

VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia, 2007.

El Cuerpo en Fragmentos. Cáncer de Próstata, Masculinidad e Imagen Corporal. Valdivia, Décima Región. 2006-2007.

Cristian A. Carreño Balboa.

Cita:

Cristian A. Carreño Balboa (2007). *El Cuerpo en Fragmentos. Cáncer de Próstata, Masculinidad e Imagen Corporal. Valdivia, Décima Región. 2006-2007. VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/vi.congreso.chileno.de.antropologia/22>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eCzH/c0a>

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>.

El Cuerpo en Fragmentos. Cáncer de Próstata, Masculinidad e Imagen Corporal. Valdivia, Décima Región. 2006-2007

The Body in Fragments - Prostate Cancer, Masculinity and Body Image

Cristian A. Carreño Balboa*

Resumen

La presente investigación busca exponer e indicar el trabajo bio-psico-social con temas relacionados a *calidad de vida* de sujetos insertos en «Programas de Continuidad de Cuidados» (con relación anterior y posterior), donde considerar la fragilidad del conjunto en el cual el sujeto se conjuga (físico, emocional, relaciones sociales) es una condición que enfrenta al sujeto-paciente terminal o egresado, con un último encuentro -violento- con su condición de sujeto, o sea, se debe explorar el sentido y la significación integral y asociada a la construcción-apropiación de identidad, implicando un aditivo paliativo concreto sobre una condición de individuo sólo medicado y hospitalizado.

Palabras Claves: Cáncer prostático, masculinidad, imagen corporal, PAD y CP, calidad de vida, antropología y salud.

Abstract

This research tries to expose the work with bio-psychosocial issues related to quality of life about subjects insert in «Continuity of Care Programs» (before or after), which consider the fragility of the set where the subject combines (physical, emotional, social relations) as a condition that faces the subject-patient terminal with a -violent- ending with its status of subject, or should explore the meaning and significance associated with comprehensive and the construction-appropriation of identity, implying an additive-palliative concrete on a condition of the individual medicated and hospitalized only.

Keywords: prostate cancer, masculinity, body image, quality of life, palliative care, health and anthropology.

I. Presentación

Existen aspectos poco concurridos, abreviados y reducidos en la temática sociocultural, los que conviven con el silencio y la opacidad, aspectos que se presentan como la peor de las estrategias para lograr observar el impacto de los hechos en el mundo de los ruidosos prólogos del conocimiento, donde las referencias al tema de la salud en ciencias sociales, y en especial para la Antropología, no es suficiente con sólo conveniernos de un *estado de bienestar físico, emocional, psíquico y social*, sino que el tema parte por enfrentar un complejo proceso donde los hechos socioculturales apuntan a los sujetos y a las formas con las cuales se relacionan con las estructuras y significados de lo que es señalado como «lo sanitario», aspecto integral como problemática inmediata y amenazante.

Lo descrito como «salud» es parte de las herramientas de lo sano, de lo estable, así como de la molestia, de la envidia, y de la misma forma dentro de los recursos de la religiosidad, de lo ajeno como malestar, del pesar de la comunidad. Que además de circular entre la abreacción y la transferencia como herramientas de la explicación pragmática, se impregna de sentido a través de la eficacia simbólica de los usos de lo sanitario, del «*estar bien*».

El objetivo general apunta a describir las características socioculturales asignadas al cáncer prostático, masculinidad e imagen corporal, que poseen los sujetos-usuarios del Programa Alivio al Dolor (AD) y Cuidados

* Universidad Austral de Chile. Escuela de Antropología. cristian.carreno.b@gmail.com

Paliativos (CP), como referencia hospitalaria, y cuya condición como sujeto-usuario sea el de hospitalizado o derivado a atención ambulatoria, en la ciudad de Valdivia, 2006-2007. Dentro de los objetivos específicos, se presentan; explorar la apropiación de significado que los sujetos poseen respecto al cáncer prostático. Describir e identificar las propiedades y características asignadas a la masculinidad que los sujetos poseen. Describir las representaciones socioculturales asignadas a la imagen corporal de los sujetos-usuarios.

II. Sobre el oficio antropológico

En el ejercicio de desglosar la *construcción de las acciones y abstracciones* de los sujetos y su relación con el mundo de los hechos, existe la posibilidad de explorar e identificar los sentidos, usos y prácticas que media la relación entre los sujetos y el mundo. Esta *mediación* está sujeta a significados, materia que traduce y materializa las expresiones de los sujetos.

En este ejercicio, C. Geertz se apropia del análisis hermenéutico simplificando la rigurosidad filosófica, y llevándola hacia una pragmática de la validez próxima, puntual y particular de las estructuras socioculturales que dan forma a lo que -en el oficio de la Antropología y de las Ciencias Sociales en general- se le reconoce como el *hecho sociocultural*: «El concepto de cultura que propugno (...) es esencialmente un concepto semiótico, (...) una ciencia interpretativa en busca de significaciones. Lo que busco es la explicación, interpretando expresiones sociales que son enigmáticas en su superficie.»¹

Este *uso* del hecho sociocultural (como expresión de lo que podríamos llamar *problemática*), permite la construcción de herramientas analíticas y metodológicas que nos permiten explorar las expresiones socioculturales que materializan, median y abstraen los sujetos, donde esta expresión desglosa «(...) una jerarquía estratificada de estructuras significativas atendiendo a las cuales se producen, se perciben y se interpretan (...).»²

Una de las herramientas que nos permiten llegar hasta las expresiones de los hechos socioculturales, es la *descripción etnográfica*, como ejercicio en el oficio antropológico, la cual se expone como una articulación de las estructuras de la razón a través de la articulación de los significados que los sujetos señalan como *propias*, donde el conocimiento -o en el caso de esta investigación- se transforma en materia de significados: «Hacer etnografía es como tratar de leer (en el sentido

de ‘interpretar un texto’) un manuscrito extranjero, borroso, plagado de elipsis, de incoherencias, de sospechas enmiendas y de comentarios tendenciosos y además escrito, no en las graffías convencionales de representación sonora, sino en ejemplos volátiles de conducta modelada.»³

De esta forma, la descripción etnográfica obliga a: «(...) establecer la significación que determinadas acciones sociales tienen para sus actores y enunciar, lo más explícitamente que podamos, lo que el conocimiento así alcanzado muestra sobre la sociedad al que se refiere y, más allá de ella, sobre la vida social como tal. (...) descubrir las estructuras conceptuales que informan los actos de nuestros sujetos, lo ‘dicho’ en el discurso social, (...) construir un sistema de análisis (...) en aquello que es genérico de esas estructuras (...) por lo que son, [y] se destaque y permanezca frente a los otros factores de la conducta humana.»⁴

Para que nuestra construcción de herramientas nos habilite una exploración de las expresiones de significado que los sujetos se apropián y construyen, F. Oyarzún la describe como una *expresividad dialéctica personalizadora*, donde los sujetos, tanto por exclusión como por inclusión, se encuentran e intercambian flujos de sentidos que los refieren a modelos o pautas socioculturales donde estos sentidos cobran su *uso*: «La representatividad da cuenta, a la vez, de la condición de ser humano en un sentido genérico y de la singularidad del modo del ser personal. En virtud de ello, permite que el observador obtenga una conciencia específicamente representativa de la persona observada y no genéricamente sustitutiva.»⁵

Es en este punto, la *representatividad*⁶ es una expresión práctica de la relación *significado-sentido*, donde los productos culturales requieren de contexto para conectar su *uso* en la relación que comunica a la micro y a la macro-estructura: «El análisis cultural es (o debería ser) conjeturar significaciones, estimar las conjeturas y llegar a conclusiones explicativas partiendo de las mejores conjeturas, y no el descubrimiento del continente de la significación y el mapeado de su paisaje incórporeo.»⁷

Casi paralelamente a esta argumentación, está la posibilidad de contraponer fuerzas en la búsqueda de las herramientas que articulen el desglose del accionar de los sujetos en el contexto sociocultural, sea a través de sus representaciones, como de sus significados, prácticas, sentidos y usos.

Enfrentar la construcción y apropiación de sentido para y en esta investigación, encierran un proceso de inter-

pretación práctica de los significados asignados a la problemática descrita, donde el sentido de los sujetos se define en relación al uso práctico de una acción que describe a la problemática, que añadido el contexto específico, nos permite observar una relación dialéctica de sentidos y usos, donde la expresión de la mediación entre la problemática y la construcción-apropiación de sentido responden (en este caso describen) a la significación de las prácticas y actitudes de los sujetos como parte del hecho sociocultural.

III. Preparación: Próstata, cáncer prostático y patologías anexas

El hecho que nos interesa explorar en esta investigación, implica la evidencia que la corporalidad registra sobre los diferentes procesos sanitarios a los que ésta ve involucrada, donde *sanar* y *enfermar* son sólo una minúscula parte de la estructura que subyace ante la apropiación y el sentido de uso de esta corporalidad, en especial y con mucha atención, cuando el tic-tac es más ensorecedor.

Dentro del mundo de los tumores, el cáncer prostático es sin duda una inclinación por marginar específica y metodológicamente sólo a varones, quienes están inscritos en un contexto de desarrollo sanitario que permite introducirse en formas, usos, prácticas y significados que construyen esta patología, donde podemos diseñar estrategias de investigación sobre datos e información tabulada, descripciones desde las ciencias sociales, desde la medicina especializada, entre otros. No es un ejercicio sencillo el reconocimiento y la exploración de las características de la población en riesgo, fuera de los esfuerzos de especialistas que conviven con la patología, sino que la visión se inclina hacia la búsqueda de herramientas que accedan a una serie de acciones y prácticas relacionadas con la construcción y apropiación de sentido específico sobre los males que transitan a través y construyen las experiencias de vida de los sujetos, concretamente, referido al padecimiento por cáncer prostático.

También es un hecho que sesga la exclusividad, pero permite abrir y explorar en detalle las condiciones sanitarias de solo un sexo, pero aún así, podemos incorporar una vuelta más: «Debido a que el sustrato fetal original es femenino, la mujer debe poseer una estructura prostática embrionaria para que el hombre pueda desarrollar la correspondiente masculina. Estudios anatomo-patológicos e inmunohistoquímicos recientes han confirmado categóricamente la existencia de glán-

das equivalentes-prostáticas en la mujer (habitualmente mencionadas como glándulas y conductos parauretrales de Skene), evidenciables ya en fetos femeninos en semana 35 de gestación hasta en mujeres en novena década de la vida; estas glándulas se pueden encontrar en hasta el 66-70% de las mujeres».⁸ Partiendo por una disección de lo que es la próstata, nos encontramos con una glándula relativamente pequeña, ubicada bajo la vejiga urinaria y rodeando la base de la uretra. Esta glándula es responsable de la producción de un fluido o una secreción *alcalina base* en la formación del líquido seminal, el cual permite controlar el nivel del PH de la esperma, manteniendo cierta estabilidad en la circulación de los espermatozoides dentro del ambiente ácido de la cavidad vaginal durante la copulación.

También la próstata pertenece a un sistema de órganos, que en términos generales, apunta al sistema urinario y reproductor -lo cual no deja de ser un acomodo de la complejidad anatómica de nuestros cuerpos como para descartar cualquier otra vinculación molecular, hormonal o estructural en el contexto del desarrollo de una patología cancerosa- donde según el grado de crecimiento del tumor o su avance, inevitablemente se van incorporando otros tejidos y órganos vitales.

Una primera aproximación la realizamos desde y estrictamente bajo términos clínicos, donde la referencia sobre el cáncer de próstata es determinar una *alteración celular* localizada en la glándula prostática, que se manifiesta con la formación de un tumor de carácter maligno, una «neoformación de crecimiento descontrolado».⁹

Las características que condicionan esta neoformación, indican la existencia de tejidos específicos y anexos a la glándula prostática que sufren una alteración fisiohistológica a nivel de ganglios y vasos linfáticos, el que destruye tejido prostático al igual que en órganos próximos (por ejemplo; la obstrucción urinaria) que implican una extensa y silenciosa pendiente en constante y exponencial sensación de dolor, hasta llegar a la muerte del sujeto, lo que no necesariamente es un orden estricto en la suma de secuencias patológicas, pero es la ruta más convencional para las expresiones cancerosas en general.

La formación del tumor comparte entre los especialistas una base multi-origen, más uniforme al origen hormonal, lesiones linfáticas, donde la etimología señala: «(...) actualmente este término sólo se aplica a masas neoplásicas que pueden causar aumento de volumen sobre o dentro del cuerpo.» [El cáncer] «implica que la

lesión puede invadir y destruir estructuras adyacentes, propagarse a sitios distantes (metástasis) y causar la muerte. Las células de estos tumores presentan un amplio margen de diferenciación, desde bien diferenciadas a completamente indiferenciadas. La mayoría de los cánceres crecen rápidamente y con el tiempo se propagan.»¹⁰

También existen otras formas en que la próstata se ve afectada por dolencias no necesariamente cancerosas, pero fuerzan a sospecha. Para esto, debemos tener en cuenta que en la glándula prostática y algunos órganos cercanos también se conjugan en la posibilidad de desarrollar otras patologías que afecten sus estructuras y procesos, como es el caso del *Adenoma prostático* o la *hiperplasia prostática benigna*, también lo son otros «tumores de otras localizaciones de la vía urinaria (riñón, vejiga, testículo), cálculos renales, infecciones urinarias, incontinencia de orina y disfunciones sexuales»¹¹. Esta formación se caracteriza por presentarse como «(...) un problema que a menudo comienza entre los 50 - 55 años. Debido a cambios hormonales la próstata aumenta su tamaño y esto hace que comprima la uretra impidiendo el paso de la orina desde la vejiga hacia el exterior, lo que causa síntomas urinarios molestos o dolorosos.»

«A los 60 años aproximadamente el 50% de los hombres sufre de algún síntoma (...), los que van aumentando con la edad. (...) Alrededor del 30% requiere de algún tipo de tratamiento, ya sea con medicamentos o quirúrgico.»¹²

En el Registro Poblacional del Cáncer. Provincia de Valdivia, 1998 - 2001 (2000 - 2002)¹³, el estudio de las características de la población, en relación a la incidencia de las neoplasias, nos describe un escenario epidemiológicamente devastador, donde los casos van fuertemente desde los 35 y hasta un poco más de los 79 años de edad, de manera que se puede distribuir a la población total en antecedentes de neoplasias en 3 grupos claves. El primer grupo, que va desde los 35 a los 49 años de edad, los sujetos se caracterizan por pertenecer a los llamados *casos aislados*. El segundo grupo, en el cual el desarrollo y la incidencia del tumor va aumentando exponencialmente desde los 50 hasta los 74 años, donde se materializa el grueso de los casos registrados, culminado con el último grupo donde se concentra la mayor cantidad de casos, el que va desde los 75 hasta los 80 años y más.¹⁴

La resolución de mejores herramientas de aplicación quirúrgica o de reinjeción en materias de investigación, entre ellas los *screening* más reconocidos son los

de *Antígeno Prostático Específico* (APE), el *Tacto Rectal* y la *biopsia transrectal*, todas herramientas de tamizaje en la búsqueda de evidencias de adenocarcinoma prostático, que se han desarrollado como consulta de triangulación para efectos del tacto rectal, posibilitando un carácter mucho más operacional para trabajar sobre los factores que desarrollan el tumor prostático, identificando, especificando y contextualizando las prioridades epidemiológicas relacionadas no sólo a los fallecimientos. Pero aún así la certeza del diagnóstico -sin recurrir a intervenciones exclusivamente histológicas- implica técnicas que permiten una consulta frecuente y fuera de las apropiaciones temerarias populares de la práctica médica. A lo que el Dr. A. Krebs expone como: «En 88% de los casos la consulta estuvo motivada solamente por el deseo de someterse a un control prostático, en ausencia de síntomas. En cambio, 12% de los pacientes dijo haber consultado por presentar síntomas relacionados al tracto urinario inferior, a pesar de que se les había explicado la naturaleza de la evaluación ofrecida. (...) Ninguno de los pacientes con biopsia positiva tenía antecedentes familiares de cáncer prostático. (...) Por lo tanto, en sentido estricto es más apropiado hablar de detección precoz que de screening en nuestro caso y en el de otros programas similares.»¹⁵

La realización de un acercamiento al cáncer de próstata como un hecho sociocultural, a través de sus características asignadas a la práctica biomédica, las cuales indudablemente dejan entrever una gran cantidad de procesos en la configuración de un discurso sanitario que sintetiza el complejo mundo de la epidemiología a una patología catastrófica, nos resulta un ejercicio práctico en el sentido de lograr desglosar los elementos estructurales en relación a las acciones y prácticas sanitarias que conlleva la incursión en un tema sensible (primero y en especial desde esta mirada médica y biológica), donde la especificidad técnica es una constante que correlaciona el manejo de los sujetos que no están familiarizados con el cáncer a nivel profesional, sino a través de la apropiación de conceptos y palabras que definen a la patología en su sentido etimológico, permiten transitar a través de sus propias exclusiones como enfermedad o en relación a otros tipos de cáncer; ser una *enfermedad* de hombres. La construcción de la *enfermedad* (como axioma que no distingue entre intensidad, forma, daño u otras características que ambigua la etiología de los malestares, a diferencia de hacer exclusiva referencia a la patología como

discurso), es parte de los usos y sentidos que los sujetos asignan a los padecimientos del cuerpo.

La castración química/quirúrgica, el «bloqueo hormonal», «deprivación hormonal» o «supresión androgénica gonadal», se presenta como tratamiento al cáncer prostático en la razón de detener la producción de testosterona, la hormona preferentemente masculina responsable en la mantención activa de la próstata y sus órganos adyacentes. Este *bloqueo hormonal* también se lleva a cabo sin la intervención quirúrgica, ya que la administración de hormonas van deteniendo la producción de testosterona, pero que implica otras reacciones y cambios somáticos relevantes: el desarrollo de mamas y la sensación de *hinchazón* y de *acumulación de peso*, se presentan como las características más inmediatas de esta *supresión hormonal*.

Las formas que exponemos como *castración*, no son únicamente una expresión que tenga exclusiva relación con la extracción testicular, sino que implica una relación mucho mayor en términos de integridad corporal. Esta idea integral del cuerpo, está conjugada en relación contextual con los elementos anatómicos, como los de significado que componen al sujeto como una única pieza, que hace referencia a su posición conjugada en el contexto del tejido social.

IV. La construcción sociocultural del cuerpo

1. Sobre la construcción

En diferentes trazos de la historia, los sujetos han tratado de formar, a través de hechos y prácticas, un amplio campo de referencias, ideas, definiciones y concepciones sobre nuestra existencia, pertenencia y razón de existir. Acepciones que nos posibilitan un desglose más fino y detallado de las prácticas implícitas y explícitas, que para esta investigación están orientadas hacia una figura que permita desplazarnos por la construcción y apropiación de los significados que poseen los sujetos en relación a su corporalidad, y como ejercicio de abstracciones podemos nombrar la esclavitud, genocidios, torturas, transplantes, el color de la piel, moda y vestuario asignado a los géneros, maquillaje, ornamentación, peinados, cirugías plásticas, tatuajes, piercings, entre otros temas que poseen más de algún grado de aproximación conceptual y referencial.

Estos elementos nos permitirían incorporar un sentido dinámico a la idea del cuerpo que estamos buscando

esclarecer, donde la mediación de los elementos socioculturales que dan forma y construyen discursos -en el ejercicio práctico de la apropiación de sentido-, configuran nuestra visión de mundo y las diferentes formas de relacionarnos con otros sujetos. De esta forma, se permite una correlación entre los discursos hegemónicos y el consenso que media la construcción y apropiación de sentido.

Desde la anatomía, la biología o desde las llamadas *ciencias duras* se desprenden discursos que han marcado y demandado una constante hegemónica y excluyente en materia de proporcionar un vocabulario, conocimientos y referencias significativas para la construcción de un concepto de cuerpo.

Ya tempranamente, quienes transitaban en las lógicas del conocimiento discutieron enérgicamente a trata de responder a la pregunta sobre la existencia de límites propios para separar definitivamente al cuerpo del sujeto, en una forma de transgredir las tradiciones sobre la visión del cuerpo como un templo ante la deidad. Hecho al que D. Le Breton, evocando a J. Le Goff, agrega: «(...) el oprobio que asociaba al cirujano, al barbero, al carníero y al verdugo, (...) los que curaban trasgrediendo los límites del cuerpo no gozaban de gran estima. Como todo hombre al que su situación social enfrentaba con regularidad al tabú (...) de la sangre.»¹⁶

O en el caso de M. Douglas que señala: «De modo que la religión fue separada netamente de la medicina, los trastornos psíquicos fueron separados de los físicos y luego también se separó un miembro de otro, la carne de los huesos, la piel de lo subcutáneo, cada órgano de los demás, cada virus por su lado y cada enfermedad fue considerada aisladamente La historia de la investigación médica fue un proceso de especialización hasta el punto de que hoy el cuerpo mismo ha quedado parcelado en zonas que competen a una cantidad de especialistas.»¹⁷

La particularidad de los procesos que construyen referencias en torno al cuerpo, está en apelar a un contexto histórico particular, el que describe los elementos en el quiebre definitivo de la relación sujeto, comunidad y cultura como una propiedad de la modernidad. En este proceso el sujeto se transforma en individuo, la comunidad en un medio y la cultura en una referencia. Afiración que debate puntualmente D. Le Breton, señalando una diferenciación clara y contundente entre la comunidad individualidad y la de individuo comunitario: «El cuerpo funciona como un límite fronterizo que delimita, ante otros, la presencia del sujeto. El factor de individuación. (...) En las sociedades de tipo comunita-

rio, en las que el sentido de la existencia del hombre implica un juramento de fidelidad al grupo, al cosmos, a la naturaleza, el cuerpo no existe como un elemento de individuación ya que el individuo no se distingue del grupo: como mucho es una singularidad dentro de la armonía diferencial del grupo.»¹⁸

En este sentido, la corporalidad pasa a ser una indicación donde el cuerpo es desmembrado en vialidad y función, un hecho separado existiendo fuera del sujeto, sin mayores significados ni sentido, transformándose en un nuevo o en nuevos sujetos, un individuo, descrito y codificado separadamente. Vive y se conjuga singularmente por sobre su contexto sociocultural, se universaliza artificial y temporalmente, es una moda, una tendencia, un modelo: «El comerciante es el prototipo del hombre moderno, el hombre cuyas ambiciones superan los marcos establecidos, el hombre cosmopolita por excelencia, que convierte el interés personal en el móvil de las acciones, aún en detrimento del ‘bien general’».»¹⁹

El proceso de construcción y apropiación de sentido sólo se presenta como una pequeña parte dentro del margen referencial que instrumentaliza las significaciones; la utilidad v/s el conocimiento.

2. *El cuerpo como hecho pragmático*

Para comenzar a explorar otras dimensiones en las cuales podemos dar forma a una idea sobre la corporalidad, en el sentido de entregar una descripción que permita ensamblar una referencia práctica sobre las formas y usos del cuerpo en el contexto de una enfermedad catastrófica, M. Berman toma un respiro y se permite presentar sobre cualquier excursión contextual, un retrato a la modernidad como un integrante y un asistente permanente de la humanidad, la cual produce una paradojal reunión y desunión entre los sujetos, esta intención hace del contexto y del sentido de la experiencia en la modernidad «...una vorágine de perpetua desintegración y renovación, de lucha y contradicción, de ambigüedad y angustia.»²⁰ Lo que en este sentido reafirma B. Sarlo, en el sentido de nuestra muy particular forma de vivir lo moderno: «Nuestra cultura *fast* es toda la cultura que conocemos, toda la que es posible hoy. (...) Frente a la cultura *fast* alguien puede sentir nostalgia de otra forma de vivir el tiempo, pero no puede hacer que la historia gire hacia atrás. (...) Lo *fast* es serial: es una línea de producción de hamburguesas, salchichas, fiestas de cumpleaños o bicicletas. Lo *fast* es democrático porque es serial: todos somos iguales frente a las hamburguesas y ello no

crea diferencias. Sólo los pobres o los muy refinados caen fuera de los *fast*. Y si nos cansamos de la velocidad de una época afiebrada, podemos soñar con la morosidad de los tiempos en que, como las cosas no eran seriadas, sólo algunos podían consumirlas.»²¹ Aún así, nos parece extrañamente posible buscar y hacer referencia a algo sin conectarlo a un contexto que nos traduzca su operacionalidad, es por esto que construir un concepto de cuerpo no es posible si no está integrada a una idea de sujeto que se relacione significativamente con formas, sentidos y fenómenos, aunque nos parezca más extraño que esta idea de cuerpo se mantenga alejada del sujeto como referencial próximo.

Para G. Balandier, el tema de la corporalidad y su relación con la modernidad como modelo, encierra un trabajo sobre la reconstrucción de la corporalidad como uso pragmático y ambiguo en la relación de los sujetos, sus materialidades y sus asignaciones socioculturales. En este sentido, la corporalidad como mediación parte por analogar la intención práctica de la materialidad cultural, como recurso coercitivo en el ejercicio del consenso y el poder: «La analogía se hace compleja con el fin de fundar mejor la interpretación no totalitaria de la soberanía; recalca la pluralidad de componentes y la necesidad de asociarlos en una misma unidad; la fuerza unificante es la voluntad del pueblo, que explica la voluntad de Dios. El ‘corazón’ (voluntad popular) irriga la ‘cabeza’ (ilumina al príncipe), que está ligado a los ‘nervios’ (las leyes) y, por aquéllos, a los miembros y a los órganos (las funciones vitales).»²²

La apropiación de sentido y las relaciones que genera la corporalidad, nos permiten explorar el contexto en el cual el cuerpo emerge como referencia y discurso, esto quiere decir, que la operacionalización más adecuada a la corporalidad, una vez explorada también algunas dimensiones adyacentes, debe ser aquella que entregue nexos y posibilidades prácticas para desglosar los hechos que construyen integralmente la idea, la imagen o la figura del cuerpo, y ésta debe proyectarse por sobre la posibilidad de que sean sujeto y cuerpo sólo un accidente de la materialidad física.

En este sentido, las relaciones entre los sujetos y sus significados, a través del proyecto de la modernidad, implican una caracterización que emerge como la propuesta adecuada entre el sentido práctico y sus significados incluyentes, las que sí crean una correlación a las características asignadas al cuerpo, como un reflejo del uso, como parte de las propiedades que describen referencias en el ejercicio del uso cotidiano; la mano

derecha de la familia, la cabeza de la empresa, soy todo oídos, más solo que un dedo, entre otras.

La metáfora da sentido y adquiere representatividad de manera dinámica en y desde los sujetos, por sobre lo que nos parecería una revelación concluyente al tratar de expresar literalmente las oraciones y su relación con las acepciones de sentido que reducen en el acto comunicativo.

D. Le Breton hace uso de la corporalidad como un elemento significante a través de los sujetos en un contexto reducido (como un paciente interno o un anatómico del Renacimiento trabajando en la morgue), que sólo es compartido como un referente a través de estrategias que coartan los discursos en sus usos específicos; «Las representaciones del cuerpo y los saberes acerca del cuerpo son tributarios de un estado social, de una visión del mundo y, dentro de esta última, de una definición de la persona. El cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí mismo. De ahí la mirada de representaciones que buscan darle sentido y su carácter heterocílico, insólito, contradictorio, de una sociedad a otra.»²³

De esta manera, se describe la configuración a través de la descripción de la corporalidad como parte de un *imaginario*, el cual se constituye como resultado en la correlación contextual de los fenómenos socioculturales y las relaciones de apropiación de sentido que estas generan, donde las representaciones de estas apropiaciones de sentido, se transforman en miradas, perspectivas, otras acepciones, las que impactan directamente sobre el escenario sociocultural, resignificando sus nexos en la relación del tejido micro y macro social.

El ejercicio de apropiación de los usos del cuerpo -como herramienta cognitiva- condiciona la corporalidad de los sujetos a un medio referencial de lo inmediato. Lo que para D. Le Breton no deja de ser la cualidad asignada exclusivamente a occidente; el cuerpo como un campo de batalla, un templo, un residuo, una envoltura, una herramienta, una máquina. Asignaciones a la materialidad del cuerpo, lo tangible, lo que ocurre, lo que se ve. El abandono de su mediación simbólica: «El tenor del vínculo social se modifica, se vuelve 'mecánico' y se pierde, poco a poco, su 'organicidad'. Se habla tanto o más de comunicación, de contacto, de calor, de bienestar, de amor, de solidaridad, cuanto más estos valores abandonan el campo social.» (...) «El cuerpo se convierte en una especie de socio al que se le pide la mejor postura, las sensaciones más originales, la ostentación de los signos más eficaces. Pero éste debe

proporcionar (¿a su dueño?) también una mezcla de espíritu combativo y de flexibilidad, de fuerza y de resistencia, de desenvoltura y de elegancia, sin apartarse nunca de la seducción.»²⁴

Este abandono no sólo es semántico, sino práctico, ya que indica al cuerpo como una entidad separada del sujeto, planteando dos contextos operacionales diferentes, oscureciendo el constructo integrado de sujeto, como hecho pragmático.

Le Breton reseña el *envejecimiento* como «una relegación social más o menos discreta que la distingue y que le da una ubicación en la vida social ordinaria. En ella discernimos, en efecto, el trabajo de una marca. A veces el anciano lleva su cuerpo como un estigma cuya repercusión es mucho mayor de acuerdo con la clase social a la que pertenece y según la calidad de aceptación del entorno familiar. Hay una estigma virtualmente fuerte en el envejecimiento.»²⁵

De esta forma, el tema del envejecimiento se transforma en *supresor* de la condición humana, donde ni la ambigüedad del sentido permite construir herramientas que describan el proceso de envejecimiento por sobre las condiciones que, ineludiblemente, deja caer su peso en años sobre el cuerpo.

Las condiciones donde podemos rescatar relatos de nuestros padres y abuelos, parecieran ser extraídas de fábulas, en el sentido de lograr desglosar parte de las condiciones donde el envejecer no implicaba una carga o una condición excluyente, sino que pertenecía a un plus de la experiencia; una ventaja en operatividad laboral.²⁶ Pero aún así, y casi indiscutiblemente, las condiciones que inserta la modernidad como modelo, desarma la experiencia como modelador, como agente sociocultural, y la transforma en patrimonio, una iconoclástica figura del conocimiento.

El envejecimiento biológico relaciona discursos asignados a los géneros con la misma complicidad con la cual los años resignifican su uso. Ejemplos como: está igual que el vino; con el paso de los años se pone mejor. Esta revisión de la masculinidad no posee proporcional ejercicio en el caso de las mujeres, donde las casualidades referenciales son parte de las prácticas que deforman las referencias y asignaciones.

3. Cuerpo y dolor

La apropiación del sentido del dolor, como filtro de las dimensiones de la corporalidad, podría orientarse en reconocer (dentro de un amplio repertorio de sensaciones adquiridas y las que son parte del ciclo vital de los sujetos) a aquellas situaciones relacionadas con la sen-

sibilidad, donde la inseguridad, una situación humillante, la pérdida de una persona cercana, o hasta el dolor exclusivamente físico, son parte de lo que podríamos indicar como parte de un repertorio de sensaciones que nos permiten construir una idea de lo que puede o podría ser una experiencia incómoda, tal como lo sugiere el hecho de escuchar a algún intérprete de baladas, donde -por lo general- la temática del amor pasa en cuestión de segundos, desde una situación afecto-erótica, a una mutilante ejecución de descalificativos y amarguras pasionales. El mismo ejercicio se puede aplicar en materias opuestas o menos románticas, como en el caso de un atentado, o de ver un accidente, cirugías, el atropello de algún animal, las condiciones de hambruna en otros países, las guerras, en fin, experiencias que están fuera de nuestra inmediata resolución. A través de este uso, lo que se pretende es dar cuenta es que sin haber experimentado el desprecio de un amor o un accidente automovilístico, o aún así, sin ser necesariamente estricto en el orden de los hechos que involucran una biología de nuestras formas de apropiarnos de lo que percibimos, casi instantáneamente podemos reconocer situaciones donde el calificativo más libre y próximo es la incomodidad, asignación del dolor.

Para lograr un acercamiento más práctico al concepto de dolor, que a través de su asignación, y de la correlación de sensaciones a través de una respuesta más o menos específica, debemos identificar cuál es la operatoria que nos permite operacionalizar el dolor como parte en la apropiación de sentido de las experiencias de vida de los sujetos.

Una primera aproximación, está orientada hacia el dolor como parte de la biología, un estímulo sensitivo, donde el dolor se transforma en una sensación que se conjuga como «(...) un mecanismo protector del cuerpo (...), una respuesta que se crea en el sistema nervioso a las lesiones de los tejidos».²⁷

En este sentido, podríamos resumir la carencia de dolor o de sensaciones que producen incomodidad, sólo si nuestros cuerpos nos adecuan a la biotransformación de los químicos, de los cuales también pueden ser estimulados a través del suministro de medicamentos dispuestos para aquello, que habilitan una simulación específica ante la más mínima sensación de incomodidad que pueda experimentar alguien, lo que de igual manera se va menguando con el paso de los años o que han perdido la capacidad de responder a estímulos específicos por motivos relacionados con la auto-supresión, o la falta de condiciones que permitan una

asociación directa entre el estímulo y su respuesta. Bajo este uso, el dolor (y el proceso de apropiación) adquiere un carácter funcional, pero donde la experiencia pierde identidad para transformarse en una actividad bioquímica, alterándose según la suministración de medicamentos que permitan alejar a los sujetos de las incomodas percepciones del dolor físico y emocional: «El aplacamiento del dolor total plantea graves interrogantes éticos para el paciente, ya que el procedimiento utilizado compromete la calidad de los últimos momentos de la existencia y la relación con los suyos; determina la calidad de la muerte.»²⁸

La relación y construcción del ethos y el sentido de la razón, no menos pertinente operacionalmente, desarrollan hechos exclusivamente prácticos en el ejercicio de la eficacia simbólica, como *normativa empíricamente coercitiva*²⁹, la que apunta al ethos como una funcional cura para el mundo y sus pesares. Donde se instrumentaliza esta cura espiritual, o todo lo que pueda entregar la religiosidad, o las propias convicciones; las respuestas apropiadas para cada sujeto como un poderoso analgésico que acomoda el lineamiento de la sociedad y de sus sujetos participantes en torno a una visión del mundo, donde la posibilidad de ser sanado espiritual, emocional y físicamente, es sólo el consentimiento de la conformidad.

D. Le Breton y su relación con el dolor, comienzan por el sentido de un estado sometido a la condición humana, donde adquiere particulares formas junto a las diferentes concepciones de la realidad, donde los sujetos han tratado de encausar la forma en la cual nos contactamos prácticamente con todo lo que nos rodea, creando un amplio espectro por donde se hacen circular los sentidos y sus representaciones: «Todo dolor, incluso el más modesto, induce a la metamorfosis, proyecta a una dimensión inédita de la existencia, abre en el hombre una metafísica que trastoca su ordinaria relación con el prójimo y con el mundo. (...) contamina la totalidad de la relación con el mundo. (...) El dolor paraliza la actividad del pensamiento o el ejercicio de la vida.»³⁰

4. Imagen corporal

La actual inyección de imágenes en todas las formas aún practicadas, nos someten a pensar y a reconsiderar nuestra posición dentro de la planificación vital en la que estamos endeudados, de manera que las imágenes sirven como agendas de nuestra integridad y nuestro devenir sociocultural, *la imagen es nada, la sed es todo, es llegar y llevar, precios más bajos, imposible, lo*

que antes no veías, lo ves en MTV, ¿qué es lo que no te gusta de ti? o un spot de la campaña de UNICEF o World Vision.

El culto a la imagen pareciera ser un tema oxidado en el sentido de una búsqueda por respuestas instantáneas, donde la falta de memoria de la historia posmoderna nos permite vivir en una amnesia que se retroalimenta con la superposición de necesidades.

La imagen es un hecho y una potencia en sí misma, en la perspectiva de los sujetos su interpretación y apropiación han hecho de su desglose un impulso en el acto comunicativo, un instrumento; el invento mediático de todos los tiempos.

El lenguaje y la escritura no dejan de ser imágenes en un sentido sintáctico y semiótico, de la misma forma que los significados si apelamos al sentido operativo de la acción comunicativa.

Los discursos comunicativos son asignados como hechos, los cuales multiplican sus posibilidades de valor y uso, donde la coherencia no es un valor propio de las imágenes ni de la acción comunicativa como recurso comunicativo, sino que es parte de una integridad dinámica que se construye bajo un contexto sociocultural, y que adquiere otros valores en su amplia condición de ser conjugada por sujetos.

La creación del discurso implica a la imagen (o el *enunciado*, según Pericot³¹) en si misma y proyectada a la condición de texto, como un hecho en el acto comunicacional, sin intención más que ser evidencia empírica como objeto constructo sociocultural.

La construcción de sentido implica el producto final del ejercicio mecánico de la obtención de la imagen fotográfica; la «semiosis social»³² y «(...) el límite de la comprensión de la realidad, a través de la relación-modo del sistema binario del signo»³³, o sea, como la construcción de sentido se abstrae de la condición mecánica para construir un discurso dentro de la estructura cognitivos, lo que permite traducir los signos en referencias comunicacionales prácticas.

De esta forma, es como se presenta la *técnica de la estética* como un recurso para la puesta en escena de su *sostentación*, en el uso de los instrumentos tecnológicos pertinentes para obtención de fotografías capturando de la realidad, a diferencia de generar «necesariamente el vínculo con la realidad positiva»; la «era de la iconósfera».³⁴

Para Le Breton la corporalidad no es ajena a la proyección de la imagen materializada, tampoco lo es respecto a lo que ocurre con y en ella, la corporalidad presume de atributos que le permitan conjugar referencias

específicas de las funciones que operan en él, de manera que la construcción y apropiación de sentido de la imagen que se inscribe en el discurso de la corporalidad, no sólo se conjuga como una mediación entre el sentido y la realidad, sino que persigue un significado global de integridad que la pueda definir como un todo, de igual manera que a sus funciones operativas, todas bajo las órdenes de la condición humana, donde dar sentido a las relaciones socioculturales a través de la posibilidad de interactuar en la reconstrucción de lo vivido, define la *forma*, el *contenido*, el *saber* y el *valor* de la imagen, su significado y su resignificación, como proceso que media la relación de nuestro cuerpo con otros cuerpos, de la misma forma en que lo hace el cuerpo con el mundo.³⁵

V. Género: Masculino

La incorporación de la perspectiva de género en el quehacer de las ciencias sociales, ha Enriquecido y fortalecido de herramientas analíticas a un limitante marco de referencias asignadas al sexo dentro del proceso de construcción, apropiación y de reproducción de los modelos o pautas socioculturales, donde el ser hombre o ser mujer implica algo más que una diferencia biológica o anatómica, implica un complejo nexo entre características y elementos que median la forma en la cual nos relacionarnos entre nosotros y con el mundo. Esta mediación de la diferencia, a su vez, implica una exposición de las estructuras según las cuales la sociedad en su conjunto construye sus formas, sentidos y significados, como lo señala J. Week: «Porque si bien el sexo y la diferencia sexual son sociales en su forma, aún necesitamos saber dónde situar los límites de las explicaciones puramente sociales, cuáles son los límites de la modelación cultural. (...) Sabemos lo que no son nuestras naturalezas sexuales: no son eternamente fijas, biológicamente determinadas ni inmutables. Pero no estamos seguros de lo que sí son.»³⁶

Las formas, ideas o tipos de relación también requieren de un contexto histórico donde se pueda identificar -para mayor conocimiento de los procesos- el sentido, los atributos y los ámbitos de abordaje al estudio de los modelos de género que buscamos explorar. Bajo estos términos: «(...) género es una red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social (...).»³⁷

De esta forma, comprender las relaciones de género comenzaría y terminaría con la construcción de la identidad sexual (como cimiento práctico de la identidad de género), donde la diferencia se refuerza en estereotipos alterados que apoyan la práctica del *rechazo*, donde las experiencias de hombres y mujeres se ven obligadas a sólo aprender una síntesis condicionada de las diferencias sexuales, y no hacia la socialización de los vínculos que adhieren actitudes que fomentan la construcción de un carácter de género integral. Exploración que a continuación iniciamos.

1. *Masculinidad / Masculinidades*

Dentro de la configuración de las características asignadas a la masculinidad, la formulación que L. Asturias asigna como producto en la construcción del rechazo (como punto de origen en la construcción de la masculinidad) es el llamado «dividendo del patriarcado», premisa que se sustenta en prácticas asignadas a una masculinidad ideal que persiste transversalmente a los contextos micro y macrosociales, transformándose en una idealización práctica. Esta masculinidad ideal se constituiría estrictamente bajo las características del sexismo, homofobia, racismo, falocentrismo, obsesión por el orgasmo, multiplicidad de parejas, poder, virilidad y violencia.³⁸

Si bien estas premisas forjarían estructuras sociales y simbólicas que se reproducen en el ejercicio de situar esta masculinidad idealizada (como parte de la relación que establece P. Bourdieu entre la construcción de las identidades de género y los *habitus sexuados*), podemos comenzar a referirnos a un posicionamiento estratégico en el ejercicio del poder (hegemonía), tanto en un contexto de producción como de reproducción de un modelo ideal masculino dentro de «las estructuras simbólicas del inconsciente androcéntrico.»³⁹

Este escenario inscribe un amplio repertorio de características, inserciones, tradiciones y esencias que nos permiten administrar una idea relativamente clara respecto a lo que podemos señalar como *masculinidades*, donde todas estas masculinidades logran compartir una parte en la disposición a establecerse como indicadores en diversos puntos de la estructura o del tejido social, planteándolas como referencias simbólicas o estrategias simbólicas en el uso práctico de un tipo de masculinidad como discurso ideal, sin dejar de disponer de las otras formas de masculinidad como expresiones de un referente común que sigue señalando a la biología como el referente original de masculinidad; la

operacionalización práctica del poder como herramienta edificadora del tejido sociocultural.

Este impacto nos hace pensar hacia donde se dirigen las estrategias que se requiere significar para potenciar la idealización de una masculinidad por sobre otras expresiones de género. Y es en este ejercicio donde estamos frente a lo que se plantea, en el contexto de la modernidad, como la *crisis de la masculinidad*.

Esta llamada *crisis* no debe ser entendida en su sentido alarmante, sino como un re-planteamiento o también como una «transformación de la masculinidad dominante», donde la identidad masculina dominante y hegemónica realiza cierta inflexión sobre su apropiación (en el sentido de tradición) y se identifica particularmente a través de las siguientes características:

1. La carencia de la imagen biológica-paterna directa y de la «función afectiva del padre» dentro del grupo familiar.
2. La reproducción del discurso «el mundo de la mujer es la casa y la casa del hombre es el mundo»⁴⁰ como base de la construcción y apropiación de identidad social y sexual; «...a los varones les impedimos expresar ternura, cariño, tristeza o dolor, (...) les permitimos solamente la ira, la agresividad, la audacia y también el placer, como muestras de la masculinidad ideal. Es así como construimos el 'macho' castrado de su sensibilidad y en buena parte de su amor y con un comportamiento caricaturesco en su agresividad».
3. La *sobreidealización* de la masculinidad a través de los medios de comunicación (ahora electrónicos) y la publicidad (también electrónica), la que se recicla y nos recicla constantemente, en el sentido de ofrecernos roles e identidades, posición socioeconómica, entre otros: «(...) el deportista ultracompetitivo, el hombre violento o criminal y el alcohólico o drogadicto», en el sentido de la sobre-exposición.

Este sentido de *distanciamiento* frente al sexo opuesto, va nutriendo contextualmente los elementos, características o propiedades asignadas, que reafirman o desestiman la posibilidad de *no ser*. Por lo cual, la distancia entre *ser hombre* y *ser masculino* se hace compleja, conjugando la posibilidad de construir un contexto que permita cierta salida en un sentido general y entrar en la categoría *hombre* y *masculinidad* para lo cual se requiere en esta investigación, donde no se debe hacer un juego de correlaciones operacionales entre el *hacer* y el *deber ser* masculino, en un sentido opera-

cional, gana significación, permitiéndonos observar nuevos aspectos por donde la re-construcción del discurso de la masculinidad hegemónica y dominante deja entrever sus grietas.

La revisión de los estereotipos con los cuales se construye la masculinidad ya no son una búsqueda por la diferencia, sino que apela a una búsqueda por la construcción de axiomas que afirmen las múltiples identidades como una exigencia a la par en el contexto del desarrollo socioeconómico, político e histórico, de manera que el *ser hombre* forme parte de una afinidad a los modelos de la sociedad en sus formas, prácticas u opciones, lo que en cierta medida, es igual a evitar y prejuiciar un discurso en pro de ambiguar estereotipos a un nivel que sólo se permite hablar de género como una continuidad de categorías o posibilidades que sólo permite la biología; un recurso subordinado al sexo. Se adhiere la revisión de M. Pisano⁴¹, donde el espectro de los significados queda fuera por un tema al que llama de *asimetría metodológica*: «La lectura simplista de estos dos espacios diferenciados entre el género masculino y el género femenino nos ha conducido a formulaciones erróneas (...), pues estos 'supuestos dos espacios simbólicos' no son dos, sino uno: el de la masculinidad que contiene en sí el espacio de la feminidad.»

M. Pisano enfatiza en la realización de un desglose crítico a las dimensiones estructurales de dominación masculina, las cuales son:

- a) «la permanencia en la autonomía» como un ejercicio operacional sobre las prácticas de carácter incluyentes y excluyentes; «Los lugares históricos que abre la masculinidad a la feminidad no son inocentes, pues para el sistema es funcionalmente necesario que las mujeres ocupen los lugares que los hombres ya no necesitan, los lugares simbólicamente sucios, me refiero con esto a lugares signados como los ejércitos, la policía, la mano de obra barata para industrias y laboratorios contaminantes, etc. Haciéndolas permanecer en estos espacios -y esto es lo importante- fijas en el estereotipo agudo del diseño de la feminidad..»
- b) «las memorias corporales»; donde los tejidos sociales asignan valores y condiciones específicas a los cuerpos a través de la biología de los mismos, construyendo una idea estándar para lo que es considerado *hombre* como para lo que es propuesto como *mujer*, donde la «maternidad masculinista» reproduce el mismo discurso como

condición asignada, y junto a esto, la violencia legitimada y encubierta, tanto entre hombres como en la práctica de la homofobia y del femicidio, son la evidencia concreta en la práctica por mantener en la invisibilidad los espacios o la posibilidad de afirmar la inserción en el tejido social de otras construcciones y apropiaciones de identidades, de otros sentidos de relacionarse con la corporalidad y entre los cuerpos.

- c) «la macrocultura [masculina] existente, posible e inmejorable»; que se reseña con «Lo que el patriarcado trajo como esencia desde su lógica de dominación; la conquista, la lucha, el sometimiento por la fuerza, hoy se ha modernizado en una masculinidad neoliberal y globalizada que controla, vigila y sanciona igual que siempre, pero esta vez a través de un discurso retorcido, menos desentrañable y en aparente diálogo con la sociedad en si conjunto, donde va recuperando, funcionalizando, fraccionando, absorbiendo e invisibilizando a sus oponentes y, que trae consigo una misoginia más profunda, escondida y devastadora que la del viejo sistema patriarcal.»
- d) las sospechas sobre los «análisis triunfalistas»; «Debemos tener mucho cuidado por tanto de los análisis triunfalistas de avance, de los lugares conquistados, del espejismo de retirada de la vieja estructura patriarcal. (...) lo que no se ha cuestionado es la cultura de la masculinidad, que se sigue leyendo como la única macrocultura posible, la única creada por la humanidad en un continuo, he allí el triunfo de la masculinidad (...)»

De manera que hasta este punto, la masculinidad/masculinidades también adquiere valores donde se transforma en un proceso de aprendizaje social de *necesidades*, que de igual manera lo podemos comparar con la construcción de lo que podríamos llamar *virilidad*, pero en el sentido de la expresión biológica de la construcción del discursos de la masculinidad hegemónica dominante, implica una afirmación biológica constante.

2. *Masculinidades y salud*

Cuando las condiciones del autocuidado implican algo un poco más que higiene, alimentación o la práctica regular de actividades que exijan algún esfuerzo físico e intelectual, es porque estamos frente a una compleja estructuración de prácticas, referencias y estrategias socioculturales en constante uso. Para su exploración se requiere del ejercicio de miradas que demanden un desglose crítico sobre las características que exponen,

construyen y reproducen las prácticas asignadas a las diversas expresiones de género, tanto a nivel de construcción de identidades sexuales, como sociales, étnicas, generacionales, entre otras.

Es en este punto, donde esta investigación pretende realizar una pequeña revisión sobre las condiciones, mediante las cuales, la masculinidad (como hecho sociocultural) media sus usos y prácticas en torno a las condiciones de salud que se le asigna como parte del proceso de construcción de una identidad de género y sexual atrofiada. Lo que también podría ser una forma de crear y forzar condiciones que nos permitan evaluar los aspectos donde estamos desglosando las características y prácticas asignadas a la masculinidad, en el contexto de las causas en el padecimiento del cáncer prostático, pero aún así, esta revisión pretende expandir el margen por donde las prácticas asignadas a lo sanitario, en relación a la construcción de la identidad de género masculina, median la apropiación de sentido y la construcción de significados asignados, en el contexto de un hecho específico, como lo es una enfermedad terminal hoy. «(...) Un análisis sensible al género de la salud de los hombres, y a la forma en que las construcciones de masculinidad influyen a veces en los resultados de salud de los hombres.»⁴²

Respecto de las propiedades que configuran la condición de *ser hombre*, en el contexto de las expresiones de la masculinidad, señalamos lo siguiente: «Helgeson (1995) observó que los hombres diagnosticados y tratados por cardiopatía isquémica que poseen rasgos masculinos negativos comentan sus problemas cardíacos con sus familias con menos frecuencia, tienen mayores probabilidades de llevar a cabo comportamientos nocivos para la salud y disponen de redes sociales defectuosas. (...) Stillion (1995) señaló que los esfuerzos de los hombres jóvenes por parecer fuertes suelen llevarlos a ignorar las normas de seguridad del trabajo, mientras que otros conducen de manera arriesgada como demostración de valentía. La fascinación y el respeto de los hombres por la violencia suelen estar ligados a la demostración de su hombría, (...).»⁴³ «Además, a pesar de la realidad de las relaciones homosexuales masculinas, tanto consentidas como por violación, y el consumo de drogas intravenosas en las prisiones, es raro que se proporcione condones o agujas limpias a los reclusos, lo que eleva el riesgo de transmisión de las enfermedades contagiosas.»⁴⁴

En estas consideraciones, las prácticas contextuales entregan gran parte de las herramientas en las formas, estructuras, sentidos y significados asignados a las

prácticas sanitarias. Hechos que permiten reconocer y extender las pertinencias puntuales hacia las acciones que permiten un trabajo estrecho entre la comunidad y las autoridad y la institucionalidad sanitaria.⁴⁵

VI. Aplicación metodológica

La investigación posee una fuerte orientación hermenéutica, fortaleciendo la exploración de formas, gestos y signos en relación a los procesos de construcción y apropiación de sentido que poseen los sujetos en el contexto de la antropología sociocultural aplicada a temas de salud pública.

La aproximación requiere de un ejercicio cualitativo hacia el análisis de lo que los sujetos *nos dicen* y evidencian mediante sus prácticas, y cómo éstas las fueron incorporando en sus vidas -como una *idea-recurso* diacrónica desglosada de la problemática aplicada-, un hecho que articula un *discurso* o una forma de ver y conjugar *lo que hacen*, de manera que podemos dar cuenta de un proceso que inscribe una amplia serie de señales y códigos a explorar en el contexto de las herramientas y el quehacer de la Antropología, como un registro etnográfico de corto alcance.; «Los hallazgos etnográficos no son privilegiados, son sólo particulares.»⁴⁶

Dentro de la perspectiva interpretativa (desglosando la intención y el enfoque hermenéutico), la visión *emic* soporta y permite la incorporación de los sujetos como una herramienta participativa y altamente activa; un ejercicio de complicidad en la exploración de los significados -en este sentido podríamos llamarle una *apropiación de significados*- en un contexto de prácticas socioculturales, reduciendo la construcción de la realidad a una pragmática «colección de miniaturas etnográficas».«⁴⁷ Y sin mayor pretensión teórica-referencial, la aplicación semántica de *imagen* hace referencia al uso pragmático e itinerante sobre las asignaciones -como expresión inmediata y que a diferencia de la aplicación *representaciones*- sólo pretende ser una referencia compartida sobre las asignaciones de los significados; un nexo práctico, un sentido, el valor nominal del contexto.

Los informantes que participaron en la investigación fueron 10 varones de entre 71 y 85 años de edad, todos con residencia en la ciudad de Valdivia, los cuales por motivos derivados de sus particulares y complejas condiciones de salud, etárea y de desgaste cognitivo, participaron junto a algunos de los miembros de sus familias (los cuales en su mayoría residían junto a los

sujetos actuando de cuidadores permanentes) en la realización de las conversaciones, adjuntando información y anécdotas que complementan y orientan gran parte del discurso expuesto y dispuesto, lo que implica la inserción concreta y práctica de los cuidadores y la familia en calidad de informantes referenciales y, en algunos casos, los únicos.

Los sujetos que participaron de esta investigación, es el diagnóstico de cáncer prostático como patología base en su etapa avanzada. Todos los sujetos entrevistados fueron derivados a atención domiciliaria, pero dentro de su condición aún de pacientes bajo observación permanente a través de controles regulares.

La recolección de información para esta investigación se realizó a través de entrevistas temáticas abiertas, registrando el material a través de una grabadora digital, previo consentimiento informado.

Junto a la obtención de datos primarios, la entrada a los sujetos entrevistados debía ser negociada en particular a través de los cuidadores (formalización de un consentimiento informado y autorizado), como única instancia y condición, ya que en la mayoría de los casos, algunos de los sujetos desconocían el motivo real de su padecimiento, y fueron encubiertos por los familiares debido a motivos de orden afectivo, afirmando en todo momento que no deseaban que les afectara la *violencia* del diagnóstico y toda la carga asignada a la enfermedad, razón que los afectase -a los sujetos/pacientes- más aún que las molestias que ya están viviendo, ya sea por las dolencias adyacentes al tumor, o por patologías crónicas que arrastraban desde un período anterior al diagnóstico, como la diabetes, hipertensión y otros.

Motivo que desde un comienzo fue propuesto cotejar a través de la aplicación del *Minimental Abreviado*, como parte del procedimiento que permitiera seleccionar el grado de aproximación y articulación contextual que se podría lograr a través de las conversaciones con los sujetos.

Los tópicos de las entrevistas y de las conversaciones se guiaron y moldearon según el contexto de deterioro cognitivo y de cooperación directa con los sujetos, sus familiares y cuidadores, los cuales abarcaron información estandarizada (como nombres, edad, ciudad de procedencia, estado civil, número de hijos), información general sobre el cáncer, lo que se reacomodó según los sujetos y su relación con la etiqueta *cáncer*, a datos relevantes sobre la dolencia que les afecta o les ha afectado últimamente, sus complicaciones físicas, afectivas, emocionales, y en relación a sí mismos como

con sus familias y quienes permanentemente los cuidan. De igual manera, se recopilaron datos y antecedentes respecto a detalles posológicos y farmacológicos en el transcurso de los años, y en especial los más próximos al momento de realizar las conversaciones o entrevistas.

Otros tópicos abarcaron temas relacionados al desarrollo de actividades laborales remuneradas y las realizadas en el hogar (tanto remuneradas, como de espaciamiento y mantención de la vivienda), teniendo en cuenta la imposibilidad práctica de establecer paralelos funcionales entre estos dos aspectos, lo que permitiría insertarse en la perspectiva que construye experiencias junto a los años de desgaste físico y cognitivo. Aspecto que permite una lectura en detalle sobre la continuidad de los cuidados físicos, auto-conocimiento corporal, a través de la convivencia con las dolencias, males u enfermedades.

Una vez efectuadas las entrevistas y conversaciones con los sujetos, sus familias y cuidadores, se compilrán los datos primarios y formarán parte de una matriz simple y elaborada sólo para este fin, la que permite sólo el ingreso y ordenamiento de los datos, los cuales no poseen intensión alguna de estar estrictamente relacionados con el análisis estadístico, ya que su único uso es en la forma de recurso analítico, el que sólo acomoda de mejor manera los datos, y permite una revisión de los extractos en los diferentes discursos dispuestos por los sujetos para esta investigación.

Los datos dispuestos y compilados corresponden, desde el enfoque hermenéutico y atendiendo directamente a los requerimientos en la propuesta y desarrollo de esta investigación, al uso del análisis de contenido, como herramienta que potencia los diferentes aspectos de la intrusión de los discursos, estructuras, figuras y recursos en relación a los usos, apropiaciones, construcciones y reproducción de los significados, como uno de los elementos que definen el quehacer de la antropología en el contexto de los significados y el sentido que involucra la dinámica de los sujetos.

De esta manera el proceso que implica el análisis de los datos requiere que éstos sean transcritos a hojas y dispuestos según el orden de entrevista realizada, permitiendo una revisión constante y cronológica sobre la inserción o supresión de preguntas, así como de la inclusión o exclusión de aspectos con menor o mayor profundización, lo que permite un análisis de contenido sobre temas y elementos emergentes según el contexto de la investigación, permitiendo correlacionar la intensión de la investigación con la realización de las

entrevistas, donde su esquematización mediante sobre temas emergentes permite lograr una revisión sobre los elementos a revisar detalladamente, ejercicio sobre los discursos, sub-temas, resúmenes e identificación de citas de respaldo, como elemento de validación.

VII. Análisis - exposición - donde el propósito de la miniatura enográfica adquiere razón práctica

1. Lo ajeno: la memoria borrosa en la perspectiva del ahora

En el caso de E03, que luego de sufrir un accidente vascular, sus recuerdos sólo oscilan vagamente entre diferentes actividades de su juventud y adulzete, ya que el daño cognitivo es demasiado alto como para articular un discurso, en el contexto de una conversación convencional.

E03; ¿Edad? (...) No me acuerdo (...) 48 años cultivando gladiolos, (...) no me acuerdo de los nombres, (...) no los tengo en la mente, pero si los veo me acuerdo.» [Observa un ramo de aproximadamente unos 25 a 30 cms. de alto que están sobre la mesa del living] [Esposa del entrevistado] «Tienes unas flores sobre la mesa, no recuerda de qué parte del jardín son.» Junto al entrevistado, caminamos rumbo al patio de su hogar, ante lo cual le consulto sobre el nombre de las flores, pero no me responde mientras las observa. Le nombro algunas, pero corrige el hecho de que no sean las que le nombro. Apunta a unas flores que están en botones, y las señala como 'gladiolos'. Luego avanza en silencio por el patio, señalando unas platas, rastreras, a las cuales indica como 'malvas' «(...) Malvas, de esas cosas que venden en la feria.»

Señala respecto a los integrantes de su grupo familiar de procedencia; «(...) éramos once, me parece (...), de todos esos quedamos cuat...cinco.» [¿Cuántos hombres y mujeres eran?] «(...) ese es otro dato que no lo tengo en la mente. (...) Vivos eran once (...) doce y doce, (...) no me acuerdo exactamente. (...) [Sobre su vida laboral; la farmacia] «Recuerdo que eran cinco personas, se llevaban bien y trabajaban harto (...), pero como lo hice bien, me buscaban cuando tenían turno.» [Esposa del entrevistado] «Fueron hace como 60 años.» [Sobre su vida laboral; ferrocarriles] «Y ahí me quedé como 10 años, (...) y como me portaba mal, el jefe, (...) cuando estaba de turno iba a trabajar a la farmacia los

días de fiesta. (...) No me acuerdo, (...) cuando el patrón principal murió, se me terminó la pega. (...) de ahí me fui a ferrocarriles. (...) [Edad de jubilación] «Ni me acuerdo, ¿tú te acuerdas?» [Le pregunta a su esposa] Se le consulta sobre si mantiene algún tipo de relación con algún ex-compañero de trabajo; «Ah bueno, no falta, fui bombero, como diez años (...), 20 y tantos años, ah, no falta de que conversar, (...) del servicio (...) donde yo trabajé, en ferrocarriles, (...) trabajé como diez años, (...) ya era bombero (...).»

Respecto a los quehaceres del hogar, señala; «A las 08:30, después, también ayudo a las dueñas de casa, (...) en la cosas necesarias que se puede ayudar (...), ordenar, (...) hay algunas plantas, (...) el hinojo, los demás son gladiolos, (...) los verdes.» Durante la entrevista, alrededor de unas 4 veces pregunta; «(...) ¿Para qué es esto? (...) Estos datos que me está poniendo!? (...) Yo pensé que me venían a buscar (...).»

E02: Respecto a su lugar de procedencia; «Nací en La Unión, me criaron mis padres, [¿Hermanos?] (...) seis hermanos, tres hombres, tres mujeres, (...) mi padre trabajaba en los fundos, (...) mi madre le hacía lavaditos pa' los ricachones. [Sobre su vida laboral] Yo salí de chico, desde los 14 años a trabajar en los aserraderos, ahí en Pishuinco, ahí mismo donde trabajaba mi padre. (...) Y allá viví con mis hijos [cuatro] y mi señora, (...) nos vinimos a Valdivia hasta que jubilé, (...) hace como diez, 15 años atrás.» [Sobre su infancia] «(...) Teníamos animalitos, unos [hermanos] entraban el agua, oros guardaban sus ovejas, en cerrar las gallinas, pero después estaba en el colegio, en Pishuinco, hasta sexto, después fuera, a Pelchuquín, (...) y así después salieron a trabajar. (...) Eso era lo bueno de antes, había que trabajar, había trabajo, ahora los cauros tienen 20 años y no hacen nada, son flojos, no hay trabajo, hay que buscárselas, cortar leña, cortar murra. (...) Tres terminaron su cuarto, la otra no terminó la básica, se enamoró y se casó. (...) Los recursos eran muy pocos para que vayan a la universidad, no había beca presidencial, (...) ahora hay ayuda para entrar a la universidad, (...) ahora quieren que les vayan a dejar la comida allá sentados en la mesa. (...) Antes uno trabajaba los 7 años, antes los colegios estaban lejos, allá en Pichirropulli llegaban tarde en la mañana, los castigaban y se venían tarde en la noche, (...) a veces todos mojados.» [Esposa del entrevistado] «En el tiempo de él, los niños los alquilaban, los que tenían tierra, hijue-la, para que ayuden a cuidar los sembrados.» [Entrevistado] «Los trabajos que me gustaban eran madereros y la siembra.»

2. Antecedentes sobre patologías anteriores al cáncer prostático

E01⁴⁸ señala que: «(...) siempre he tenido una bronquitis crónica (...), como una infección pulmonar (...)» y E02 señala: «(...) que tengo de todo, que tengo un quiste en riñones, (...) en junio [2006] que el colesterol y presión alta, tomaba pastillas todo el día. (...) Con el tiempo que estuve en el hospital, tenía una' úlceras, le hicieron una endoscopía y no tenía nada. (...) He tomado remedios para el hígado, dicen que al hígado, parece que no tengo nada. [Fue tratado hace aproximadamente] 3 años atrás de úlceras, (...) desde los 40 años que empecé a tener úlceras, (...) una tuberculosis a los riñones, (...) me operaron a hace como 25 años atrás, me sacaron un quiste, que no era bueno, y le como una raicita que volvió (...)».

En el caso de E02; «(...) tenía una paraplejia en las piernas por el derrame, (...) me vine a enterar (...) en unos cuantos meses (...) y de ahí me di cuenta del derrame.», como en la mayoría de los casos a presentar, y además de los mencionados malestares, sufrió un accidente vascular a causa de constantes subidas de presión, lo cual ocasionó daños a la memoria y a la capacidad cognitiva, comprometiendo la disposición a entregar antecedentes y detalles sobre aspectos específicos de su vida, que son materia de esta investigación. Por lo tanto este aspecto fue expuesto y discutido en la metodología de esta investigación. (...) «Un hermano murió de cáncer, (...) no se hace cuantos años, pero hace harto.»

E03: «(...) He tenido problemas cardíacos, colesterol alto, úlceras estomacales, hace como 48 años, pero se han ido disminuyendo o han quedado estáticos en comparación al cáncer prostático.»

3. La enfermedad, el padecimiento, el cáncer

E10: «El tiempo es el que se pierde, porque hay que hacer controles, que la espera, que falta una cosa, que se agrega otra, y así pues. (...) Pero mayores complicaciones que eso, nada, además he hecho todo lo que se ha requerido para no tener lamentaciones posteriores. (...) Hay que traer cuidado con estas cosas tan delicadas.»

E04: «Se sabe que el cáncer son pocos los que duran. (...) estoy operado de la próstata, hace 4 años, (...) hoy 'tuve todo el día en cama. (...) Lo alivia uno del cáncer, que no se puede hacer mucho con el cáncer, (...) me dijeron que vamo' a tener que operar, pensaron que yo

no quería, a simple vista, (...) pensaba que me iba a morir, pero como me operaron, (...) me paso eso, (...) hoy día tuve tratamiento por eso. (...) Ahora me largaron por tres meses. [Esposa del entrevistado] Estaba con él no ma', así que se operó.

[Esposa del entrevistado] Toditos nos asustamos, pensamos que se iba a morir pronto, si po', pero cuando hablamos con el doctor, dijo que le habían sacado el cáncer, pero después cuando le dimos el alta, (...) yo hablé con él, de que le había sacado el cáncer, me dijo que no, no, no le sacamo' el cáncer por la edad que tiene, me dijo, le sacamo' lo que apura el cáncer, entonces de esto no se va a morir, me dijo, va a morir de cualquier cosa, pero de cáncer no, es así porque gracias a Dios está con vida.

Los hijos se asustaron un poco, la niña mujer, sobre todo, uf (...) fue una pelea con los hermanos, (...) estuvo un poco nerviosa (...). [Entrevistado] Le dije que me iba a mejorar, y así fue. [Esposa del entrevistado] El hijo varón, que está mal, (...) ¿los amigos? que lo grave había pasado, (...) [Esposa del entrevistado] ¿a la familia? (...) había que cuidarlo, tener cuidado en todo.

[Esposa del entrevistado] Le hicieron un examen por otra cosa, por la presión, examen de sangre, y ahí fui a otro control y que tenía que hacerse inmediatamente, (...) le dijeron que tenía que ir al hospital, fui al hospital, y ahí le dijeron (...) lo que tenía. [Entrevistado] Por la enfermedad, no me dan ganas de servirme nada, no comía nada.»

4. El dolor como transferencia

E02: «(...) Me he sentido mal siempre, (...) la cosa no mejora, el dolor aquí [se indica con las manos cubriendo el bajo vientre], en la vejiga, (...) parece que las otras enfermedades se aliviaron (...)»

E05: «(...) En el pecho, dejaron de dolerme la guata, [Esposa del entrevistado] se cansa, mucho sentado, al subir las escaleras, (...) cuando va por ahí se cansa bastante, el cuerpo pa' arriba, unos mareos de repente.»

E04: «(...) No he estado nada bien, estoy fregao' de los pies, (...) no puedo caminar, pero no tengo na'!? (...) ¿Lo más complicado? (...) los pies, la cintura, aquí las caderas, ahora pa' andar un poco, afirmo, no cargo los pies, (...) me canso, me duele.»

5. Posología

E09: «[Hijo del entrevistado] No me acuerdo, pero allá en el hospital le dan sus remedios y hay que estar atento para que se los tome, (...) para que no se olvide..»

E07; [Esposa del entrevistado] «*No sabe tomar medicamentos (...).*»

E05; «*(...) Harta droga, soy un drogadicto, (...) algunas compradas, otras con el médico, (...) comprarlas cada 30 días, son unas rojas con amarillo. (...) Te cansaste con una, y te dieron con otra, (...) tanto remedio que tomo. Pa' la próstata, hierbas, (...) no recuerdo el nombre, pero en la feria, [Esposa del entrevistado] (...) también están en el centro.*»

6. Más cerca de la muerte que de otros fragmentos

E06; [Hija del entrevistado] «*(...) Dejó de comer, no tenía hambre, lo que le daba lo vomitaba, comía de a poquito, (...) fruta molida. (...) Dormía todo el día, estaba ido, se acordaba de sus días de campo, lúcido no estaba. (...) No quiso saber nada de su esposa, luego se le pasó. (...) Cuando comía sonaba como hueco, como un pozo. Luego usaba sabanilla, no se podía sentar, a veces se sentaba solo, a veces no podía. (...) Hasta el último momento nunca se quejó, ni que le dolía orinar. Dos días antes de que muriera, comenzó a quejarse por orinar, ya que los lapsos eran muy largos, como que se hinchaba, lo sobábamos y ahí podía (...) luego lo vinieron a ver las enfermeras y entró en coma. (...) Cada 6 horas una inyección de morfina, (...) hasta que comenzó a respirar fuerte y a sudar de 6 a 6:10, (...) falleció a las 6:10. (...) Murió pensando que no tenía cáncer. (...) Pensaba que era cualquier cosa menos cáncer.*»

E02; «*Bueno, yo pensé que me iba a morir, pero que se iba a morir al tiro con el cáncer, sino me habría muerto antes po'. (...) Ahora si me quiero morir, (...) además estoy viviendo de más, porque (...), uno sufre, uno está sufriendo.*»

VIII. Resultados

A través de las experiencias de los sujetos con los cuales se realizaron las conversaciones, y junto a sus familias, podemos construir una serie de figuras que nos permitan el desglose de la razón práctica a través del ejercicio descriptivo.

- El cáncer prostático es una patología de características encontradas, ya que no ha marcado un quiebre ni un impacto significativo o de grandes dimensiones en la percepción del ahora de los sujetos. Todo lo contrario respecto a nivel corporal, el que junto al desgaste físico y progresivo

de los años, logra crear una confusión sintomática en el *desde donde y hasta donde* empiezan o terminan los malestares por cáncer prostático, y donde comienzan las dolencias propias de la edad, donde lo propio de la edad en relación al cáncer prostático es una referencia señalada por los sujetos como parte de los malestares que los años acumulan indiscutiblemente; a algunos les ocurre y a otros no, algunos se mueren por cáncer, otros no.

- En este contraste de encuentros, las características asignadas al cáncer prostático son muy similares a los de cualquier otra patología, pero existe preocupación por la enfermedad al hacerla una referencia en términos específicos, es decir, el cáncer prostático, al igual que otras patologías catastróficas, adquiere relevancia sólo cuando puede provocar un período prolongado de inactividad, hecho que oculta la incorporación de una nueva actividad ajena a la remuneración o los propios intereses; ir al hospital.
- Los sujetos perciben el cáncer prostático a través del procedimiento asignado a un enfermedad regular; encontrar la enfermedad a través de un diagnóstico accidentado o no propuesto como consulta regular, operarse, quedarse en casa reposando, tomar medicamentos, controlarse y sanar. Pero en el caso de los sujetos que han sufrieros accidentes vasculares, y junto a esto un desgaste cognitivo relevante; el cáncer prostático no existe, ni ninguna otra patología, y si no existe nada, no se está enfermo de nada.
- Este hecho da paso a una construcción del ahora donde, específicamente, el día a día pasa a ser una figura presencial, pero no integrante de sus vidas, el que en complicidad con sus familiares se permite llevar con un menor pesar, construyendo a un nuevo sujeto que rápidamente se apropiá de una figura de dependencia asistencial; pasivo, inactivo y carente de materialidad cognitiva. Pero aún así los sujetos quieren integrarse a este nuevo estado sólo conviviendo con actividades de baja intensidad, y compartiendo junto a familiares y cercanos, junto a las experiencias de vida que de transitan entre lo próximo y lo ajeno, en relación a quienes las comparten hoy con ellos, a quienes parecieran transformarse en sujetos-transeúntes de sus hogares.

- En el caso de quienes no han sufrido accidentes vasculares, las patologías cardiorrespiratorias y vesiculares adquieren un impacto similar, pero con una ventaja, ya han puesto a prueba las anteriores y desconocidas condiciones de salud, por lo que la información respecto a lo que ocurre con su estado de salud, genera un sentido de alerta respecto a los mínimos cambios corporales, a la constancia y cantidad de medicamentos a ingerir.
- El cáncer prostático como patología terminal, en el contexto del diagnóstico tardío, genera un impacto mucho más relevante en términos de provocar la pérdida del sujeto, por lo que los familiares son quienes parecieran que padecen el cáncer prostático, a nivel del manejo de la información del padecimiento, medicamentos y síntomas. Lo que genera, de igual manera, un sentido de responsabilidad y de deber de las familias hacia el cuidado de los sujetos.
- Junto a esto, la relevancia del impacto de la enfermedad, como patología terminal, provoca un sentido de *supresión* en la información dispuesta a los sujetos que padecen el cáncer protático, debido a motivos señalados como el de no provocar un estado de decaimiento, desinterés por mejorar la actual condición, pérdida de actividad, permanencia en el grupo familiar, o cualquier otra condición relacionada a un desenlace inducido por sopesar la gravedad de la patología cancerosa.
- Los cambios físicos, en relación a la imagen corporal, son percibidos y es materia de atención y preocupación sólo cuando provocan dolor o molestia intensa. El cuerpo, para los sujetos, se transforma en tema de interés sólo cuando se ve interrumpido en el trabajo, tanto en relación a vivir una jubilación medianamente inactiva, como a realizar actividades de mantenimiento y esparcimiento en el hogar. De manera que el cuerpo, para los sujetos, se desprende de su condición de conjunto de partes, y se comienza a proyectar como una pieza integral en constante revisión del ejercicio sintomático; se transforma en materia obligada de conocimiento sólo a la vez que experimentan el proceso de atención por la patología cancerosa.
- La medicación adquiere tres aspectos, el primero es respecto a quienes ya reconocen el ejercicio de medicarse o ser recordados sobre los medicamentos que deben ingerir. En este grupo, los sujetos que no han padecido accidentes vasculares, si tienen un historial médico en relación a otras patologías complejas, lo cual se ha incorporado como un ejercicio respecto a horarios y cantidad. Desconociendo la correlación entre el medicamento y su funcionalidad.
- El segundo aspecto hace referencia a quienes por motivos de los accidentes vasculares se ven afectado, además, por un deterioro cognitivo importante, lo cual les deja en una posición donde su condición de sujeto es limitada a la práctica de la dependencia asistencial, y por lo tanto el uso de medicamentos. Junto a esto, la imagen corporal se hace confusa en los sujetos ya que las alteraciones hormonales, crecimiento de masas, como la sensación de *hincharse*, provocadas directa e indirectamente por los medicamentos los desconciertan, alterando los estados de ánimo paulatinamente, y con esto, perjudican las relaciones personales y afectivas con su familia, al igual que la disposición a la medicación, alimentación y aseo personal.
- Y el tercero es respecto a quienes no tienen mayor relación expresa con los medicamentos en casi ningún nivel, ya que se reafirman como sujetos que jamás conocieron enfermedad alguna y cuando había problemas de salud, los cuales son aquellos considerados como los *típicos* -resfrios, gripes, dolores estomacales- la solución se encontraba entre plantas medicinales o el consejo de hierbateros.
- La construcción de la masculinidad es una condición que no es motivo de reflexión o de inflexión por parte de los sujetos por reconocer qué es o cuáles son las formas respecto a indicar cómo deben ser tratados o criados los hijos, tanto varones como mujeres, y donde el discurso clásico, activo y persistente de la masculinidad hegemónica, con el cual se desprende el análisis comparativo, se ve accidentado por otras condicionantes que forman parte de una exclusión integral sobre aspectos de las llamadas *pautas de crianza*; la materialidad y la construcción de las pautas y estereotipos de género.
- En este sentido los sujetos señalan como *propio* la condicionante comparativa para reconocer el *cómo he sido hasta ahora*; el antes y el ahora.

- El antes es indicado a través de las condiciones relacionadas con la escolaridad, donde los varones sólo debían estar en la escuela hasta que se les requiriera en el hogar para trabajar junto a su padre o para otros.
- El antes también adquiere un sentido idealizado respecto a las condiciones laborales, pero no en el sentido de las mejoras legislativas, sino que *antes* había trabajo, *antes* uno se las ingenia para conseguir trabajo en lo que sea o donde sea.
- Los sujetos y sus familias señalan en relación a sus hermanas mujeres, que las condiciones en las cuales ellas enfrentaban la escolaridad era mucho más favorable, sólo porque ellas podían avanzar y terminar la escuela.
- Dentro del contexto de la búsqueda de las características asignadas a la masculinidad, la actividad laboral, el trabajo, es una condicionante que para los sujetos se conjuga bajo cuatro elementos: la temprana incorporación a las actividades laborales, la suspensión de la escolaridad, la cantidad de trabajos desempeñados en relación a la permanencia en ellos, y la jubilación como quiebre y/o condición que les coarta la posibilidad de ser un miembro activo del hogar, ya que todas las otras actividades que vienen después son sólo pasatiempos, arreglos necesarios o parte de la mantención del hogar.
- Estos aspectos de las condiciones observadas por los sujetos, respecto a su infancia, es la figura a cuales ellos mantienen similares condiciones con las cuales criaron y educaron a sus hijos, pero las variantes generacionales son motivo de conflicto sólo porque se han roto paulatinamente -según sus familiares- las condiciones de verticalidad en relación a la posición clásica de los roles dentro del hogar.

IX. Conclusiones

El uso de las figuras e imágenes en esta investigación se presentan en el sentido de las asignaciones aplicadas a una problemática específica, como un constructo que genera mediación en el contexto de la apropiación de sentido y de su uso pragmático; los fragmentos, la condición de la perdida sistemática de los elementos que dan sentido a la integralidad.

El cáncer prostático y la imagen corporal, no sólo son parte de un discurso, no son sólo parte de un hecho, y

tampoco se permiten como una articulación lingüística que se define bajo sus propios términos, sino que además, podemos dar pie a la existencia de una serie de actitudes, acciones, prácticas y usos que le dan forma a los procesos de construcción y apropiación de las experiencias, las cuales articulan una serie de elecciones a través de los años, la que los sujetos indican y señalan hasta el límite de la posibilidad descriptiva, donde cada una de estas experiencias y relaciones adquieren sentido, no sólo por el peso de los años, sino por la experiencia compartida.

La actividad laboral, en este sentido, es una obligación y/o deber, la cual debe implicar la obtención de recursos, pero donde no es materia de discusión su cantidad, el nivel de desarrollo profesional, ni muchos menos el personal. Debe ser una actividad que acompañe gran parte de la vida de los sujetos, y es valida en su condición de itinerante como ininterrumpida.

No existe la enfermedad como obstáculo, pero si las dolencias relacionadas a la actividad laboral; cansancio, accidentes laborales, entre otros.

El cáncer prostático, junto a toda su asignación como enfermedad catastrófica, pareciera ser sólo una más de las tantas formas de morir, pero el peso de esta patología sólo preocupa cuando descoloca la perspectiva del ahora, del sentirse bien, del morir.

La caracterización de la enfermedad -el cáncer prostático- es expuesta como un sentido práctico sobre la apropiación del conocimiento relacionado con síntomas, fármacos, dolencias y estados, que nos deja con la impresión de estar sólo relacionada -a los sujetos y sus familias- como una referencia materializada en la dolencia inmediata, igual que cualquier otra enfermedad, sólo que en este caso, dispone de los sujetos de una forma más clara respecto al riesgo vital.

La apropiación de las características sobre el cáncer prostático, da paso a un sentido particular del padecimiento de la enfermedad. Éste entrega señales sobre la molestia que los sujetos experimentan y que no dejan de transmitir, tanto de manera pasiva, al no compartir completamente la experiencia de estar padeciendo cáncer prostático con quienes los cuidan, y *dependiente*, lo que se suma al echo de ser asistidos en todas las actividades que realizan.

Se extiende un ejercicio en la conversación con los sujetos, el que hace referencia a «*lo que fue*» y «*lo que podría ser*», como aspecto recurrente de sus discursos, donde el punto de discordia comienza con negar la dependencia, asumiendo una actitud de «*necesidad*»

de ser atendidos, pero bajo la idea de «*ser comprendidos*».

El padecimiento del cáncer prostático es conocido a medias, ya que ninguna de las partes coopera, y no por un tema exclusivamente relacionado con la obligada tarea de informar por parte de los especialistas, sino por la complicidad de las familias, y no por permitirse entregar información distorsionada, sino como parte de una práctica por *desconocer* y entregar información estandarizada a cualquier otra patología, inscribiendo el montaje de un doble discurso donde los sujetos que padecen cáncer prostático hacen referencia al cáncer como parte de lo «*propio*» de la edad (sólo por el hecho de ser «*viejos*»), lo que conversando con las familias arroja las motivaciones que sólo son obligadas como un ejercicio que busca evitar la inminente y dolorosa pérdida.

El cuerpo se transforma en otro sujeto, un completo desconocido, hasta que no puede obviar la dolorosa condición que probablemente los acompañará hasta un desenlace conocido. Tema que se hace más recurrente entre las familias que con los sujetos. Tema que ni siquiera se considera como probable de conversar en el ejercicio de compartir expresamente el pesar junto a la familia como ejercicio paliativo.

Los sujetos exploran a ciegas entre los fragmentos que son parte de sus vidas, donde la proposición de un discurso extendido y relativamente lineal, como parte de un ejercicio por obviar la funcionalidad de las experiencias que expresan, no es posible ya que la gravedad de otras dolencias ajenas al cáncer prostático, han dañado la materialidad cognitiva, dejando a disposición sólo imágenes y figuras que se cruzan accidentalmente, rearmando una historia relativamente ajena, un discurso accidental, donde los fragmentos no logran compartir significación, y sólo son parte de un canje efectivo de la pragmática del *fue* o del *ser*, por un sustancioso repuesto del *podría ser junto a aquellos*, donde las familias son una asistencia que reafirma tramos sobre la historia construida por los sujetos juntos a ellos, obviando cualquier referencia a lo inmediato, tanto en términos de corporalidad, como de género.

La masculinidad para los sujetos, resulta ser una extracción en la decantada cuenta de los años, la que se construye bajo referencias excluyentes de lo que no hace una mujer: trabajar, salir a trabajar, dedicar los años posibles a una actividad remunerada o que los mantenga activos, construir familia, aspectos que se contraponen frente a la enfermedad que sirve como respuesta frente a todo lo hecho y trabajado.

La masculinidad aparece como una respuesta momentánea frente a los nuevos hechos que implica el padecimiento de la enfermedad cancerosa; tratamientos, medicamentos, cosas que se pueden hacer y otras no. Los cambios físicos son aquellos que contraponen la masculinidad como ejercicio de constante consulta respecto a su caracterización más recurrente sobre «*lo que puede padecer un hombre*»; el crecimiento mamario, los cambios de ánimo, la indisposición de hacer de todo.

De esta forma, la imagen corporal, emerge como el aspecto que toca, contrapone y enfrenta los aspectos considerados como «*únicos y propios de los hombres*» en la construcción sociocultural de la identidad de género, aspectos que se deben reacomodan de manera vertical y relacional entre la enfermedad, la edad, y el ser hombre, para que se permita como una respuesta a los hechos que se van sumando a las experiencias de vida de los sujetos y sus familias. Hechos que no son cuestionables, pero si pueden ser pulidos, en el sentido de asumir -junto a las familias- las nuevas experiencias.

Bajo este sentido, los sujetos entrevistados, disponen de los aspectos y la experiencia de vida bajo una perspectiva que permite reacomodar los recuerdos como un objeto extraño de caracterizar, ya que las condiciones donde se mantienen son parte de una historia que está fuera de toda posibilidad de retomar en el silencioso sendero del «*me siento bien*». Pero las condiciones de los sujetos no se resuelven en el tiempo, no se estiman ni son parte del devenir, no son parte de la intensidad de los hechos macrosociales, están mucho más próximos y tamizados por una continua y paradojal conjugación de decisiones y materialidad pragmática que sólo se correlacionan bajo relatos encontrados y dispares, donde los sentidos y significados, finalmente, se restan sólo como un puñado de fragmentos que accidentalmente se tratan de reconstruir, ejercicio que también pareciera no ser parte de ellos.

Notas

¹ Geertz, C. *La Interpretación de las Culturas*. Pg 20.

² Geertz, C. Op cit, pg 22.

³ Geertz, C. Op cit, pg 24.

⁴ Geertz, C. Op cit, pg 38.

⁵ Oyarzún, F. 1977. *Una concepción médica de la persona*. Pg. 21.

⁶ Señalada en el sentido de la construcción de la realidad y la apropiación de sentido específico a la problemática a desarrollar por el oficio antropológico. Invito a

- revisar en extenso la apropiación del constructo en la Tesis de Grado de Heidi Fritz H. 1996. *Construcción de Roles, Género y Valoraciones. Una aproximación a las representaciones de la realidad y la identidad de género femenina*. Instituto de Ciencias Sociales. Universidad Austral de Chile.
- ⁷ Geertz, C. Op cit, pg. 32.
- ⁸ Venegas, J., et al «Contribución a la discusión de la próstata femenina y la eyaculación en la mujer». *Revisita Chilena de Urología*. Pg. 218
- ⁹ Piver, M. 2000. *Oncología Ginecológica*. Pg. 15.
- ¹⁰ Piver, M. Op. cit. Pg. 25.
- ¹¹ Piver, M. Op cit.
- ¹² Registro Poblacional del Cáncer, Provincia de Valdivia, Informe Quinquenio 1998-2002. Julio 2004. Servicio de Salud Valdivia. Unidad de Epidemiología - Valdivia. Pg. 3.
- ¹³ Registro Poblacional del Cáncer, Provincia de Valdivia.
- ¹⁴ Registro Poblacional del Cáncer, Provincia de Valdivia. Pg. 5.
- ¹⁵ A. Krebs Et al. 2005. «Cáncer de Próstata: Resultados de un programa continuo de «screening»». *Revisita Chilena de Urología*. Volumen 70 Nº 3. Pgs. 129-130.
- ¹⁶ Le Breton, D. 2002. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Pg 38.
- ¹⁷ M. Douglas, M. 1998. *Estilos de pensar*. Pg 41.
- ¹⁸ Le Breton, D. Op cit. Pg 22 y 23.
- ¹⁹ Le Breton, D. Op cit. Pg 39 (como referencia general se extiende hasta la pg. 41).
- ²⁰ Berman, M. 1988. *Todo lo sólido desvanece en el aire*. Pg. 1.
- ²¹ Sarlo, B. 1996. *Instantáneas*. Pg 54-55.
- ²² Balandier, G. 1985. *Modernidad y poder*. Pg 27.
- ²³ Le Breton, D. Op cit. Pg 14.
- ²⁴ Le Breton, D. Op cit. Pg 154-155.
- ²⁵ Le Breton, D. Op cit. Pg 141.
- ²⁶ Si bien estas referencias parecieran obviar el origen de las grandes industrias en el siglo XVIII y XIX, donde niños y las mujeres fueron parte obligada dentro y fuera de las cadenas de producción, a costa de condiciones insalubres, indicar la experiencia laboral asignada a varones, hace referencia a la distorsionada figura que ancla a las violentas asignaciones en temas de producción, recurso y mantención, tanto a nivel personal, familiar y social.
- ²⁷ Guyton, A. Et al. 2002. *Manual de Fisiología Médica*. Pg. 369.
- ²⁸ Le Breton, D. 1999. *Antropología del Dolor*. Pg 36.
- ²⁹ Geertz, C. Op cit.
- ³⁰ Le Breton, D. 1999. Op cit. Pg 26-27.
- ³¹ Pericot, J. 1987. *Servirse de la imagen*.
- ³² Ramos, J. 2002. Op cit. Pg. 214.
- ³³ Ramos, J. 2002. Op cit. Pg. 215.
- ³⁴ Ramos, J. 2002. Op cit. Pg. 221.
- ³⁵ Le Breton, D. 2002. Op cit.

- ³⁶ Week, J. 1998. *Sexualidad*. Pg. 57.
- ³⁷ Roldán y Benería citado por Fierro, D. Pg. 13.
- ³⁸ Referencia a Connell, en Asturias, L. 1997. Pg 9.
- ³⁹ Le Monde Diplomatique. 2002. *Pierre Bourdieu*. Pg 49.
- ⁴⁰ Fierro, J. 1998. Op cit. Pg. 2.
- ⁴¹ Pisano, M. s/f. El triunfo de la masculinidad.
- ⁴² Sabo, D. 2000. *Comprender la salud de los hombres*. Pg 15.
- ⁴³ Sabo, D. 2000. Op cit. Pg. 3.
- ⁴⁴ Sabo, D. 2000. Op cit. Pg. 11.
- ⁴⁵ Standing, H. 2000. *El género y la reforma del sector salud*.
- ⁴⁶ C. Geertz. *La interpretación de las culturas*. pg 34.
- ⁴⁷ C. Geertz. Op Cit pg 33.
- ⁴⁸ E01 es una referencia a *Entrevistado N° 01*. Lo cual se reacomoda en el caso del sujeto Entrevistado N° 02, N° 03, y así sucesivamente.

Bibliografía

1. Textos

- BALANDIER, G. 1985. *Modernidad y Poder*. El desvío antropológico. Ediciones Júcar. España.
- BAUDRILLARD, J. 1989. «Videosfera y sujeto fractal». En V.A. *Videoculturas de fin de siglo*. Ediciones Cátedra S.A. Madrid.
- BERMAN, M. 1988. *Todo lo sólido desvanece en el aire*. Editorial Seix Barral S.A. Barcelona.
- DOUGLAS, M. 1998. *Estilos de pensar*. Editorial Gedisa S.A. Barcelona.
- FIERRO, J. 1998. *¿Una nueva masculinidad en Chile?* Centro de Estudios de Desarrollo. Stgo, Chile.
- FRITZ, H. 1996. *Construcción de Roles, Género y Valoraciones. Una aproximación a las representaciones de la realidad y la identidad de género femenina*. Tesis de Grado. Instituto de Ciencias Sociales. Universidad Austral de Chile.
- GEERTZ, C. 2000. *La interpretación de las culturas*. Editorial Gedisa S.A. Barcelona.
- GUYTON, A. Et al. 2002. *Manual de Fisiología Médica*. McGraw-Hill - Interamericana de España, S.A.U. Madrid.
- LE BRETON, D. 1999. *Antropología del dolor*. Editorial Seix Barral S.A. Barcelona.
- _____ 2002. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Editorial Nueva Visión SAIC. Bns. Ars.
- LE MONDE DIPLOMATIQUE. 2002. *Pierre Bourdieu*. Editorial Aún creemos en los sueños. Stgo., Chile.
- OYARZÚN, F. 1977. *Una concepción médica de la persona*. Ediciones Paulinas. Stgo., Chile.
- PERICOT, J. 1987. *Servirse de la imagen*. Editorial Ariel S.A. Barcelona.
- PIVER, M. 2000. *Oncología Ginecológica*.

- RAMOS, J. 2002. «Más que una mirada. El acercamiento de Bourdieu a la fotografía». En *Cuadernos Sociológicos. Pierre Bourdieu y la sociología crítica*. Editorial Arcis. Stgo., Chile. 197-222.
- SABO, D. 2000. *Comprender la salud de los hombres*. OPS. Publicación Ocasional Nº 4.
- SARLO, B. 1996. *Instantáneas*. Editorial Ariel S.A. Barcelona.
- STANDING, H. 2000. *El género y la reforma del sector salud*. OPS. Publicación Ocasional Nº 8.
- WEEK, J. *Sexualidad*. 1998. PUEG. Editorial Paidos. México.

2. Documentos electrónicos

- ASTURIAS, L. *Construcción de la masculinidad y relaciones de género*. Ponencia presentada al foro: «mujeres en Lucha por la igualdad de derechos y la justicia social» Ciudad de Guatemala. 1997. http://www.europfem.org/02.info/22contri/2.05.es/2es.masc/16es_mas.htm
- PISANO, M. s/f. *El triunfo de la masculinidad - Capítulo 1*. http://www.creatividadfeminista.org/articulos/masculinidad_consanguinidad.htm

Sanadores Urbanos en el Contexto de la Globalización

Urban Healers in a Globalized Context

Mariángelos Funes*

Resumen

El objetivo de este trabajo es describir y analizar parte de la oferta de medicinas y terapias, distinguiendo la incidencia de factores culturales y sociales que dan soporte a la selección y la combinación de la variedad terapéutica que se ofrece en el área metropolitana. Metodológicamente se inscribe dentro de las corrientes hermenéuticas, considerando a la cultura como sistemas simbólicos de producción e interacción de significados (Blumer, 1967; Geertz, 1997) y/o como contenidos de conciencia culturales compartidos en forma intersubjetiva (Taylor y Bodgan, 1996). Describiremos así el accionar terapéutico realizado por terapeutas de sectores socioeconómicos y nivel de instrucción medios.

Palabras Claves: salud, complementariedad terapéutica, área metropolitana.

Abstract

The aim of this work is to describe and analyze part of the offering of medicine and therapies, the incidence of cultural factors, that give support to the selection and

combination of the therapeutic variety which is offered in the metropolitan area.

Based on original materials, the author describes and analyzes the etiological illness theories among the users and the specialists of alternative, traditional, and religious therapies. Taking into account the cultural representations as symbolic system of production and exchange of meaning, the author describes the therapeutic action, carried out by therapists of middle class and average level of instruction.

Keywords: health, therapeutic complementary, metropolitan area.

Introducción

Los actores sociales adoptan prácticas que rebalsan las ofertas oficiales, apropiándose de formas de sanación que corresponden a otros contextos culturales y geográficos a partir de las experiencias que van teniendo en el acceso a las mismas, por medio de prácticas terapéuticas que operan por fuera del sistema oficial y que son validadas por los actores sociales que asisten y recomiendan a las mismas. Lo que la pobla-

* CAEA (Centro Argentino de Etnología Americana) – IUNA (Instituto Universitario Nacional de Arte) Av. de Mayo 1431 CP: 1085 - angiefunes@hotmail.com