

La crisis en el cuerpo.

Las teorías etiológicas entre varones con cáncer de Buenos Aires en escenarios de desempleo e inestabilidad económica.

Natalia Luxardo¹

Introducción

Presentaremos en este trabajo las explicaciones sobre las causas del cáncer que pacientes internados en servicios de oncología de hospitales de Buenos Aires (entre los años 1998 y 2003) encontraban como responsables de su dolencia, haciendo hincapié en los significados y sentidos otorgados a la enfermedad. Nos interesa comparar si dicha percepción varió a partir de la crisis socio- económica y política vivida en el país a fines del año 2001-2002. Para ello recortamos como unidad de análisis exclusivamente a varones con diagnóstico oncológico, atendidos en el Hospital Municipal de Oncología “María Curie” durante los meses de junio a diciembre de 2002. Hemos tomado una muestra no probabilística (intencional) de 30 pacientes internados o ambulatorios, con indicadores socio-demográficos similares a los 43 casos tomados en el período anterior (1998-2000).

La revisión del material relevado durante el año 2002 impuso la necesidad de incorporar a las corrientes fenomenológicas con las que veníamos trabajando categorías analíticas propias de las corrientes más críticas de la antropología médica. En los relatos sobre el cáncer de nuestros informantes observamos que durante el período que abarca todo el año 2002 y principios del 2003 la referencia a factores estructurales (principalmente económicos y laborales) aparecía constantemente jugando un papel prioritario en el deterioro de la salud de modo tal que nos planteamos para este trabajo profundizar en tal aspecto posicionados desde un paradigma interpretativo crítico, centrado en las significaciones pero haciendo jugar las dimensiones histórico- políticas y económicas del fenómeno.

Sin embargo compartimos con Good (1994) la idea de que la combinación del estudio de factores macrosociales y el análisis histórico con los escritos etnográficos es muy difícil, sea porque utilizan categorías marxistas como mistificación, o porque el término crítico lo introducen para autorizar el juicio político-moral del investigador más que para profundizar el análisis. También ha notado Grimberg (1995) que este tipo de estudios suelen plantear un

¹ Centro Argentino de Etnología Americana (CAEA/CONICET) y Universidad de Buenos Aires (UBA).

marco teórico crítico general completamente ajeno a la descripción y análisis de los datos, quedando como retórica vacía o hecho declarativo abstracto, por lo tanto sugiere estudiar dichos procesos de salud-enfermedad-atención como problemáticas complejas, relacionadas con modelos globales de acumulación , modelos económicos y políticos específicos de políticas gubernamentales; considerando los procesos económicos de producción de medicamentos, drogas, tecnologías y servicios médicos (industria farmacéutica, industria tecno-aparatológica y empresas médico-asistenciales).

Embodiment

En las últimas décadas ha habido un proceso de deterioro producido por factores macro-económicos, entre ellos la “globalización” que ha impactado en las relaciones de trabajo provocando el surgimiento de precariedad laboral, desestructuración de la organización clásica del sistema de división industrial del trabajo y la progresiva desincorporación de sectores de la población a los servicios de seguridad social (Luz,1999). Esta situación de inseguridad e inestabilidad se vuelve fuente constante de inquietud y perturbación, designado como estrés y distrés, generador de enfermedades de grandes sectores de la población (Luz, 1999)

Como ésto repercute y transforma las vidas concretas de las personas puede ser entendido si es pensado desde el concepto de *embodiment*. Csordas (1994) propone la perspectiva de “ser/estar en el mundo”, ya que esta posibilita hablar de una experiencia vivida, permitiendo captar el sentido de la existencia inmediata, es decir, como presencia temporal e histórica y con un “depósito de significados”. Dentro de este marco el lenguaje es una modalidad de ser en el mundo, que no solo lo representa sino que también lo revela, le da existencia.

Desde un punto de vista metodológico, menciona Csordas que la categoría que va a posibilitar ello es la de “embodiment” (en el sentido de hacerse cuerpo) reposicionando el lugar de la experiencia corporal como base de la cultura y el ser. La perspectiva de este estudioso intenta superar el dualismo mente-cuerpo y la relación objeto-sujeto; puesto que la mente bien puede ser un objeto (como lo es para la ciencia cognitiva, por ejemplo) o puede ser el sujeto cartesiano del pensamiento racional-moral-reflexivo. El cuerpo, a su vez, también puede ser un objeto (como lo es para la biomedicina) o ser el sujeto de las sensaciones y experiencias, en síntesis, como fuente de la subjetividad . Resumiendo, nos interesa de

Csordas (1994) que este “hacerse cuerpo” lo aborda como un campo metodológico definido por una experiencia perceptiva y un modo de presencia y compromiso concreto en el mundo.

También Lock va a realizar un análisis de lo que ha sido el estudio del cuerpo, en aquellos paradigmas que lo han situado como “producto de contextos sociales, culturales e históricos específicos”² (1993:134); resaltando que no solo tenemos cuerpo, sino que somos cuerpo, por lo tanto en un permanente intercambio dialéctico entre subjetividad- biología- sociedad . De modo tal, que este cuerpo imbuido de significaciones e históricamente situado es un activo constructor de modos de expresión (la enfermedad sería uno de ellos) que manifiestan tanto la pertenencia como la disidencia, la disconformidad y el malestar.

Scheper-Hughes y Lock (1987) entienden que la imagen corporal son las representaciones “colectivas e idiosincráticas” que un individuo introduce acerca del cuerpo y su relación con el medio ambiente, incluyendo percepciones, afectos, cuestiones cognitivas, acciones. Hay una relación entre los síntomas que los pacientes “eligen” y las concepciones sobre la imagen corporal, algunos órganos capturan la imaginación de la gente, dichas percepciones etno-anatómicas nos dan información sobre los significados sociales y culturales del ser humano, así como las amenazas a éste.

Las emociones afectan la manera en la que el cuerpo, la enfermedad y el dolor son vividos y proyectados en imágenes del funcionamiento social y político. Al respecto, muchos pacientes con cáncer expresaron sentir que habían enfermado por haber reprimido las emociones, por no expresar disconformidad ni caer en discusiones, mientras que por otra parte las sociedad les exige ser autocontrolados, no “desbordarse” emocionalmente.

El “¿Por qué?” del cáncer antes de la crisis

Previamente a exponer las explicaciones sobre el origen de la enfermedad que la población entrevistada señala, queremos retomar brevemente las principales etiologías brindadas por pacientes oncológicos tomados de una muestra realizada entre 1998-2001, con indicadores socio-demográficos similares (Luxardo, 2005). Algunas de las causas que aparecieron pudimos distribuirlas en las taxonomías utilizadas corrientemente por la biomedicina: factores externos (como el cigarrillos, ciertos químicos, etc.), el estrés y la herencia genética. También surgieron otros responsables que no estaban incluidos en tales clasificaciones, como el azar y la envidia.

² Traducción propia.

Entre todas ellas, la categoría modal ha sido el azar, en la que no hay culpas sino una suerte de designio para el sujeto pasivo, receptor de la fatalidad. Sobre el azar, también entendido como destino o voluntad de Dios, hay autores como Lock (1993) cuando habla de *random fatality*³ y Castro (2000) que han demostrado en trabajos etnográficos que las personas hacen referencias a los padecimientos como males que aparecen inesperadamente, surgiendo de la nada; son vividas como si fuesen entidades autónomas que existen fuera del cuerpo y que le pueden caer a cualquiera. Esta perspectiva de causalidad conlleva un sentido de aleatoriedad y la percepción de que el individuo es una víctima frente a la enfermedad.

En segundo lugar mencionaron a los factores externos, entre ellos el cigarrillo, ciertos productos químicos, el humo y la comida. Con respecto a esta última distinguían la responsabilidad de ciertos componentes nocivos de los alimentos como posibles culpables (conservantes, estabilizantes) de las conductas de las personas en el acto de comer (también un factor con incidencia en la aparición del tumor). Sin embargo estas conductas fueron incluidas dentro de la categoría “Estrés”, ya que no hablaban de la comida en sí sino en la manera en que la ingerían: nerviosos, apurados, ansiosos y con preocupaciones. Los productos químicos señalados tenían que ver con el trabajo que realizaban (limpiar tanques en barcos, fábrica de cloro) o la proximidad a alguna fábrica, aunque hubiesen pasado hasta más de 15 años de ello.

De menor frecuencia que las dos anteriores y con igual cantidad de respuestas entre ellas mencionaron al estrés y a la herencia genética como factores causales. El estrés era mencionado como un cómplice indirecto de la enfermedad; así ante problemas mayoritariamente laborales o personales (disgustos, conflictos afectivos) empezaron a tener actitudes que afectaron negativamente el ritmo normal de actividades diarias como la alimentación, el sueño, el ir al baño, la sexualidad y así fueron preparando el terreno para que el organismo se debilitara y apareciera el tumor. Pero también el estrés puede ser la única causa, principalmente por situaciones con una alta carga de tensión emocional: personas que antes de tener el diagnóstico de cáncer tuvieron grandes disgustos, meses previos llenos de presiones (laborales, familiares), momentos límites que implicaron haber vivido en una continua sensación de nerviosismo, ansiedad y angustia.

Los conflictos laborales aparecen como causas indirectas, y en los relatos mostraban interacciones negativas pero con una incidencia pequeña, y con posibilidades de revertirse.

³ Fatalidad aleatoria

Por otra parte, la categoría herencia genética surgió marcando no solamente una predisposición a padecerlo (“todos en mis familia tuvieron eso”) sino también como un factor de protección (“mi abuela vivió hasta los 100 años, tenemos sangre de tortuga”).

Para concluir, las etiologías más citadas estaban relacionadas con aspectos socio-emocionales que pudimos englobar en dos tipologías básicas: “el tragarse todo” y “el poder con todo”. En la primera ubicamos a personas que expresaron haber estado socialmente aislados desde siempre, nunca confiaron en nadie y se sintieron solos, personas reservadas que se guardaban los problemas y que les costaba expresar si estaban en desacuerdo o enojadas.

En la segunda observamos personas que por distintas circunstancias tuvieron que hacerse cargo de demasiadas responsabilidades, por una temprana muerte del cónyuge, por ser hijos mayores de padres separados y hermanitos pequeños, entre otros. De este modo, las exigencias del entorno cayeron sobre esta persona que sintió que los otros dependían de él y se aferraban a ésta como el pilar o tronco fundamental para encontrar todo tipo de apoyo (afectivo, económico).

La crisis en el cuerpo.

En algunos relatos aparecen factores que ya eran mencionados y las causas pareciesen ser una combinación de ellos más que situaciones específicas puntuales. Por otra parte, nuevamente notamos como las narrativas se constituyen en la instancia decisiva para mostrar quiénes son, el papel que tienen y el lugar que ocupan.

“Yo venía teniendo problemas laborales, muchas preocupaciones, pero además mi mamá murió por un tumor en el vaso. Entonces me noté una raya en la mejilla (adentro) y ahí fui al dentista” (Julio, tumor de mandíbula).

“El tuvo TBC hace 10 años, y nunca hizo lo que tenía que hacer: dejar de fumar y de tomar, por eso le dio (*cáncer*)” (esposa de paciente internado con cáncer de pulmón).

Los pacientes entrevistados presentan una nueva posición en la que se ubican para explicar que les sucede y es la de vulnerabilidad. Nunca habían aparecido en los discursos analizados anteriormente tantas referencias directas o indirectas (a través de frases puestas en boca de otros cercanos como “mi esposa dice que tengo tristeza”...) sobre características que

antes sólo encontrábamos en los relatos de las mujeres: tener miedo, depresión, estar angustiado, tristeza, no tener ganas de hacer nada.

“Ahora trato de respirar bien. Yo me quiero llevar un tubo de oxígeno a casa por las dudas, para quedarme tranquilo, porque después me sube una masa de calor y me cuesta respirar. Los filósofos hablan, en cambio los psicólogos piensan. Yo era muy nervioso, comía apurado, siempre pensando en el trabajo. Fumé hasta el día antes de internarme. A partir de ahora todo va a cambiar. Lo único importante voy a ser yo. Antes vivía preocupado por la plata, que no iba a llegar a fin de mes, que no iba a poder pagar el gas ni la luz. Ahora ya no más. Mi esposa dice que me asusté.” (Carlos, cáncer de pulmón)

“Me acuerdo que apagué la televisión, me metí en la cama y no me levanté ni afeité en días. No podía pararme. Nada me interesaba, ni siquiera ver a mis nietos. No sé cuánto tiempo estuve así.” (Mario, cáncer de pulmón)

El deterioro de las denominadas condiciones materiales de existencia también son señaladas como responsables del surgimiento no sólo del cáncer sino de varias enfermedades. Las referencias a situaciones de precarización concretas son continuas, tomando como parámetro de comparación cómo se encontraban inmediatamente antes. No poder faltar al trabajo sintiéndose mal, la falta de material de protección como guantes y máscaras para el trabajo con químicos y otras situaciones que demuestran como los trabajos se habían vuelto más inseguros y peligrosos para la salud de los trabajadores.

“El tiene cáncer de pulmón. Pero eso no le preocupa, porque también tiene HIV. Limpiaba tanques en los barcos, así nomás, en negro, ni obra social tiene. Yo me hice el estudio y me salió negativo. El salía en los barcos por seis meses enteros, y eso que respiraba por once años, esos químicos lo dañaron, creo que es ácido muriático, no sé bien” (esposa de paciente con cáncer de pulmón).

“Me mandaron a hacer una radiografía en mi trabajo, porque venía con una tos que no se iba con nada. Yo sabía lo que me iba a dar. Entonces para qué iba a ir a buscarla? No tenía ni plata para medicamentos ni para tratamientos. Además en mi trabajo cuando se enterasen me iban a despedir, y estaba en negro, ni siquiera iba a poder

reclamar que me paguen el mes y como están hoy en día las cosas decidí aguantarme nomás, hasta ahora, que ya no pudo más...” (Martín, cáncer de pulmón).

Comenzamos a notar que las perspectivas analizadas, a diferencia de las anteriores, incorporaban a los factores estructurales (como el desempleo, la devaluación) en las explicaciones sobre el origen de la dolencia. Aparece el énfasis en mostrar cómo todo ello afectó a conjuntos sociales y no a esa persona nada más, ya no es el “individuo” golpeado por la fatalidad o afectado laboralmente por cuestiones particulares (como llevarse mal con el jefe o tener estrés por no poder terminar un trabajo) sino que el hecho de tener cáncer parece ser sólo una de las posibles consecuencias nefastas que se generaron. Sin embargo, también está claro en los discursos que estas situaciones comunes vividas afectaron diferencialmente a los distintos grupos de acuerdo a la posición en que los encontró.

“Mi jefe cerró todo y se fue a Miami, donde su cuñado tiene un restaurant con comida argentina. A él todo lo que pasó le hace tener que empezar de cero a los 50 años, yo no creo que tenga ni siquiera esa chance, porque me dijeron que ya está todo tomado” (Hugo, metástasis en hígado)

En los relatos aparecen constantes referencias a otras personas en condiciones parecidas también golpeadas por la crisis, biografías compartidas que responden de manera similar (sea con cáncer, infartos, úlceras o pozos depresivos) ante “*la tormenta*” (sic).

“Tengo lastimado acá (pulmón). No por el esófago. Yo en febrero empecé a bajar de peso. Había muerto mi papá y me había quedado sin trabajo. Yo soy camionero. Hace tres meses empecé a escupir sangre, y no le dije nada a nadie, ni a mi esposa, hasta que hace unas semanas escupí como un coágulo de sangre y ahí llamaron a la ambulancia. Llegué con la presión 6/8. Al final me dieron un tratamiento, rayos. No sé que es, supongo que debe ser como se hace con los caños, le hacen eso y después se arreglan. Porque lo mío se puede operar, sabés?” (José, tumor de pulmón).

“Mi marido trabajó 44 años en una fábrica, hasta para que de un día para otro cerró. Ni siquiera el mes de trabajo le pagaron. Cayó en un pozo depresivo. Teníamos que vivir de la pensión de mi mamá. Él lloraba, no teníamos ni para comer. Tenemos un hijo de 34 años. Yo digo que no es tonto, porque ve a las chicas lindas en la televisión y se

encierra en el baño y ya mi marido tuvo que hablar con él, cosas de hombres. Él antes escuchaba mucha música, pero después no porque cayó en un pozo. Muchos de sus amigos murieron del corazón. A él le dio en los riñones y en la próstata (*tumores*) . Murió hace 5 meses (*en junio de 2002*). Por eso yo digo que me agarró a mí, tantos problemas...” (esposa con cáncer).

La incertidumbre, la falta absoluta de cualquier posibilidad de prever algo marcan otra instancia de agudización del cáncer. Si bien manifiestan que anteriormente tampoco se encontraban en condiciones socioeconómicas favorables, las narrativas destacan el rol crucial en la aparición de dolencias (como el cáncer) el sentimiento de vivir en una inestabilidad total con expectativas inciertas tanto en el corto como en el largo plazo.

“Yo vendo, en los colectivos. Me agarró en la garganta, y me sale esta voz (*ronca*). No sé que voy a hacer si no puedo trabajar, porque a mí nadie me da nada. Vivo con mi mamá, que no tiene ni pensión. Nada se consigue ahora. Antes, con unas changuitas uno como que podía ir aguantando todo el mes, pero estos dos días que me pasé la mañana esperando los remedios para la quimio (*en el Banco Nacional de Drogas, donde hay que ir con la receta médica a retirar la medicación*) no pude hacer ni 10 centavos, nadie te compra nada. Por suerte algunos colectiveros me llevan, porque ya me conocen. No sé que voy a hacer. “ (Adrián, tumor de garganta).

La crisis impactó directamente en la identidad de estos varones, en sus posibilidades diarias de reafirmación como tales: los ingresos, el trabajo, la capacidad de “sostener” a otros y marcó, como ha notado Hunt (2000) en otros estudios sobre enfermedades crónicas, una pérdida existencial, una deconstrucción del *self*, de su lugar en el mundo y del sentido que previamente encontraban. Queda como interrogantes planteos sobre que ha pasado después, si estas entrevistas no tuvieron dichas características simplemente por haber sido tan cercanas al momento de crisis, y por último, ver cómo se reorganizaron posteriormente esas identidades “rotas”.

Consideraciones finales

En relación al corte temporal que realizamos para comparar los relatos, no podemos aventurar hipótesis *simplistas* y asociar linealmente a los factores macroestructurales como la

principal explicación etiológica sobre el origen del cáncer que mencionaron nuestros informantes, aún cuando ello pareciese desprenderse en una primera lectura de las entrevistas. Si analizamos detalladamente los relatos podemos notar que durante varios años previos a la crisis ya se habían incorporado en los discursos este tipo de condicionantes y, a su vez, también en los años inmediatos que siguieron a la crisis siguen estando presente otros factores como los afectivos y los genéticos.

Así mismo, tampoco podemos decir que las explicaciones del cáncer como desequilibrio socio-emocional sean nuevas. Ya hemos notado que este tipo de conflictos es la primera causa que siempre aparece (también en las explicaciones brindadas desde paradigmas biomédicos como el de la psiconcología).

Por tratarse de un estudio cualitativo el peso que tiene cada una de las categorías mencionadas por los actores sobre su responsabilidad en el surgimiento del cáncer (en este caso comparativo básicamente, las condiciones socio-económicas *versus* las otras) tampoco puede deducirse de las frecuencias de aparición de cada una de éstas. Por el contrario, sólo a partir del análisis de las narrativas podemos detectar nuevos componentes de las implicancias y significados del cáncer. Estos actúan como instrumentos que le sirven al entrevistado para mostrar la posición en la que ahora se encuentran y que, sin dudas, es una posición de vulnerabilidad (por ello hablan de depresión, tristeza, miedos) que antes la encontrábamos casi exclusivamente en los relatos de las mujeres.

Otro cambio que apareció en las explicaciones etiológicas es que anteriormente todos los relatos acerca de la enfermedad y del enfermo las hacían desde una idea de individuo, que podía estar nervioso, preocupado, tener estrés y problemas laborales pero no dejaban de ser cuestiones de índole privada. Es decir, la persona (en su singularidad) afectada por la situación (también singular). A partir de la crisis ni la persona enferma ni las causas de su enfermedad son privadas, se incorpora a los discursos y al análisis que hace cada entrevistado de su propia situación también la suerte de otros conjuntos sociales en condiciones similares.

En definitiva, ni siquiera el cáncer es el rasgo distintivo que tienen los “sobrevivientes” de la crisis, a pesar de las continuas asociaciones que hacen entre el surgimiento del tumor y dicha coyuntura. También los infartos, los pozos depresivos y las úlceras que varios entrevistados contaron sobre sus (ex) compañeros de trabajo dan cuenta de las diferentes caras de un mismo *embodiment* caracterizado por el deterioro del sistema social en el que estaban insertos. Podemos aventurar que mostrar ese proceso a partir de las narrativas (quiénes fueron y por qué ahora están así) tiene tanta (sino más) importancia que el hecho de tener cáncer.

Bibliografía

- Castro, R. 2000. La experiencia subjetiva de la salud y de la enfermedad. En *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción de la pobreza*. México: UNAM- CIM. Morelos
- Csordas, T. 1994 a. Introduction: The body as representation and being in the world. En *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge.
- Csordas, T. & A. Kleinman 1996. The Therapeutic process. En *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method* (eds.) Sargent, C. & T. Johnson, 3-40. Westport: Praeger.
- Douglas, M. 1998. *Estilos de Pensar*. Barcelona: Gedisa.
- Garro, L. C. 2000. Cultural Knowledge as Resource in Illness Narratives: Remembering through Accounts of Illness. En: *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing* (eds.) Mattingly, C. & L. Garro. Berkley: University of California Press.
- Good, B. 1992. A Body in Pain. The Making of a World of Chronic Pain. En: *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective* (eds) DelVecchio M.J., P.E. Brodwin, B. Good & A. Kleinman. Berkley: University of California Press.
- _____. 1994. *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grimberg, M. 1995 Teorías, propuestas y prácticas sociales. En *Cultura, salud y enfermedad. Temas en antropología médica* (comp.) M. Alvarez & V. Barreda. Instituto nacional de antropología y pensamiento latinoamericano.
- Hunt, L. 2000 Illness narratives as social empowerment among mexican cancer patients. En *Narrative and the cultural construction of illness and healing* (eds.) C. Mattingly & L. Garro. Berkeley: University of California Press.
- Jackson, J. 1994. Chronic pain and the tension between the body as subject and object. En *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self* (ed.) T. Csordas. University Press.
- Kleinman, A. 1980 *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- _____. 1991 *The Illness Narratives: Suffering, Healing & the Human Condition*. New York: Free Press.
- Kleinman, A., P.E. Brodwin, B.J. Good M.J. Del Vecchio Good 1994. *Pain as Human*

- Experience: An introduction. En: *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective* (eds) M.J. DelVecchio Good, P. E. Brodwin, B.J. Good and A. Kleinman . Berkley: University of California Press.
- Lock, M. 1993. Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practices and knowledge. *Annu. Rev. Antropology* **22**, 133-55
- Lock, M. & M. Nichter 2002. Introduction: From documenting medical pluralism to critical interpretations of globalized health knowledge, policies and practices. En *New Horizons in Medical Anthropology: Essays in Honour of Charles Leslie*. London and New York: Routledge
- Luxardo, N. 2005. Cáncer: Historia, representaciones y Terapias. Buenos Aires: Tesis de maestría presentada en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Luz, M. 1999. *La salud en forma y las formas de la salud: superando paradigmas y racionalidades*. Brasil: Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro.
- Morsy, S. 1996 Political economy in Medical Anthropology. En *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method* (eds.) Sargent, C. y T. Johnson. Westport: Praeger.
- Scheper Hughes, N. & M. Lock 1987 *The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology*. Medical Anthropology Quarterly (New series) N°1.
- Sontag, S. 1978. *La enfermedad y sus metáforas*. España : Muchnik Editores.