

VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2004.

Las Ciencias Sociales redefiniendo su objeto. Un estudio sobre el cáncer.

Natalia Luxardo.

Cita:

Natalia Luxardo (2004). *Las Ciencias Sociales redefiniendo su objeto. Un estudio sobre el cáncer. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-045/691>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Las Ciencias Sociales redefiniendo su objeto. Un estudio sobre el cáncer.

Lic. Natalia Luxardo,
Centro Argentino de Etnología Americana (Conicet) palish@hotmail.com

Introducción

El cáncer, después de las enfermedades cardiovasculares, es la segunda causa de muerte en las sociedades urbanas contemporáneas, incluida la Argentina (Ministerio de Salud 2001), no obstante ello las perspectivas teóricas que lo abordan son esencialmente la medicina alopática, la epidemiología y la psicología (psico-oncología). A diferencia de otras enfermedades como las relacionadas con la salud mental, el VIH, etc. donde hay una producción teórica multidisciplinaria rica, pareciese haber una especie de parálisis de las Ciencias Sociales latinoamericanas en la construcción del cáncer como objeto de conocimiento¹. Este trabajo plantea la necesidad de realizar un análisis del cáncer a través de categorías analíticas producidas por las Ciencias Sociales y rescatar de este modo las dimensiones sociales, culturales e históricas de la enfermedad. Dicho estudio forma parte del proyecto "Cáncer. Historia, representaciones y terapias" (1998-presente) que venimos desarrollando en el Centro Argentino de Etnología Americana (CAEA) con financiamiento del CONICET.

Está enmarcado dentro del campo de la sociología y la antropología médica, específicamente dentro de aquellas escuelas de pensamiento asociadas a la fenomenología, perspectiva esencial para trabajar con metodologías cualitativas.

Los dos ejes temáticos que nos propusimos como objetivos han sido:

- 1- Estudiar las representaciones, vivencias y maneras de *tener cáncer* que la población afectada construye para entender que es lo que tienen y por qué. El énfasis en esta sección está puesto en comprender sentidos y significados que los propios actores le adjudican a esta nueva situación.
- 2- Conocer las acciones que los actores involucrados llevan a cabo para tratar su dolencia. Para ello reconstruiremos los caminos terapéuticos que recorren estas personas en la búsqueda de una cura y/o alivio a su

problema desde la categoría analítica que varios autores ha denominado como *sistema etnomédico*.

En esta oportunidad, presentaremos exclusivamente el primer eje haciendo previamente hincapié en el enfoque teórico y metodológico desde el cual lo abordamos.

1. Dimensiones teórico-metodológicas del estudio

El marco conceptual y metodológico en el que nos basamos es el de las denominadas micro sociologías norteamericanas (post parsonianas) y el de las corrientes centradas en los significados de la antropología médica (Good 1994; Kleinman 1988) ya que ambos campos aportan herramientas metodológicas (cualitativas) esenciales para el estudio de los significados sociales.

Con respecto a los métodos cualitativos en el campo de la sociología, éstos comienzan a divulgarse con las investigaciones de la Escuela de Chicago entre 1910-40 que constituyeron estudios detallados de observación participante sobre la vida urbana. Este tipo de trabajos declinaron durante las décadas del '40 y '50 con el predominio que adquirieron las grandes teorías (Parsons 1951) y los métodos cuantitativos. Alrededor de 1960 resurgen las perspectivas teóricas y escuelas de pensamiento asociadas con la fenomenología: el modelo dramático de Goffman (1959), la sociología del conocimiento de Berger y Luckman (1967), el interaccionismo simbólico (Blumer 1969) y la etnometodología (Garfinkel 1967; Turner 1974) entre otras².

La posición teórica que tomamos contiene elementos, principalmente, de estos dos últimos enfoques, que hacen énfasis por un lado, en la importancia de los significados sociales que las personas le asignan al mundo (interaccionismo simbólico) y, por otra parte, en como las personas mantienen un sentido de realidad externo, es decir, como aplican “reglas culturales” abstractas y percepciones de sentido común a situaciones concretas (etnometodología).

En el campo de la antropología médica nos ubicamos dentro de la corriente denominada “tradición centrada en los significados”, cuyo eje principal es que la

enfermedad no es una entidad natural y externa a la cultura sino un modelo explicativo. Proclaman que la enfermedad no puede ser entendida por fuera de la cultura, y esta última no es simplemente su representación sino la instancia de constitución de la misma. A diferencia de otras posiciones que han negado o reificado la influencia de la biología, el paradigma interpretativo ha tomado una posición interaccionista; como bien señala Good (1994) la biología junto a las prácticas sociales y a los significados interactúan en la construcción de la enfermedad como un fenómeno social y experiencias de vida, dentro de determinados contextos de relaciones de poder.

Este paradigma propone focalizar el análisis en los sentidos y significados que la enfermedad tiene para una persona. Supera al paradigma cognitivo, aunque también toma elementos de este, en un proceso de construcción en torno a determinado aspecto del mundo circundante que estructura opiniones, conceptos, expectativas, percepciones, deseos, miedos, visiones desde el punto de vista del actor. Los estudios situados dentro de este paradigma, particularmente en lo que se refiere al campo de la salud; han sido criticados porque se han centrado en aspectos rituales y simbólicos (acciones, valores, creencias) de pequeños grupos aislándolos muchas veces de contextos económicos, políticos e ideológicos concretos, o sea, sin realizar una deconstrucción crítica e histórica de las categorías involucradas (Grimberg 1995).

Algo similar señala Auyero sobre las sociologías de lo micro recientemente señaladas, “la escasa atención prestada a los determinantes estructurales que condicionan y dan forma a los actores antes de entrar en ciertas interacciones hace que su perspectiva- aún cuando fructífera- sea limitada” (1999:61).

Consciente de ello, sin embargo, creemos que al menos en un primer momento, abordajes de la tradición micro-interaccional son los más útiles para poder *comprender* estos fenómenos sociales.

Por último, los métodos utilizados han sido cualitativos. Las técnicas de recolección de datos incluyeron entrevistas abiertas extensas y recurrentes tanto a pacientes con cáncer internados en hospitales³ como también a su grupo de cuidado (familiares y amigos). En ocasiones se reconstruyó la historia de vida de

esa persona, sobre todo cuando consideramos necesario ver el impacto que tuvo el cáncer en esa biografía particular; para ello las entrevistas las realizamos en su propio contexto (su casa). La técnica de grupos naturales (Coreil 1995) ha surgido espontáneamente mientras realizábamos observaciones en el hospital de día donde los pacientes recibían la quimioterapia, instancia en la que solían formarse grupos de charlas informales sobre los más diversos temas, pero, básicamente, el cáncer y el tratamiento que estaban recibiendo. La observación participante fue axial durante todo el trabajo de campo, sin embargo fue mucho más importante y rica cuando no nos identificaban con el equipo de salud de la institución.

Por último, realizamos análisis de narrativas, en las que el dolor, el sinsentido del ¿Por qué a mí? adquieren una forma, se sistematizan en un discurso y a través del lenguaje se ensayan explicaciones sobre el origen, en un espacio, en un tiempo y las causas posibles de su aparición (Garro 2000). En definitiva, no son simples relatos de vida sino relatos sobre el sentido de la propia existencia que unen las circunstancias particulares de esa persona con cáncer con las expectativas sociales del momento socio-histórico en el que se encuentra.

2. Trabajo de campo: representaciones, vivencias y maneras de *tener* cáncer.

Acerca de la identificación del cáncer

En este punto quisimos conocer como las personas habían reconocido o notado la presencia del cáncer en su propio cuerpo. Intentamos reconstruir las percepciones e imágenes con las que se manifiesta inicialmente el cáncer. Las respuestas que obtuvimos las agrupamos en las siguientes categorías: por el dolor, por modificaciones en algún órgano o por un diagnóstico externo.

La mitad las personas entrevistadas manifestaron haber empezado a notar que algo andaba mal con su cuerpo, tanto por sentir dolor como por verse imposibilitados de realizar algo dentro de su rutina diaria.

Algunos expresaron haber acudido al médico simplemente ante la identificación de modificaciones corporales. Otro aspecto de esta dimensión tiene que ver con la agudización de las incipientes manifestaciones, básicamente las reacciones más comunes fueron comentarlas con alguien de confianza (amiga, pareja, padres), tratando de encontrar alguna explicación lógica en el contexto de la intimidad del sujeto. Sin embargo, la señal de alerta la configuran la agudización de ese primer indicio y/o la asociación de un nuevo síntoma.

Un rasgo recurrente encontrado en los relatos de estas dos primeras categorías es la referencia a la persistencia del dolor como principal indicador de alerta, en la mayoría de los casos es un dolor soportable, sin embargo la dimensión temporal de *ser continuum* es lo que produce la sensación de peligrosidad en la persona sufriente.

Csordas (2002) propone una distinción conceptual entre enfermedad como entidad o como proceso. Entiende que el paradigma biomédico predominante clasifica a las enfermedades como entidades discretas, situación que no encontró entre las clasificaciones de los grupos que estudió, como por ejemplo los navajos, para quienes la enfermedad era más un acontecimiento o proceso que una entidad específica. También entre nuestros informantes encontramos ello. La vivencia del cáncer como un proceso paulatino de desmejoramiento físico, de un continuo deterioro de la imagen personal y de la autoestima con exigencias de renuncias a lo placentero y gratificante (comidas, actividades laborales, recreativas, etc.).

Sin embargo, las proyecciones sobre como tratarlo apuntan a entender al cáncer como una entidad palpable y concreta. Pareciese haber una contraposición entre lo que es la enfermedad entendida como un proceso y la enfermedad como materialidad en el cuerpo cuya terapéutica básica es la expulsión. De acuerdo a las hipótesis etiológicas que propone Laplantine, el cáncer sería visto desde un modelo exógeno de enfermedad.

Por último, encontramos los que descubrieron que estaban enfermos por un diagnóstico externo (biomédico). Muy pocos fueron los entrevistados que manifestaron haberse enterado del diagnóstico oncológico recién en los controles

para la detección precoz del cáncer. Con respecto a esto último podemos plantearnos algunas cuestiones; por ejemplo, hemos notado que hay conocimiento sobre las nociones de prevención y la importancia de los mismos que, sin embargo, no siempre se traduce en las conductas que los planificadores de esas campañas esperan y está dando cuenta de todos los otros condicionantes (además de la "justificación racional") operando en la decisión de las personas de "controlarse o no controlarse".

Por otra parte, hubo una constante referencia de parte de los pacientes a presentimientos, intuiciones, premoniciones. Antes de tener la confirmación de un diagnóstico oncológico, las formas en que se va presentando el cáncer en la vida de la persona notamos dos posibilidades antagónicas, una que llamamos "la inquietud angustiante" y la otra "la certeza aceptada".

La inquietud angustiante encierra la premisa "acá hay algo que no cierra".

Personas con cáncer que aunque todavía no lo han confirmado, viven en la incertidumbre frente a la sensación de que algo está mal con su cuerpo, más allá de lo que digan los otros. No se sabe específicamente que es y se busca en el otro definiciones que a veces son desestimadas porque no terminan de saciar la incertidumbre de percibir un fantasma invisible a los ojos de los demás que se hace presente a través de palpitos y premoniciones.

La otra posición, la certeza aceptada constituye, en otras palabras "lo que ya sé", conlleva la seguridad de lo que se tiene, a pesar de no contar todavía con un diagnóstico oncológico. Chistes, humor, resignación. Los otros, tejiendo una red de "protección" al paciente de la mala noticia, un filtro que el enfermo ya conoce, muchas veces participando de distintas maneras de la farsa:

Una dimensión analítica que no había sido contemplada pero que surgió inductivamente mientras codificábamos el material es la que tiene que ver con el ¿Por qué a mí?, es decir, el sentido de la aparición del cáncer en la vida de una persona. Aquí escuchamos pacientes que veían en la enfermedad algún tipo de mensaje existencial, cumpliendo una función. En oposición a aquellos que veían en la aleatoriedad del cáncer un designio "sin sentido" de la vida, otros encontraban en él alguna función moral, entre ellas, la de castigar por culpas

pasadas o mostrar al mundo una vida de sufrimiento. En estos casos el cáncer aparece el sello que dejó en el cuerpo de esa persona las situaciones vitales frustrantes, injustas, sacrificadas.

Acerca de la dolencia

En esta instancia nos interesaba detenernos en conocer en qué consistían las representaciones del cáncer que elaboraban los propios pacientes. Pudimos distinguir tres estados que dieron cuenta desde la subjetividad de la persona en que situación se encontraban. Al primero de ellos lo denominamos “la presencia” y es el estado en el que esta enfermedad fue incorporada a la vida de esa persona y constituye la nueva realidad; en el segundo, “la búsqueda”, hay un estado de incertidumbre, donde puede estar contemplada la posibilidad de tener cáncer y aunque todavía no hay certezas (al menos explícitas) pareciesen estar avanzando en sentido lineal hacia ello; por último, las situaciones en las que están en otro paradigma de explicación, el cáncer no está como horizonte de probabilidad sino que se ha cerrado el diagnóstico en otra dirección, situación a la que llamamos como “la alternativa”.

Respecto de “la presencia”, muy pocos manifestaron explícitamente tener cáncer y en algunos casos sin cerrar el diagnóstico de manera definitiva. El resto habló del cáncer sin hacer referencia a tal terminología, sino mencionándolo como “un problema”, “la enfermedad”, “el mal”, “eso”, “la enfermedad fea”, “la enfermedad terrible” y “la enfermedad fatal”.

Específicamente en “el mal”, hay una connotación de fatalidad, destino, mala suerte, el “me tocó el mal” da cuenta de una suerte de resignación ante un designio incontrolable para el sujeto pasivo y receptor. La referencia al cáncer como “eso” señala una distancia entre la persona y la dolencia, marcando aquello que se ha vuelto ajeno en el propio cuerpo; no hablan de “esto que tengo” (como puede escucharse en situaciones menores de enfermedad, por ejemplo una congestión nasal) sino de “eso que tengo”, resaltando el carácter de alteridad, de desprecio, de temor, como si la enfermedad adquiriese una autonomía

amenazante (Good,1994). El carácter tabú del cáncer expresa la calidad de negativa con la que éste carga y se visualiza en la continua evitación de nombrarlo, es decir, la enunciación de la palabra le otorga realidad y podría afectar aún más al enfermo o a alguien del entorno cercano.

Entre las explicaciones que encontramos en la categoría “la búsqueda”, las personas mencionaban síntomas aislados: fatiga, presión, algo que crece, manchas blancas por todo el cuerpo, dolor en el estómago, tos persistente.

Mishler (1981) ha notado como los pacientes transmiten problemas vagos o difusos, algo que denominó “fase no organizada de la enfermedad”, en la cual solo un subgrupo de síntomas pueden ser seleccionados como significativos en el conjunto de quejas propuestas. Los síntomas a los que suelen aludir no implican gravedad sino que pareciese que están hablando de episodios menores de enfermedad que en modo alguno contribuyen a comprometer la vida del paciente. Un importante número de casos dentro de esta categoría, cuando se le preguntó sobre la enfermedad respondió sobre el tratamiento o sobre los métodos diagnósticos.

Como ha notado Good, las narrativas de enfermedad se van a ir modificando de acuerdo a las respuestas (o no) que vayan obteniendo. Desde los actores sociales, un buen diagnóstico debe ser seguido de una terapia exitosa, que cure la enfermedad o alivie al menos los síntomas más acuciantes, es por ello que salvo las personas que tuvieron el diagnóstico oncológico durante un chequeo de rutina, llegan al “cáncer” después de haber agotado múltiples diagnósticos tentativos realizados en diversos contextos (médico de confianza, opinión de algún amigo, propia percepción). Algunas personas señalaron no saber que es lo que tenían pero remarcando la responsabilidad médica de no decirles.

Por último están las descripciones sobre los padecimientos hechas en otro paradigma de explicación que no es el oncológico, al que llamamos “la alternativa”. Algunos señalaban enfermedades que nada tenían que ver con el motivo de la internación, como las dolencias que estaban padeciendo. Entre ellas mencionaron pólipos en los intestinos, resfríos mal curados, hemiplejía y cálculos en la vesícula. Este último órgano fue el más nombrado como supuesto (o primer

supuesto) causante del malestar. Surgieron las causas relacionadas como la dolencia en sí, utilizándolas para explicar que es lo que el paciente tiene.

Tal percepción de la dolencia descrita a partir de las causas la notamos en los casos en que estas últimas eran señaladas como responsabilidad de la biomedicina.

Acerca de las causas

Encontramos que solamente un pequeño número de personas apuntaron a identificar los factores explícitos que veían como responsables del cáncer, la gran mayoría realizaron una especie de corte transversal en la cotidianidad de sus vidas al momento de la aparición del cáncer.

a)- Las narrativas

Casi todas las personas entrevistadas cuando respondieron sobre que pudo haber causado su enfermedad, realizaron una narrativa sobre su vida.

Específicamente sobre alguno de estos tres puntos: génesis de la dolencia, descripción de sí mismo y/o descripción del contexto cotidiano de esa persona.

En la génesis de la dolencia aparecen remarcados los nudos del conflicto durante la historia de la enfermedad, como una manera sutil y ambigua de mostrar responsables/responsabilidades en el surgimiento del cáncer, y entre ellos son continuas las referencias a la interacción con la biomedicina.

Entre estos responsables, también se incluyen ellos mismos, especialmente mencionando conductas preventivas conocidas pero no realizadas. Surgen relatos en los que mientras se describe el origen de la dolencia también realizan descripciones de sí mismos, relatos en los que se muestra quien es esa persona, o al menos como era hasta antes de enfermarse.

El contexto cotidiano de la persona también es traído continuamente. Castro (2000) ha notado como las personas narran sus historias de enfermedad refiriéndose constantemente a sus seres queridos y al contexto de su vida cotidiana, esto permite mostrar la seriedad de los síntomas, al ejemplificar el

contexto como el alcance de la interrupción de las relaciones personales cotidianas.

b)- Factores causales mencionados

Respecto a las causas mencionadas, las pudimos distribuir en algunas de las clasificaciones comúnmente realizadas por la biomedicina: factores externos, estrés, herencia genética y otras categorías que no están contempladas por la biomedicina como factor causal, ellas son el azar y la envidia. La categoría de mayor importancia numérica es la que denominamos “azar”, en la que no hay culpas sino una suerte de designio para el sujeto de esta fatalidad. Castro (2000) demuestra que ciertas personas hacen referencias a los padecimientos como males que aparecen inesperadamente, surgiendo de la nada; son vividas como si fuesen entidades autónomas que existen fuera del cuerpo y que le pueden caer a cualquiera. Esta perspectiva de causalidad conlleva un sentido de aleatoriedad y la percepción de que el individuo es una víctima frente a la enfermedad.

En segundo lugar aparecen los factores externos, entre ellos señalaron al cigarrillo, ciertos productos químicos, el humo y la comida. Con respecto a esta última decidimos incluirla en esta categoría cuando hacían referencia a ciertos componentes nocivos de éstas como posibles responsables (conservantes, estabilizantes), mientras que las consideramos dentro de “Estrés” cuando no hablaban de la comida en sí sino en la manera en que la ingerían (nerviosa, apurada). Los productos químicos señalados tenían que ver con el trabajo que realizaban (limpiar tanques en barcos, fábrica de cloro) o la proximidad a alguna fábrica, aunque pueden haber pasado muchos años de ello.

De menor frecuencia que las dos anteriores, pero igual cantidad de respuestas entre ellos también mencionaron al estrés y a la herencia genética. Respecto al estrés hacían hincapié mayoritariamente a problemas laborales, como consecuencia de ello empezaron a tener actitudes que afectaron negativamente el ritmo normal de las actividades diarias (la alimentación, el sueño, el ir al baño, la sexualidad). Personas que antes de tener el diagnóstico de cáncer tuvieron grandes disgustos, meses previos llenos de tensión y presiones (laborales,

familiares), situaciones de alta carga emocional, conllevando a una continua sensación de nerviosismo y ansiedad.

De igual manera, una amplia gama de respuestas sobre el estrés señaló como responsable en la aparición del cáncer al estilo de vida que la persona había llevado hasta ese momento, es decir, factores que apuntaban a lo socio-emocional, principalmente aquellos que se calificaron como “antisociales”, introvertidos y con dificultades para expresar desacuerdos y enojos. También personas que tuvieron que hacerse cargo de demasiadas responsabilidades (temprana muerte de cónyuge, hijos mayores de padres separados, etc.) que derivó en crecientes exigencias y presiones del entorno que empezaron a considerarlo como el “pilar”.

La herencia genética aparece marcando tanto una predisposición a padecerlo o como siendo un factor de protección. Sobre esto último podemos ver como la falta de una experiencia social como horizonte de significados compartidos que faciliten y permitan la interacción también entorpece el reconocimiento de esta nueva situación de enfermedad. Así, desde el acervo de conocimientos adquiridos en base a la experiencia, las personas realizaban una primera significación de los síntomas en relación con las vivencias de enfermedades previas; y cuando el diagnóstico es inminente pueden encontrar en el cáncer el empeoramiento con una consecuente transformación cualitativa de una enfermedad previa, o de una dolencia ya vivida.

Por último, una de las causas que apareció en el relato de tres pacientes (y mencionadas en otro momento de la entrevista, como “al pasar”) fue la de un daño producto de la envidia. Si bien no hubo una asociación unicausal e inmediata de la envidia provocando el cáncer, fue considerada como un factor de gran incidencia en su aparición.

Lo interesante es que nunca apareció como primera respuesta, ni siquiera durante la primera entrevista sino cuando ya habían entablado una suerte de familiaridad y confianza con la entrevistadora.

Medicina convencional, algunas observaciones.

Por último, fue inevitable no tener en cuenta las percepciones y representaciones que surgieron por parte de los pacientes sobre los tratamientos alopáticos que estaban realizando, y que eran continuamente mencionados. De los incidentes sistematizados en este punto, encontramos básicamente tres situaciones que llamamos:

- Desconfianza hacia la biomedicina
- Descubrir la impotencia
- La apuesta

El primer punto, sintetizado por la frase de un paciente “es peor el remedio que la enfermedad” (sic) lo notamos en la mitad de los entrevistados. Desde los métodos diagnósticos (como por ejemplo las biopsias u estudios dolorosos y molestos como la endoscopía) manifestaron algún tipo de rechazo, un escepticismo sobre si realmente servirá para algo, o más aún, si no empeorará las cosas.

Los tratamientos de la biomedicina para enfrentar el cáncer son percibidos (aún antes de haberlo experimentado personalmente) tóxicos, agresivos y nocivos. Pueden llegar a implicar amputaciones, muchas veces rechazadas aún a riesgo de morir. Además, los tratamientos son cuestionados de causar más mal que mejoría, como la quimioterapia (“es un veneno”) y en menor medida, la radioterapia (“te queman

La categoría denominada “la impotencia” refleja la decisión familiar y biomédica de no hacer sufrir más al paciente con tratamientos y estudios; la cual conlleva una sentencia implícita “la pelea ya está perdida”, que no evalúa si el impacto anímico de esta resolución no es más demoledor que el tratamiento para esa persona en particular.

“La apuesta” cristaliza la confianza en los tratamientos biomédicos y el deseo de realizarlos, algo que usualmente sucede o bien al inicio de cualquier tratamiento, o al inicio de la enfermedad y que está relacionado con las experiencias previas de cáncer que esa persona tenga. No es lo mismo aquella familia en la que alguno de sus miembros ya ha pasado previamente las vivencias diarias involucradas en

la realización de tratamientos oncológicos que aquellos para quienes el cáncer es una experiencia nueva.

También reaparece este jugarse “el todo por el todo” ante estados físicos sumamente deteriorados, es decir, cuando ya la situación de enfermedad implica un gran sufrimiento, experiencias de dolor crónico, deterioro continuo de capacidades funcionales el temor o rechazo a las consecuencias que puedan tener los tratamientos biomédicos pareciesen tener un rol menos importante en la decisión de no realizarlos.

Consideraciones finales

El análisis del cáncer desde enfoques asociados a la fenomenología ha permitido mostrar como se relaciona la experiencia vivida de esta enfermedad, “plagada” de cargas simbólicas altamente negativas, con los sentidos intersubjetivos del contexto.

Centrarse en dimensiones de lo micro constituye un lugar privilegiado para el estudio de las vivencias y los sentidos que los sujetos otorgan a su existencia, a las circunstancias en la que se encuentran. En este ámbito de lo micro se despliega desde el impacto emocional que implica definirse como una persona con cáncer hasta los cambios de roles, la reorganización de la vida cotidiana y de los vínculos sociales que dicha situación de enfermedad demanda, además todo lo que involucra el hecho de tener que seguir viviendo con una perspectiva de peligro inminente.

Creemos que las Ciencias Sociales tienen herramientas irremplazables para sumergirse en dicha red de significaciones, y permiten estudiar el cáncer desde categorías que respeten, con la mayor fidelidad posible, las nociones de los propios actores involucrados.

Referencias bibliográficas

Auyero, J. Caja de Herramientas. El lugar de la cultura en la sociología norteamericana. Universidad Nacional de Quilmas. 1999

Berger, P. y Luckman, T. La construcción social de la realidad. Amarrortu Editores. Argentina 1989

Blumer, H Symbolic Interactionism: Perspective and Method. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall. 1969

Brodwin, P. Symptoms and Social Performances: The Case of Diane Reden. En: Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective. Mary-Jo Del Vecchio, Paul E. Brodwin, Byron J. Good and Arthur Kleinman (editores). Berkley: University of California Press. 1994

Coreil, J. Group interview methods in community health research. Medical Anthropology , 16 (3). 1995

Csordas, T.

1983 The Rhetoric of Transformation in Ritual Healing. Culture, medicine, and Psychiatry, 7.

1990 The 1988 Stirling Award Essay: Embodiment as a Paradigm for anthropologist. Ethos, 18.

1994 Embodiment and Experience: Existential Ground of Culture and Self. Cambridge: Cambridge University Press.

Csordas, T. y A. Kleinman

1996 The Therapeutic Process. En: Sargent and Johnson (Eds.), Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method. Westport y London: Praeger Publishers.

Duarte Nunes,E. Tendencias y perspectivas de las investigaciones en Ciencias Sociales en Salud en América Latina: una visión general. Documento básico presentado en Ecuador del 29 de noviembre al 2 de diciembre de 1983.

Garfinkel, H.Studies in Ethnomethodology. Englewood Cliffs: Prentice Hall. 1967

Garro, L. C.

1994 Chronic Illness and the Construction of Narratives. En: Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective. Mary-Jo DeVecchio, Paul E. Brodwin, Byron J. Good and Arthur Kleinman (editores). Berkley: University of California Press.

2000a Cultural Knowledge as Resource in Illness Narratives: Remembering through Accounts of Illness. En: Narrative and the Cultural Construction of illness and Healing. Cheryl Mattingly y Linda Garro (editores). Berkley: University of California Press.

Goffman,E. The Presentation of the Self in Every Day Life. Doubleday. New York. 1959

Good, B.

1994a A Body in Pain. The Making of a World of Chronic Pain. En: Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective. Mary-Jo DeVecchio, Paul E. Brodwin, Byron J. Good and Arthur Kleinman (editores). Berkley: University of California Press.

1994b Medical Anthropology and The Problem of Belief. En: Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press.

Grimberg, M.

1995 Teorías, propuestas y prácticas sociales. En Cultura, salud y enfermedad. Temas en antropología médica. Comp. Alvarez, M./ Barreda, V. Instituto nacional de antropología y pensamiento latinoamericano.

1998 VIH/SIDA y Proceso Salud- enfermedad-atención: Construcción social y relaciones de hegemonía. En Programa del Seminario Taller de Capacitación de Formadores. Organizado por: Proyecto de control del Sida y ETS-LUSIDA

Hunt, Linda M. Strategic Suffering: Illness Narratives as Social Empowerment among Mexican Cancer Patients. En: Narrative and the Cultural Construction of illness and Healing. Cheryl Mattingly y Linda Garro (editores). Berkley: University of California Press. 2000

Husserl, E. Ideas relativas a una fenomenología pura y filosofía fenomenológica. México: FCE. 1949

Idoyaga Molina, A.

1999a La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina). Scripta Ethnologica, XXI.

2001b Etiologías, síntomas y eficacia terapéutica. El proceso diagnóstico de la enfermedad en el Noroeste argentino y Cuyo. Mitológicas, XVI.

2002a Culturas enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina. Buenos Aires: CAEA-CONICET.

Kleiman, A.

1978 Culture, Illness and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-cultural Research. Annals of Internal Medicine, 88.

- 1980 Patients and healers in the context of culture. University of California Press: Berkeley.
- 1988 The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition. New York: Free Press.
- 1991 Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience. Culture, Medicine and Psychiatry, 15.
- Ministerio de Salud Estadísticas Vitales. Información Básica año 2000. Dirección de Estadística e Información de salud.2001
- Mishler, E. Viewpoint: critical perspectives on the biomedical model. En Mishler (Ed.) Social Contexts of health, illness and patient care. Cambridge University Press. 1981.
- Parsons, T. The Social System. Free Press. Nueva York. 1951.
- Schutz, A.- Luckman, T. Las estructuras del mundo de la vida. Amarrortu Editores. Buenos Aires .2001
- Taylor S.J. y R. Bodgan Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós. 1996
- Turner, V. An Ndembu Doctor in Practice. En: Magic, Faith, and Healing, Ari Kiev (ed.). New York: Free Press. 1964

¹ Una revisión realizada en 1980 por el Comité Asesor de Investigaciones sobre Ciencias Sociales clasifica a la producción científica desde 1950 hasta 1980 en 4 grandes temas: Medicina Tradicional, Servicios de Salud, Formación de Recursos Humanos y Proceso de Salud-Enfermedad. Dentro de esta última categoría se incluyeron aquellas investigaciones que puntualizaban el análisis en los aspectos sociales de las enfermedades tropicales, crónicas (como el cáncer) y genéticas, las cifras que obtuvieron no alcanzaba a representar el 3% de la producción total (Duarte Nunes 1983).

² Como la sociología de lo absurdo y la sociología existencial.

³ Marie Curie, Instituto A. Roffo y Sanatorio Julio Méndez