

Octavio Carranza-Bucio<sup>1a</sup>

## Resumen

Se presenta un análisis existencial del relato que hacen los enfermos, relacionado con la experiencia de padecer cáncer. El objetivo del estudio fue observar, describir y comprender el modo en que el padecer desvela el temple de ánimo de la angustia y, con ello, la posibilidad de un existir auténtico. Aunque en este reporte solo se analiza el relato de dos pacientes, la muestra completa consta de 25 enfermos, todos adultos, de ambos sexos, rango de edad entre 40 y 70 años. El tipo de cáncer varió, pero en todos los casos se trató con cirugía, quimioterapia y radioterapia. La participación fue voluntaria y con consentimiento. La interpretación y el análisis se hizo confrontando las teorías hermenéuticas con los relatos de vida de los pacientes.

## Abstract

An existential analysis of the story that patients make related to the experience of suffering from cancer is presented. The objective of the study was to observe, describe and understand the way in which suffering reveals the temper of anguish and with it, the possibility of an authentic existence. Although this study only analyzes the report of two patients, the complete sample consists of 25 patients, all adults, of both sexes, aged between 40 and 70 years. The type of cancer varied, but in all cases it was treated with surgery, chemotherapy, and radiation therapy. Participation was voluntary and with consent. The interpretation and analysis was done by confronting the hermeneutical theories with the life stories of the patients.

<sup>1</sup>Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Instituto de Investigaciones Filosóficas. Morelia, Michoacán, México

ORCID: [0000-0001-8755-5882<sup>a</sup>](https://orcid.org/0000-0001-8755-5882)

**Palabras clave**  
Medicina Narrativa  
Hermenéutica  
Padecimiento

**Keywords**  
Narrative Medicine  
Hermeneutics  
Illness

**Fecha de recibido:** 31/03/2021

**Fecha de aceptado:** 21/06/2021



**Comunicación con:**  
Octavio Carranza Bucio



**Teléfono:**  
443 316 2271



**Correo electrónico:**  
drocarra@hotmail.com

## Introducción

El objetivo del presente artículo es mostrar los resultados de una investigación filosófica en la que participaron enfermos de cáncer. Se trata de un estudio con perspectiva fenomenológica, en el que se les pidió a los pacientes que narraran su experiencia después de la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. A partir de los relatos, procedimos a hacer el análisis existencial y la interpretación hermenéutica en el contexto del pensamiento de Martin Heidegger.

La filosofía de Heidegger es muy compleja y vasta. No obstante, se exponen, sin desarrollar, algunas tesis básicas que pueden servir aquí de marco teórico-metodológico del presente trabajo. Según este filósofo, la constitución fundamental del humano (*Dasein*)<sup>1</sup> consiste en ser un ser-en-el-mundo.<sup>2</sup> Es decir, tener un mundo, ser un mundo; este último término alude al sentido que Maurice Merleau-Ponty sugiere: que ser y ser un mundo tienen equivalencia existencial.<sup>3</sup> El carácter ontológico fundamental de la existencia del *Dasein* se comprende por la analítica del modo de ser en el mundo. Es por la constitución de este mundo propio que el ser humano trasciende.<sup>4</sup> La trascendencia del ser humano “no se identifica con la relación de sujeto-objeto, sino que depende, de un modo más originario cuantitativa y cualitativamente, de manera inmediata del problema del ser en general”.<sup>4</sup> Esta última tesis es muy importante, sobre todo porque pone en entredicho la relación médico-paciente que mantiene la medicina desde hace siglos.

(Como una breve digresión en torno al uso del vocablo *Dasein*, transcribo aquí la nota de Jorge Eduardo Rivera:

La palabra *Dasein* es traducida por Gaos ser-ahí. Nos parece que esta traducción es errónea. En primer lugar, en buen castellano habría que decir estar-ahí; pero estar-ahí significa existencia, en el sentido tradicional, es decir, algo enteramente diferente de lo que quiere decir Heidegger con la palabra *Dasein*. Ser-ahí podría entenderse también como ser en el modo de estar en el ahí. Pero entonces el *Dasein* no sería un ser-ahí, sino el ser del ahí. Por eso hemos preferido dejar la palabra *Dasein* sin traducción (p. 454).<sup>1</sup>

La relación médico-paciente, señala el doctor Alberto Lifshitz, ha sido siempre el fundamento de la práctica clínica. Se sustenta, continúa Lifshitz, en una serie de principios y valores que comparten ambos participantes, como la confidencialidad, la veracidad, la fidelidad y la privacidad.<sup>5</sup> Si Heidegger tiene razón, esta afirmación es falsa y constituye uno de los equívocos que obstaculizan la comprensión del enfermo. La idea heideggeriana de ser-en-el-mundo remite a la existencia propia y auténtica. La

comprensión del mundo ocurre a partir de los éxtasis del tiempo: el futuro, haber-sido y presente son una temporalidad unitaria. Decir que los médicos y los enfermos comparten los mismos principios y valores supone la existencia de un mundo único, uniforme y universalmente válido. Idealmente, esto es concebible, pero en la práctica, no existe. Heidegger está de acuerdo en que el mundo es aquello que se nos aparece, lo que nos sale al paso; la naturaleza; los valores; el habla; el tiempo y el espacio.<sup>2</sup> Pero todo eso que está ahí, intramundano y mundano, solo tiene sentido a la luz del existir propio. Porque nadie puede existir por otro, nadie puede vivir por otro y nadie puede morir por otro. Existir como ser en el mundo significa ser el mundo en cada caso mío.

Por otra parte, el modelo de la medicina narrativa al menos intenta una comprensión más completa y profunda de la experiencia de la enfermedad. Tal vez el problema ya no está en la intencionalidad, sino en la posibilidad real de acceder y comprender la existencialidad originaria del ser del *Dasein*. Sin duda, para la fenomenología la alteridad es un problema fundamental. La dificultad de saber del otro, a partir de lo que sé de mí mismo; hablar del otro, como si su existencia fuera una cosa más en el mundo.

## Metodología

En la medicina científica, lo que sabemos de la enfermedad lo sabemos por lo que se dice. Si no lo ha dicho nadie, no puede ser verdad. Es bastante obvio que la ciencia no acepta ocurrencias ni opiniones empíricas. Por lo tanto, los enfermos están privados de la verdad. Lo que ellos tienen son ocurrencias, creencias, mitos, fantasías. No obstante, todo médico sabe que en la práctica clínica lo que sabemos lo sabemos por los enfermos. La experiencia enseña que frecuentemente los enfermos no padecen lo que dicen los libros. Así es como se abre una brecha entre enfermedad y padecimiento. La primera es disciplinada, se ajusta a normas y procedimientos; es objetiva y clara. Uno la puede aprender de memoria. El padecimiento en cambio es caprichoso, no tiene palabra; no se ajusta a reglas de procedimiento. Es impredecible y no hay forma de saber por anticipado cómo se comportará.

Siendo tan distintas, se esperaría que no fueran confundidas. Pero sucede con frecuencia que el médico esté lleno de teorías, guías de práctica clínica, normas y protocolos a los que busca ajustar el padecimiento. Cuando eso no sucede, el valor de verdad lo gana la enfermedad y el padecimiento se somete a prueba. La prueba, ya sabemos, puede ser diagnóstica y terapéutica, pero en cualquier caso suele ser bastante iatrogénica. El padecimiento se niega a reducirse a la enfermedad.

La esencia de este dilema reside en confundir enfermedad con enfermo. La enfermedad es una abstracción, el enfermo es una persona concreta. La enfermedad es la descripción general contenida en los libros y tratados de medicina, el enfermo es ese ser sufriente que personifica el padecer de forma única. Esta escisión es propia de la medicina actual, pero no siempre fue así y no lo es tampoco en muchas formas de la medicina alternativa, especialmente en la medicina mágico-religiosa. En estos modelos de práctica, el que cura y el curado tienen un pensamiento isomórfico. En estos paradigmas, el curador no sabe nada de la enfermedad, su trabajo es interpretar el padecer del enfermo. En realidad es un modelo inverso: va del enfermo a la enfermedad.

La genealogía de este modo de relación entre sanador y enfermo implica recuperar la tradición de al menos tres mil quinientos años (siglos XVI, XV a.C.), en los cuales florece en Tesalia la medicina asclepiadea.<sup>6</sup> Un requisito indispensable para este tipo de práctica es la comprensión e interpretación del padecer. Para comprender el sufrimiento, la angustia ante la muerte, la desesperanza y la tristeza en que está envuelto el padeciente, son indispensables habilidades para escuchar, apreciar e interpretar los relatos de los enfermos. Esto es lo que se propone la medicina narrativa,<sup>7</sup> una iniciativa cuyo propósito, desde hace varios años, busca que en muchas facultades de medicina se introduzcan cursos orientados a fortalecer en los estudiantes las prácticas de comunicación con los pacientes.<sup>8</sup>

Pero el problema no es nada sencillo. La expectativa de que los enfermos hagan narrativa está atravesada no solo por cuestiones inherentes a la estructura del relato, sino principalmente por la temporalidad de los acontecimientos y el significado de estos en el vivir fáctico individual. Sobre estos puntos, en este artículo nos proponemos reflexionar sobre la experiencia narrativa de enfermos con cáncer. Este reporte forma parte de un proyecto de investigación filosófica cuyo objetivo central es describir el carácter existencial de enfermar. De una muestra de 25 pacientes que fueron estudiados entonces, hemos seleccionado dos para este análisis.<sup>9</sup>

Lo que aquí entendemos por perspectiva hermenéutica se puede reducir a los siguientes fenómenos existenciales: escucha activa del relato que muestra la experiencia vivida por el enfermo, análisis existencial de enfermar en su aparecer, interpretación y sentido de lo que puede significar la vivencia del enfermo en el contexto biográfico. Esto equivale a lo que Paul Ricoeur define como hermenéutica: un “desciframiento de símbolos, entendidos como expresiones de doble sentido: el sentido literal, usual, corriente, que guía el desvelamiento del segundo sentido, al que efectivamente apunta el símbolo a través del primero”.<sup>10</sup> La escucha activa conlleva identificar a quien habla, en qué sentido habla y por

qué habla lo que habla. Es decir, la escucha es principalmente un acto de habla.<sup>11</sup>

Según Ricoeur, lo que articula cualquier tipo de relato es el *carácter temporal* del mismo: “todo lo que se cuenta sucede en el tiempo, arraiga en el mismo, se desarrolla temporalmente; y lo que se desarrolla en el tiempo puede narrarse”.<sup>12</sup> Otro requisito indispensable del acto narrativo es que esté conformado al menos por una unidad básica del lenguaje, es decir, una frase. Como se aprecia en los relatos de los enfermos con cáncer, salvo excepciones, se trata de individuos de escolaridad intermedia, poco versados en la lectura literaria y con nulos conocimientos de retórica. Todo ello explica que cuestiones estructurales relativas a la trama, la sintaxis y el desarrollo se pasen por alto. El criterio principal de inclusión es la inteligibilidad de la experiencia narrada.

De forma pragmática, la entrevista clínica abre un espacio de diálogo entre el médico y el enfermo. Este último tiene a su disposición una tribuna donde puede efectuar sus actos de habla. Es decir, muchos enfermos no logran redactar un texto o discurso, pero pueden exponer verbalmente su experiencia. Un buen esquema para la comprensión de estos actos de habla o actos ilocucionarios lo proporciona John Searle. Según este autor, los actos de habla conforman varios niveles: nivel locucional (el acto de decir); nivel ilocucional (aquello que hacemos en el decir), y nivel del acto perlocucional (aquello que hacemos por medio del decir).<sup>11</sup>

Este estudio sobre pacientes con cáncer se realizó entre marzo de 2017 y julio de 2018. Se trata de una investigación cuyo objetivo fue explorar los templos de ánimo existencial en la experiencia de vivir con el cáncer. La muestra estuvo conformada por 25 pacientes, de ambos sexos, entre 40 y 70 años de edad, quienes acudían a la consulta de control después del tratamiento oncológico: cirugía, quimioterapia y radioterapia. La investigación formó parte de un proyecto de tesis doctoral en filosofía, cuya hipótesis de trabajo buscaba confirmar que la enfermedad abre al ser-ahí (*Dasein*) en la cotidianidad de término medio y la angustia, como templo de ánimo fundamental, lo confronta como ser-para-la-muerte.<sup>2</sup>

## Análisis hermenéutico del relato

El presente análisis se limita a dos casos en los cuales el relato, por su forma, extensión y contenido, fue particularmente relevante.

### Caso 1. Cáncer de mama

Se trata de una mujer de 47 años, divorciada; vive con tres hijos, dos varones y una mujer. Su nivel educativo es de

licenciatura en psicología y posgrado en psicoanálisis, con práctica profesional como terapeuta. Fue diagnosticada con cáncer de mama en octubre de 2016 y se sometió a cirugía radical más quimioterapia y radioterapia. Lo siguiente es el resumen de su autopatografía, en propia voz.

Me veo tirada en una cama de hospital. Hay un letrero que dice, Recuperación y yo pienso que ya pasó lo peor. No imaginé que apenas empezaba un *Largo y sinuoso camino*.<sup>13</sup> El tema de esta canción [*The Long and Winding Road* de los Beatles] me regresó [a] la infancia. Pero ahora, ¿a cuál puerta? Yo no había visto este camino. En efecto, he dejado un charco de lágrimas. Dios, déjame saber el camino. Ahí estaba plantada, como si no pasara el tiempo.

Este relato sobre la balada de los Beatles remite a su historia familiar. Ella contará después cómo esta era la música de sus padres, una pareja de rockeros de los años sesenta del siglo XX. La canción es muy simbólica porque ella deconstruye el romanticismo e invierte las metáforas. Así, dirá: “descubrí que no había camino, ni puerta, y que vivir la auténtica vida significa estar perdido y encontrarse”. Este movimiento que va del ser-ahí caído a la desvelación de la comprensión original implica un desenmascaramiento. Significa comprender el comportamiento impropio del ser caído: la curiosidad, la charla banal, la ambigüedad. Este tránsito, dice Escudero, citando a Heidegger, ocurre porque el ser en sí mismo de la vida accesible en la propia facticidad es de tal tipo, que solo puede ser visto y alcanzado a través de un rodeo por el contramovimiento contra el cuidado “cadente”. Este contramovimiento en tanto preocuparse de que la vida no se pierda, es el modo en que se temporaliza el ser auténtico de la vida que puede ser captado.<sup>14</sup>

En la facticidad, el ser-ahí, al cuidarse de, tiende a vivir ocupándose del mundo; sin embargo, dice Heidegger, “esta propensión a ocuparse del mundo es una actitud a precipitarse en el mundo, caer en él y destruirse”.<sup>2</sup> En este mismo contexto, Heidegger señala que

el *Dasein* existiendo, se es asimismo ahí, aun cuando no se dirige hacia sí mismo expresamente en la forma de un giro o un volver sobre sí, lo que caracteriza la fenomenología como percepción interna en contraposición con la externa. [Es decir], la existencia no es una cuestión de autopercepción, sino que el sí mismo le es al *Dasein* mismo ahí sin reflexión y sin percepción interna antes de toda reflexión.<sup>2</sup>

Continúa el relato de la enferma de cáncer de mama:

Las semanas siguientes a la cirugía fueron de gran felicidad. Ese estado emocional que se percibe

cuando sientes que has tirado algo por la borda. Es al mismo tiempo un vacío existencial y un aligeramiento en el vivir. Es extraño. Fácticamente solo te han quitado unos cuantos gramos de tejido y unos pocos mililitros de sangre. Evidentemente, el peso que me agobiaba no estaba ahí. De todos modos, después de la cirugía yo me percibía distinta. La angustia previa cedió y una especie de agilidad mental me invadió. Fue entonces que reparé en el tiempo vivido, como si de pronto mi historia se abriera y yo pudiera revisarla. Todo mi pasado se hizo presente.

¿Qué puede ser esta felicidad? ¿Tal vez una mera apariencia? Heidegger dice que la ‘caída’ posee una máscara para no horrorizarse de sí mismo.<sup>2</sup> Lo que pensamos es que la angustia se sitúa ante la existencia propia: abre al ser-ahí, en tanto que ente que en su ser le va este mismo.<sup>2</sup>

El tema de mi muerte apareció con la quimioterapia. Uno o dos días después, sobre todo al inicio, no podía levantarme. Realmente sientes que te estás muriendo. Entonces me preguntaba, ¿cómo será mi muerte?, ¿será que me duerma y ya no despierte?, ¿me dará cuenta de que estoy muriendo? Muchas preguntas de este tipo estaban en medio [de] la náusea, el agotamiento extremo y el miedo a morir. No me daba miedo mi muerte en sí misma, sino el cómo sería, qué era eso que parecía estarme llegando desde alguna parte, como si la muerte fuera a venir a matarme. No fue sino mucho después que comprendí que, en realidad, mi muerte no vendría a mí, sino que yo iría a ella. Este pensamiento fue toda una revelación para mí.

En efecto, en términos existenciales, la muerte propia es una revelación. Es justo el contramovimiento al que aludimos arriba. Al cuestionar la facticidad, deviene el temple de ánimo fundamental: la angustia en forma de certeza absoluta de ser así y no poder no serlo. Somos temporales, finitos, mortales: somos un ser para la muerte. La angustia tiene, como todos los temples de ánimo, un poder revelador, una especie de autorrevelación en forma de voz de la conciencia.

Al final del tratamiento, mi visión de la vida había cambiado. Yo sé que la psicoterapia cambia, pero este cambio yo no lo había experimentado. En cierta forma se parece a un autoanálisis. Freud se refirió [a] eso.<sup>2</sup>

La mayoría de los sobrevivientes de cáncer refieren cambios radicales en su comportamiento, lo cual se traduce en modos de ser-en-el mundo. Por otro lado, dado que el tratamiento tiene un fuerte impacto en la identidad física de

la corporalidad, se revela una identidad distinta de la corporeidad.

## Caso 2. Cáncer de pulmón

Se trata de un varón de 53 años, divorciado y sin hijos. Tiene estudios de licenciatura en biología y se desempeña como profesor universitario. En julio de 2017 le diagnosticaron cáncer pulmonar. La cirugía solo fue parcial, debido al tamaño del tumor y se decidió tratamiento con quimioterapia. Vino a la consulta de control por invitación personal y aceptó de buen grado participar en el estudio.

Yo estaba viviendo como adormilado. Tenía bien definidas mis actividades y me sentía bien con mis rutinas. Había llegado a ese punto de la vida en que uno se conforma con lo logrado, tienes un salario clasemediero, ya te dieron una casa a crédito, dejas de estudiar y estás adaptado a la circunstancia que te plantea la vida. En esas condiciones me encontré el diagnóstico. Al principio lo tomé con filosofía, como suele decirse, hasta que tuve el encuentro con el oncólogo; este me dijo con precisión el grado de malignidad, las posibilidades de curación y el pronóstico. Ese fue el primer choque con la realidad.

Agotada la cirugía, solo quedaba la quimioterapia. Ya para entonces estaba yo muy preocupado. El diálogo con el oncólogo había tenido un efecto devastador en mi estado de ánimo. Estaba angustiado, pero no sabía exactamente por qué. Lo cierto es que no dormía, no podía hacer mi trabajo y no podía relajarme. La cita previa a iniciar la primera quimio, el médico detectó mi situación emocional y me dijo que así no podía iniciar. Me mandó con un grupo de personas que estaban en proceso de curación de cáncer. Quedé muy asombrado de la dignidad con que muchas de estas personas estaban afrontando su enfermedad. Hablaban de sus experiencias y de cómo vivieron diferentes etapas. Me avergonzaba saber que había personas con escasos recursos educativos y, sin embargo, mostraban gran entereza. Fue una buena lección de vida. Regresé con el oncólogo decidido a todo. Le dije: "si voy a morir, que sea ya".

Dado que vivía solo, me fui a vivir a la casa paterna. Debía tener ayuda, indicó el médico. Mi mamá se hizo cargo.

El pronóstico era malo a mediano y corto plazo, pero había posibilidades de curación. A eso me aferré. Fue muy duro la quimio y la radio. No sé cómo sobre-

viví. Durante el tiempo que he vivido, nunca pensé en mi muerte. Ese fenómeno no estaba presente en mi vida. Pero el tratamiento rápidamente me despertó esa angustia. Uno empieza a imaginarse la muerte propia y te llenas de pánico. Pero luego te das cuenta [de] que no es para tanto. Al final morirás como tienes que morirte. No es que te resignes; más bien, aceptas la muerte como un hecho inevitable.

Este relato es muy interesante por el énfasis que se pone en el "estado de yecto". Este es el estado de caído, arrojado al mundo de las cosas. Un ente entre los entes en el mundo, llevando una existencia no propia. Estar caído solo significa estar siendo ajeno a sí mismo. No significa estar pasivo, sino adaptado activamente al vivir. A este modo de ser no propio se opone la existencia auténtica, donde la conciencia se revela como un llamado al poder ser en el que se acepta la finitud, no como una condena del destino, sino como nuestra posibilidad más propia. De hecho, la muerte es solo una posibilidad más, la posibilidad más auténtica. Así, uno es proyectado hacia sus posibilidades más propias por venir. Este porvenir nace del pasado y entre el porvenir y el pasado está el presente. Nuestra existencia es fundamentalmente tiempo finito. Por eso dice Heidegger:

Porvenir, 'haber sido' y presente revelan el carácter del 'a por', del 'hacia atrás' y del 'encontrarse con'. La temporalidad es el 'fuera de sí' originario, en sí y para sí. Por eso llamamos éxtasis de la temporalidad a los fenómenos definidos como porvenir, 'haber sido' y presente. (Pues), la muerte en cuanto ser del "ser-ahí" es la posibilidad más peculiar, irrefrenable, cierta y en cuanto tal indeterminada, e irrebalsable del ser-ahí.<sup>2</sup>

## Discusión

Existen pocas investigaciones clínicas que muestren experiencias similares a lo que muestra este estudio. La mayoría de las investigaciones son de corte teórico y desligadas del contexto de la práctica médica.<sup>15</sup> También hay estudios fenomenológicos realizados por personal paramédico;<sup>16</sup> sin embargo, sus resultados tampoco son comparables. Otros estudios similares se refieren a pacientes pediátricos.<sup>17,18</sup> Se han hecho muchos estudios descriptivos de medicina narrativa, en los que los enfermos no son los que hablan en primera persona, objetivo que persigue todo estudio de corte fenomenológico,<sup>19</sup> sino que es común que sea el médico quien narre la experiencia del enfermo o este lo hace en segunda persona.<sup>20</sup> En tal virtud, pensamos que este trabajo es original y corresponde a una línea de investigación que busca estudiar el sentido existencial del padecer.

## Conclusiones

Narrar el sufrimiento propio no parece una tarea sencilla para el enfermo. Sobre todo, si se trata de hablar del sufrimiento agudo en el momento mismo del acontecimiento. En esta investigación se pone de manifiesto que los pacientes reconstruyen su experiencia a partir del pasado. Sin embargo, en todos los casos el haber sido viene al presente, porque desde este se han abierto posibilidades de provenir. Sin duda, la experiencia de padecer es un fenómeno existencial.

La narrativa de los pacientes es muy poco clínica. Obviamente, los enfermos no saben de medicina y no necesitan saber. El enfermo habla de su mundo, de sus

preocupaciones, sus ansiedades, mitos y fantasías. Entender eso debiera ser un deber profesional del médico tratante. Pero eso requiere tiempo, paciencia, tolerancia y vocación humana. En general, el médico actual carece de estos atributos. Preocupado por la técnica, aferrado a las evidencias científicas, ha olvidado el fundamento que para la medicina mágico-religiosa era sagrado: buscar el alma en la medicina.<sup>21</sup>

.....  
**Declaración de conflicto de interés:** el autor ha completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

## Referencias

1. Heidegger M. Ser y Tiempo. Trad. Jorge Eduardo Rivera, Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1993.
2. Heidegger M. El ser y el tiempo. Trad. José Gaos, México: Fondo de Cultura Económica; 2018.
3. Merleau-Ponty M. Fenomenología de la percepción. Buenos Aires: Planeta-De Agostini; 1994.
4. Heidegger M. Principios metafísicos de la lógica. Trad. Juan José García Norro, Madrid: Síntesis; 2007.
5. Lifshitz A. La nueva clínica. México: Academia Nacional de Medicina; 2014. p. 72.
6. Karényi K. Imágenes primigenias de la religión griega. I. El médico divino. Trad. Brigitte Kielmann, México: Sexto Piso; 2009. p.81.
7. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine. London: BMJ Publishing Group; 1998.
8. Carrió S. Aproximaciones a la medicina narrativa. Rev Hosp Ital B Aires. 2006;26(1):14-9.
9. Carranza BO. La Salud y la enfermedad como existencialistas del Dasein. Morelia: Tesis doctoral. Instituto de Investigaciones Filosóficas "Luis Villoro". Morelia: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; 2020.
10. Ricoeur P. Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II. Trad. Pablo Corona, México: Fondo de Cultura Económica; 2002.
11. Searle J. Actos de habla. Ensayos de filosofía del lenguaje. Trad. Luis M. Valdés Villanueva, Buenos Aires: Planeta-De Agostini; 1994.
12. Ricoeur P, Aranzueque G. (ed.). Narratividad, fenomenología y hermenéutica. Horizontes del relato. Lecturas y conversaciones con Paul Ricoeur. Trad. de G. Aranzueque. Madrid: Cuaderno Gris; 1997.
13. Lennon J, McCartney P. The Long and Winding Road. USA: The Beatles. Let It Be. Apple Records; 1970.
14. Escudero JA. El joven Heidegger. Un estudio interpretativo de su obra temprana al hilo de la pregunta por el ser. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2000. p. 359
15. Sanz-Peñuelas M. Fenomenología y enfermedad: aproximaciones al estudio de la experiencia patológica a la luz del «primer Heidegger». Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2017.
16. Ramírez-Perdomo CA, Chacón-Cuéllar E, Perdomo-Romero AY. Enfrentar la dureza de la enfermedad crónica, retos de la diada: cuidador/persona cuidada. Cultura de los Cuidados. 2018;22(52):46-57.
17. Zas-Roy MA. Impacto de la enfermedad crónica oncológica infantil: percepción de las familias y de las enfermeras. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2018.
18. Ordoñez-Vázquez NA, Monroy-Nasr Z. Experiencia de familiares de enfermos con cáncer terminal respecto a las decisiones al final de la vida. Nova Scientia. 2016;8(17): 492-514.
19. Expósito-Ropero N. Método fenomenológico en los seminarios de Zolikon de Martin Heidegger. Differentz. 2016;2:35-49.
20. Díaz-Cortés MM. Estudio fenomenológico sobre la muerte digna en unidades de urgencias hospitalarias. Tesis doctoral. España: Universidad de Almería; 2016.
21. Szczeklik A. CORE. Sobre enfermos, enfermedades y búsqueda del alma en la medicina. Trad. Víctor Benítez Canfranc y María del Pilar Lema Quintana, Barcelona: Acantilado; 2013. p. 73.

.....  
**Cómo citar este artículo:** Carranza-Bucio O. Narrativa del cáncer y análisis hermenéutico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2021;59(5):457-62.