medios informativos, o qué mensaje enviaban el estado y sus instituciones a la población.

Por otro lado, a pesar de que las temáticas que se trataron fueron distintas, este estudio puede compararse con los realizados por Van Dijk (1989; 1983), donde a partir del análisis de la prensa escrita, se recupera el discurso sobre racismo de las élites que se privilegió en los medios de comunicación ahí analizados.

Al igual que en este trabajo de tesis, Van Dijk toma en cuenta las palabras utilizadas, así como las no utilizadas, y la estructura de los textos para concluir cómo los medios de comunicación emitieron un mensaje que favoreció a la raza blanca por encima de las personas de color, reforzando el discurso racista las élites.

Para finalizar, es muy satisfactorio establecer que a pesar de las limitaciones de tiempo, fue posible cumplir con los objetivos planteados para la investigación, aunque no se descarta, en un futuro, poder retomarla para llenar aquellos vacíos que se hayan dejado por la misma premura en la cual se vio inmerso el proceso de investigación.

Bibliografía

- Abril, Gonzalo. 1999. Análisis semiótico del discurso. En *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, coordinado por Juan Manuel Delgado y Juan Gutiérrez, 427-57. España: Síntesis.
- . 1999. Las metodologías de análisis del discurso e interpretación científico social. En *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, coordinado por Juan Manuel Delgado y Juan Gutiérrez, 427-64. España: Editorial Síntesis.
- Acevedo H., Silvestre Alberto. 1998. Cultura y comunicación: la relación entre el capital cultural, el consumo cultural y la recepción televisiva. Tesis de Maestría, El Colegio de Sonora.
- Alcina Caudet, María Amparo. 2001. El español como lengua de la ciencia y de la medicina. *Panace@ 2* (4): 47-50.
- Alliance for Cervical Cancer Prevention [ACCP]. 2003. *Prevención del cáncer cervicouterino. Ficha descriptiva*. Estados Unidos: Alliance for cervical cancer prevention.
- Alonso-Cortés, Angel, ed. 1989. *Lecturas de Lingüística*. España: Universidad Complutense.
- Alothaimen, A., Mohamed Ezzat G., T. Muammar y A. Al-Madouj. 2004. Dietary fat and breast cancer in Saudi Arabia: a case-control study. *Eastern Mediterranean Health Journal* 10 (6): 879-86.
- Arce, Antonio, Ruth Cárdenas, Jacinto González, Violeta Medina y Jonathan Pérez. 1982. Los mensajes de salud/enfermedad en los medios de comunicación masiva. En *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular*, editado por Menéndez Eduardo, 169-82. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Ávalos, José L., Fausto Fernández, Austreberto Gómez, María E. Salazar y José F. Spíndola. 1982. Contenidos relativos a la salud, a través de los principales medios de comunicación masiva en México. En *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular"*, editado por Eduardo Menéndez, 149-68. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Aziz Alberto. 1986. Cultura de masas, medios de difusión y culturas subalternas. *Estudios sobre las culturas contemporáneas* 1: 79-96.
- Baert, Patrick. 2001. *La teoría social en el siglo XX*. España: Alianza editorial.

- Barquín, Martha, Bernardo Cervera, Rubén García, Ciro Osuna y Martha Ramírez. 1982. Factores que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de formas de "medicina popular", la automedicación. En *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular*, editado por Eduardo Menéndez, 69-70. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social.
- Barthes, Roland. 2002. *S/Z*. México: Siglo XXI.
- Berelson, Bernard. 1954. Theory and Method. En *Hand book of social psychology*, dirigido por Lindzey Gardner, 488-522. Massachusetts.
- Berger, Peter y Thomas Luckman. 1991. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Beristáin, Helena. 2000. *Diccionario de retórica y poética*. México: Porrúa.
- Bourdieu, Pierre y Loïc Wacquant. 2005. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Argentina: Siglo XXI.
- Briones, Víctor, Ramón Corona, Marcos Morales y Alejandro Sotomayor. 1982. Influencia del Instituto Mexicano del Seguro Social en el proceso de automedicación. En *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular"*, editado por Eduardo Menéndez, 106-25. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Cabero Almenara, Julio, y Felicidad Loscertales Abril, dirs. 2006. *Elaboración de un sistema categorial de análisis de contenido para analizar la imagen del profesor y la enseñanza en la prensa*. España: Universidad de Sevilla, <http://tecnologiaedu.us.es/revistaslibros/ANALISIS.htm>.
- Campos, Jesús, Pablo Cárdenas, Héctor Rodríguez y Manuel Vertiz. 1982. La salud según algunos "medios" de comunicación. Análisis de categorías de salud/enfermedad en la prensa escrita. En *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular"*, editado por Eduardo Menéndez, 183-202. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Campos, Roberto, Adriana Ruiz y Juana Zúñiga. 1982. La automedicación en indígenas y mestizos: el caso de Tenejapa Chiapas. En *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular"*, editado por Eduardo Menéndez, 126-45. México: Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Castro, María del Carmen, y Gilda Salazar. 2001. *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervico uterino: un estudio en Hermosillo, Sonora*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Castro, Roberto. 2000. Capítulo I: estructura y acción en la experiencia de la salud. En *La vida en la adversidad*, Roberto Castro, 31-146. Cuernavaca: UNAM, Centro

Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

- Castro Vázquez, María del Carmen. 2006. "Aunque uno conozca sus derechos, pero si no sabe luchar..." El derecho a una atención de calidad de las mujeres con problemas mamarios desde una perspectiva sociológica. Tesis de doctorado en ciencias políticas y sociales con orientación en sociología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Centro de Apoyo a la Mujer Margarita Magon A.C. [CAMMMAC], ed. 1995. *Manual de capacitación para la toma del Papanicolau*. México: Centro de Apoyo a la Mujer Margarita Magon A.C.
- Consejo Nacional de Población. 2007. Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino 1990-1997. <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00salud/Republica/rm105.gif> (Diciembre de 2007).
- Consejo Nacional de Población (Conapo). 2002. *Proyecciones de la población de México durante el periodo 2000-2050*. México: Conapo, www.conapo.gob.mx.
- De Fleur, Melvin L. y Sandra Ball-Rokeach. 1990. *Teorías de la comunicación de masas*. México: Paidós Mexicana.
- De la Torre Escoto, Gabriela y Raúl Fuentes Navarro. 2002. Producción de conocimiento y formación de investigadores. En *Anuario de Investigación de la Comunicación, CONEICC IX*, editado por Francisco de Jesús Aceves González, 247-70. México: CONEICC.
- De los Ríos, R. 1993. Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción. En *Género, mujer y salud en las Américas*, editado por E. Gómez, 3-18. Washington: Publicación científica de la Organización Panamericana de la Salud.
- Del Valle, Carlos. 2003. *Comunicar Salud: entre la equidad y la diferencia*. Temuco: Universidad de la Frontera, <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/libros/libros/comunicarsalud.pdf>.
- Dirección de Salud Reproductiva. 1994. *Norma oficial mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Dirección General de Información en Salud. 2005. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2003. *Salud Pública de México* 47 (2): 171-86 , www.isnp.mx.
- Donnangelo, María Cecilia F. 1994. Capítulo 1. Medicina: práctica técnica-práctica social. En *Salud y Sociedad*, María Cecilia Donnangelo, 17-31. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

- . 1994. Capítulo 2. Medicina en la sociedad de clases. En *Salud y Sociedad*, María Cecilia F. Donnangelo, 33-77. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Escaleras, Juana, Javier De la Garza y Concepción Grajales. 1982. Factores que Intervienen en el desarrollo y mantenimiento de formas de "medicina popular": la automedicación. En *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de "medicina popular"*, editado por Eduardo Menéndez, 71-105. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social.
- Esteinou, Javier. 1992. Los medios de comunicación y El Consejo Nacional de Cultura. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas IV*: 67-81.
- Faggiano, F., T. Partanen, M. Kogevinas y P. Boffeta. 1997. Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality. En *Social inequalities and cancer*, editado por M. Kogevinas, N. Pearce, M. Susser y P. Boffeta, 65-177. Estados Unidos: IARC publications.
- Fakhro, A. E, N. Fateha, Al-Asheeri y S. A. Al-Ekri. 1999. Breast cancer: patient characteristics and survival analysis at Salamaniya Medical Complex, Bahrain. *Eastern Mediterranean Health Journal* 5 (3): 430-439.
- Fernández, Claudia y Andrew Paxman. 2000. *El tigre: Emilio Azcárraga y su imperio Televisa*. México: Grijalbo.
- Finnegan, John R. y K. Viswananth. 2002. Health Behavior and Health Education. En *Communication theory and health behavior change: the media studies framework*, compilado por Karen Glanz, Barbara K. Rimer y Frances Marcus Lewis, 361-88. San Francisco: Jossey-bass, carpeta "comunicación y salud".
- Foucault, Michel. 2003. *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, Michel. 1997. El nacimiento de la medicina social. *Revista centroamericana de ciencias de la salud* 3 (6): 89-108.
- Foucault, Michel. 1999. *Estética, ética y hermeneútica*. España: Paidós.
- Foucault, Michel. 1992. *Microfísica del poder*. España: La Piqueta.
- Foucault, Michel. 1985. *¿Qué es un autor?* México: La letra.
- Freidson. 1978. *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. España: Ediciones Península.
- Frenk, Julio. 1994. *La salud de la población. Hacia una salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frenk, Julio. 1995. La transición de la atención a la salud. En *Innovaciones de los sistemas de salud una perspectiva internacional*, editado por Barajas Ruelas y Julio Querol

- Vinagre, 197-225. México: Fundación Mexicana para la Salud.
- Frenk, Julio, R. Lozano y M. A. González-Block. 1994. *Economía y Salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*. México: Fundación Mexicana para la Salud, carpeta Sistemas de Salud.
- Fuentes N., Raúl. 1998. La investigación académica de la comunicación en México: notas para un balance reflexivo. *Estudios sobre las culturas contemporáneas IV*: 35-59.
- García Bengoa, José Luis. 1993. *Autoedición con PageMaker 4.0*. España: McGraw-Hill.
- García Canal, María Inés. 2002. *Foucault y el poder*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- García Selgas, Fernando J. 1999. Análisis del sentido de la acción: el trasfondo de la intencionalidad. En *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, coordinado por Juan Manuel Delgado y Juan Gutiérrez, 493-526. España: Síntesis.
- Gebner, Geoge. 1972. Communication and social environment. En *Communication, a Scientific American Book*, 112-20. San Francisco: W.H. Freeman and Company, Colegio de Sonora, área de revistas.
- González, Jorge y Fabio Mugnaini. 1986. Metodologías, métodos, técnicas para un protocolo de observación etnográfica de los usos diferenciales y los modos de ver las telenovelas. *Estudios sobre las culturas contemporáneas 1*: 175-92.
- Gómez-Jauregui, Jesica. 2001. Costo y calidad de la prueba de detección oportuna del cáncer cervicouterino en una clínica pública y en una organización no gubernamental. *Salud Pública de México* 43 (4): 279-88.
- Gómez V., Héctor. 1998. El campo académico de la comunicación y las reflexividades regionales. *Estudios sobre las culturas contemporáneas IV*: 9-34.
- Habermas, J. 1981. *Historia y crítica de la opinión pública*. Barcelona: Gustavo Gili.
- Ham Chande, Roberto. 1996. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública de México* 8: 409-18, Carpeta de Desigualdad Social y Salud.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. 2007. Mortalidad infantil por desnutrición. www.imss.gob.mx/ (20 de octubre de 2007).
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). 2004. Manual para la vigilancia epidemiológica del cáncer cervico-uterino, manual.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2005. *Mujeres y hombres en México 2005*. México: INEGI.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2003. *Estadística del Sector Salud y Seguridad Social*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2004. *Información Estadística de Salud en Establecimientos Particulares 2003*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. 2003. *Mujeres y hombres en México 2003*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2004. *Mujeres y hombres en México 2004*. México: INEGI.
- Instituto Nacional Geografía e Informática (INEGI). 1994. *Estadísticas Sociodemográficas*. Sonora: INEGI.
- IPSOS Media. 2007. Perfil de lectores de: El Imparcial, Presentación.
- Kleinman, Arthur. 1995. What is specific to biomedicine. En *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*, Arthur Kleiman, 21-40. Berkley: University of California Press.
- Kogevinas, M. y M. Porta. 1997. Socioeconomic differences in cancer survival: a review of the evidence. En *Social inequalities and cancer*, editado por M. Kogevinas, N. Pearce, M. Susser y P. Boffeta, 177-206. Estados Unidos: IARC publicatiionsn.
- Krippendorff, Klaus. 1990. *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.
- Labonte, Ronald. 1996. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. En *Promoción de la salud: una antología*, compilado por Organización Panamericana de la Salud, 153-65. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Lakoff, George y Johnson Mark. 2003. *Metaphors we live by*. Estados Unidos: Chicago.
- Lamas, Martha. 1996. La antropología feminista y la categoría de 'género'. En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, compilado por Martha Lamas, 97-125. México: Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lasswell, Harold. 1948. The structure and function of communication in Society. En *The communication of ideas*, ed. Bryson Nueva York: Harper and Brothers.
- Lazcano Ponce, E. C. 1999. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Pública de México* 41 (4): 278-85, www.insp.mx.
- Lazcano Ponce, E. C., V. Tovar Guzmán, P. Alonso de Ruiz, I. Romieu y L. López Carrillo. 1996. Cáncer de mama. Un hilo conductor histórico, presente y futuro.

Salud Pública de México 38 (38): 139-52.

- Leñero, Vicente y Carlos Marín. 1986. *Manual de periodismo*. México: Grijalbo.
- Lozano, José Carlos. 1996. *Teoría e investigación de la comunicación de masas*. México: Alhambra Mexicana.
- López Carmona, Ana María, y Luis Carlos Toro Tamayo. 2006. *Software para el análisis del tratamiento periodístico de la información, SATPI-2004*. Colombia: Universidad de Antioquía-Medellín.
- López-Ríos, Olga. 1997. Efectos de servicios de salud y de factores socioeconómicos en las diferencias espaciales de la mortalidad mexicana. *Salud Pública de México* 39 (1): 16-24.
- López-Ríos, Olga, Eduardo César Lazcano-Ponce, Víctor Tovar-Guzmán y Mauricio Hernández-Ávila. 1997. La epidemia del cáncer de mama en México. ¿Consecuencia de la transición demográfica? *Salud Pública de México* 39 (4): 259-65.
- Marques de Melo, José. 1987. Teoría e investigación de la comunicación en América Latina. *Estudios sobre las culturas contemporáneas* 2: 212.
- Martínez, Ángel y Josep M. Comelles. 1994. La medicina popular. ¿Los límites culturales del modelo médico? *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* 2 (39): 109-36.
- Marx, Karl. 2001. *El Capital*. España: Los libros de la frontera.
- Mateo Pérez, Miguel A., Clemente Penalva Verdu, y Daniel La Parra Casado. 2006. *Prensa y ciclos económicos. Encuestas, estadísticas y análisis de contenido*. España: Universidad de Alicante.
- Mattelart, Armand y Michéle Mattelart. 1988. *Pensar sobre los medios: comunicación crítica y social*. Costa Rica: DEI.
- Mc Allister, Alfred. 1996. Cambio de conducta de la población: un enfoque con base teórica. En *Promoción de la salud: una antología*, compilado por Organización Panamericana de la Salud, 247-57. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- McLuhan, Marshall y Quentin Fiore. 1967. *The medium is the message: an inventory of effects*. Nueva York: Bantam Books.
- Menéndez, Eduardo. 1990. Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes. En *Antropología Médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*, Eduardo Menéndez, 165-203. México: CIESAS.

- . 1982. Automedicación, reproducción social y terapéutica y medios de comunicación masiva. En *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular"*, editado por Eduardo Menéndez, 4-53. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- . 1984. El modelo médico hegemónico. Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de atención a la salud. *Arxiu D' Etnografia de Catalunya* 3: 83-119.
- Mohar, Alejandro, Mauricio Frías-Mendivil, Laura Suchil-Bernal, Teresa Mora-Macías y Jaime G. de la Garza. 1997. Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. *Salud Pública de México* 39 (39): 253-58.
- Moles, Abraham y Claude Zeltman. 1973. La comunicación. En *Planeación y desarrollo*, Abraham Moles y Claude Zeltman, 47. México: Alpha.
- Molina, Gabriel. 1987. Noticieros televisivos de la TV comercial en México: los imperativos del raciocinio corporativo. *Estudios sobre las culturas contemporáneas* 2: 212.
- Molyneux, M. 2001. Género y ciudadanía en América Latina: cuestiones históricas y contemporáneas. *Debate Feminista* 23 (12): 3-66.
- Moncada, Carlos. 2000. *Dos siglos de periodismo en Sonora*. Sonora: Ediciones EM.
- Muñoz, N y X Bosh. 2000. Cáncer del cuello uterino y virus del papiloma humano: evidencia epidemiológica y perspectivas de prevención. En *Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*, Coordinado por Alonso Lazcano y Hernández, 143-53. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Navarro, Pablo y Capitolina Díaz. 1999. Análisis de contenido. En *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, coordinado por Juan Manuel Delgado y Juan Gutiérrez, 177-221. España: Síntesis.
- Olivas Peñuñuri, María Remedios. 2004. El arte de cuidar a otros inicia cuando aprendes a cuidarte: enfermería y el programa de detección oportuna de cáncer. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales, El colegio de Sonora.
- Organización Mundial de la Salud. Screening for breast cancer. www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/ (25 de junio de 2007).
- Organización Mundial de la Salud. Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo? www.who.int/features/qa/15/es/index.html (25 de junio de 2007).
- Organización Mundial de la Salud. Cancer. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html (25 de junio de 2007).
- Organización Mundial de la Salud. Cancer: diet and physical activity's impact.

- www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cancer/en (25 de junio de 2007).
- Organización Mundial de la Salud. 2002. *Cervical cancer screening in developing countries. Report of a who consultation*. Estados Unidos: WHO.
- Organización Mundial de la Salud. Human papillomavirus. www.who.int/vaccine_research/diseases/viral_cancers/en/index3.html (25 de junio de 2007).
- Organización Mundial de la Salud. The impact of cancer. www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBasePolicyMaker/reports/ReportFullView.aspx?id=5 (25 de junio de 2007).
- Organización Mundial de la Salud, comp. 2007. *The world health organization's fights against cancer. Strategies that prevent, cure and care*. Estados Unidos: WHO.
- Pablos Lugo, Zoila. 1994. El manejo informativo de la sexualidad humana a través de El Imparcial, El Sonorense y El Nacional, 1990. Tesis de Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, Universidad de Sonora.
- Palacio Mejía, Lina Sofía. 2002. Distribución territorial de la mortalidad por Cáncer Cervicouterino, México 1990, 2000. Tesis de Maestría en Demografía, El Colegio de la Frontera Norte.
- Pérgolis, Juan Carlos. 2005. *Ciudad fragmentada*. Buenos Aires: Nobuko.
- Periódicos Healy. 2000. *Manual de estilo de redacción*. Hermosillo: Periódicos Healy.
- Periódicos Healy. 2007. Nuestra empresa. www.elimparcial.com (23 de mayo de 2007).
- Periódicos Healy. 2007. Principios y compromisos éticos. www.elimparcial.com (23 de mayo de 2007).
- Population Reference Bureau [PRB], y Sara Adkins-Blanch, edición y coordinación. 2004. *La prevención del cáncer cervical a nivel mundial*. Estados Unidos: Population Reference Bureau.
- Proctor, Robert N. 1995. *How politics shapes cancer wars: what we know and don't know about cancer*. Nueva York: Basic Books.
- Pronovost, Gilles. 1995. Medios: elementos para el estudio de la formación de los usos sociales. *Estudios sobre las culturas contemporáneas I*: 47-70.
- Real Academia Española. 1999. *Diccionario básico de la lengua española*. España: Espasa.
- Real Academia Española. 1984. *Diccionario de la lengua española II*. Madrid: Espasa-Calpe.

- Real Academia Española. 1984. *Diccionario de la lengua española Tomo I*. Madrid: Epasa-Calpe.
- Recio, Félix. 1999. Análisis del discurso y teoría psicoanalítica. En *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, Coordinado por Juan Manuel Delgado y Juan Gutiérrez, 465-79. España: Síntesis.
- Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Antecedentes. www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm (25 de junio de 2007).
- Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Compendio Cáncer/RHNM/2001/morbilidad/mortalidad. (25 de junio de 2007).
- Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Mortalidad y Morbilidad 2000. www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/online/infonal-RHNM-y2k.htm (25 de junio de 2007).
- Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. La situación epidemiológica del cáncer en México. www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm#publicaciones (25 de junio de 2007).
- Registro Histopatológico de Neoplasias malignas [RHNM]. Mortalidad y morbilidad 2000. www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/online/infonal-RHNM-yk2.htm (25 de junio de 2007).
- Reguera Torres, María Elena. 2003. *Vigilancia epidemiológica de la mortalidad de Salud Reproductiva, Sonora 2003*, Presentación. Sonora: Secretaría de Salud Pública.
- Renkema, Jan. 2004. *Introducción a los estudios sobre el discurso*. México: Gedisa Mexicana.
- Revuelta, Gema, Inma Alonso, Sonia Tomás, Marcela Guerrero e Izabella Rohlf. 2004. Género y salud en prensa diaria. *Suplemento Sespas* 18 (1): 201-6.
- Rieff, David. 2006. Nadando en un mar de muerte. *Letras Libres*: 48-54.
- Rish, H. A. y G. R. Howe. 1994. Menopausal hormone usage and breast cancer in Saskatchewan: a record-linkage cohort study. (139): 670-683.
- Rivadeneira P., Raúl. 1990. *Periodismo. La teoría general de los sistemas y la ciencia de la comunicación*. México: Trillas.
- Robles Monteverde, Francisco Javier y Jesús Moreno Durazo. 2001. Elecciones Sonora 2000: monitoreo de prensa y televisión. Campañas por alcaldías. En *Sonora: elecciones 2000 a debate. Balance y perspectivas*, coordinado por Juan Poom Medina y Olga Armida Grijalva O., 123-83. México: Colegio de Sonora.
- Salles, Vania. 2001. El debate micro-macro: dilemas y contextos. *Perfiles latinoamericanos*

18 (10): 115-55.

- Sansores, Raúl H., Fernanda Buitrago, Fabiola Valdemar, Alejandra Ramírez Venegas y Ricardo A. Sandoval. 2002. Impactos de los medios de comunicación masiva en una campaña antitabaco. *Salud Pública de México* 44 (5): 101-8, <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Sarracino R. Edith. 2003. "Elementos democráticos en el diario El Imparcial, actor político y mediatizador de los discursos de precampaña para la gubernatura de Sonora en el 2003 ". Hernández R. María Elena, Universidad de Guadalajara.
- Saussure, Ferdinand de. 1998. *Curso de lingüística general*. México: Fontamara.
- Schlesinger, Philip. 1992. Repensando la sociología del periodismo: estrategias de las fuentes y límites del centralismo de los medios. *Estudios sobre las culturas contemporáneas* IV: 279-307.
- Schramm, Wilbur. 1988. *La ciencia de la Comunicación humana* . México: Grijalbo.
- Scott, Joan. 1996. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En *Sexualidad, género y roles sexuales.*, compilado por M. Navarro y C. R. Stimpson, 37-95. México: Fondo de Cultura Económica.
- Secretaría de Salud Pública. 2003. *Anuario estadístico, 2002*. México: Secretaría de Salud Pública.
- Secretaría de Salud Pública (SSP). 2002. *Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad en salud reproductiva, Sonora*. Sonora: SSP.
- Secretaría de Salud [SSA]. *Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino*. México: SSA.
- Secretaría de Salud (SSA). 2001. *Norma oficial NOM-041-SSA2-2002 prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama*. México: SSA.
- Serman, Felipe. 2002. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas de prevención y tratamiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 67 (4): 318-23.
- Sontag, Susan. 1996. *La enfermedad y sus metáforas y el SIDA y sus metáforas*. Madrid: Taurus.
- Straubbnar, Joseph, Sug' Min Youn, Consuelo Campbell, Karen Champanie, Luisa Ha, Seema Shrikhande, Michel Elasmr, Taeg-Ho Ahn, Ming Chu Chen, Scott Clarke y Makiko Takahashi. 1994. Mercados para la televisión regional y flujos de programas. *Estudios sobre las culturas contemporáneas* VI: 115-50.

- Sánchez R., Enrique. 1992. Educación, medios de difusión y democracia (Con especial atención, para no perder la costumbre, en mamá televisión). *Estudios sobre las culturas contemporáneas IV*: 29-56.
- Tomais, L. 1997. Poverty and cancer. En *Social inequalities and cancer*, editado por K. Kogevinas, N. Pearce, M. Susser y P. Boffeta, 25-40. Estados Unidos: IARC Publications.
- Toro Tamayo, Luis Carlos. 2006. *Enfoques y perspectivas metodológicas de análisis hemerográfico*. Colombia: Universidad de Medellín.
- Toussaint, Florence. 1997. *Crítica de la información de masas*. México: Trillas.
- Turner, Jonathan. 1995. The formation of social capital. En *Social capital. A multifaceted perspective*, Partha Dasgupta y Ismael Serageldin Washington: The World Bank.
- Universidad Pedagógica Nacional (UPN). 1995. *Cómo hacer publicaciones y no morir en el intento*. México: Limusa.
- Van Dijk, Teun. 1992. Power and the news media. Ponencia presentada en conferencia internacional "The role of communication and information in contemporary societies", 13 al 15 de septiembre, en España.
- Van Dijk, Teun A. 1977. Acceptability in context. En *Acceptability in language*, editado por Greenbaum, 39-62. Mouton: The Hague.
- Van Dijk, Teun A. 1978. *La ciencia del texto. Un enfoque interdisciplinario*. España: Paidós.
- Van Dijk, Teun A. 1993. *Elite discourse and racism*. Estados Unidos de Norte América: SAGE.
- Van Dijk, Teun A. 1998. *Estructuras y funciones del discurso*. México: Siglo XXI.
- . 1995. The mass media today: discourses of domination or diversity. *Javnost/The Public* 2 (2): 27-45.
- Van Dijk, Teun A. 1990. *La noticia como discurso*. España: Paidós.
- . 1989. Race, riots and the press. An Analysis of editorials in the British press about 1985 disorders. *Gazette* (43): 220-253.
- . 1982. Relevance in text and context. En *Text processing*, editado por S. Allen, 415-32. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Van Dijk, Teun. A. 1985. Structure of news in the press. En *Discourse and communication*, editado por Teun A. Van Dijk, 69-93. Alemania: The Gruyter.
- Vessey, M. P., K. McPherson, L. Villard-Mackintosh y D. Yeates. 1989. Oral

contraceptives and breast cancer. Latest findings in a large cohort study. *Br J. Cancer* (59): 613-17.

Wallack, Lawrence. 1996. Abogacía en los medios de comunicación: una estrategia para potenciar a personas y comunidades. En *Promoción de la salud: una antología*, compilado por Organización Panamericana de la Salud, 300-311. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Wallack, Lawrence y Kathryn Montgomery. 1996. Publicidad para todos en el año 2000: implicaciones de salud pública para los países menos desarrollados. En *Promoción de la salud: una antología*, compilado por Organización Panamericana de la Salud, 286-99. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Watzlawick, Paul, Janet Beavin Bavelas y Don D. Jackson. 1993. *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas*. España: Editorial Herder.

White, Robert A. 1987. El significado de los adelantos recientes en el campo de la comunicación masiva. *Estudios sobre las culturas contemporáneas* 2: 212.

Wolf, Mauro. 1994. *Los efectos sociales de los media*. Barcelona: Paidós.

Zola, Irving Kenneth. 1999. La medicina como institución de control social. En *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*, compilado por Carmen De la Cuesta Benjumea , 23-46. Antioquía: Universidad de Antioquía.