

Narrativas sobre el cáncer. La experiencia de la enfermedad entre población del conurbano bonaerense

Natalia Luxardo

NATALIA LUXARDO: Mag. Ciencias Sociales y Salud (FLACSO-CEDES).
Centro Argentino de Etnología Americana (CAEA-CONICET).

Introducción

El propósito de estas líneas es profundizar en el tema de las representaciones sociales sobre el cáncer a través de un recurso metodológico sumamente utilizado en la antropología médica en el estudio de las dolencias o padecimientos: las narrativas sobre la enfermedad (Kleinman 1988; Good 1994; Garro 2000).

Las representaciones sociales articulan modos de percibir, categorizar y significar, implican nociones, valores y emociones que, entre otros aspectos, dan sentido y modelan las características de las prácticas sociales. Es por ello que las narrativas constituyen una herramienta metodológica de especial importancia ya que en ellas las vivencias, significados y asociaciones hechas por el doliente fluyen prácticamente sin interferencias ni condicionamientos del investigador.

En nuestro caso particular, las representaciones serán estudiadas desde la denominada tradición centrada en los significados, cuyo eje principal es que la enfermedad no es una entidad natural y externa a la cultura sino un fenómeno significativo que requiere de un marco explicativo (Geertz 1987; Good 1994; Kleinman 1998). En este sentido señala Good (1994), que la enfermedad es un fenómeno social construido a partir de la interacción de procesos biológicos, prácticas sociales y significados, ligado a experiencias de vida, dentro de determinados contextos de relaciones específicas y globales.

Por otra parte, el análisis de las narrativas ha mostrado como se relaciona la experiencia vivida con los sentidos intersubjetivos, concibiendo al cuerpo cómo sujeto de vivencias, permite, de este modo, alcanzar los significados que la enfermedad tiene para el doliente. Perspectiva que supera como ha notado Good (1994) el paradigma cognitivo.

Consideraremos también elementos de la antropología médica crítica, que toma en cuenta los condicionantes macro estructurales, específicamente, las fuerzas políticas y económicas globales que impactan en los contextos locales. Como ha propuesto Kleinman (1998), el énfasis ha de colocarse en los microcontextos de la vida diaria, sin perder de vista que el rol crucial de esta etnografía es describir el modo en que estos microcontextos median la relación entre lo social y los procesos personales, procesos que no son simples espejos de los fenómenos macro.

Nuestro material de campo proviene de los registros recabados en entrevistas abiertas y extensas tomadas a individuos de origen rural -en su mayoría mestizos-migrantes del interior del país hacia el conurbano bonaerense. Algunos estaban internados en hospitales en el momento en que nos brindaron la información mientras que otra realizaban internaciones domiciliarias.

Panorama general sobre el cáncer

El cáncer es una de las enfermedades actuales que conlleva los más poderosos sentidos y cargas simbólicas de acuerdo a varios estudios (Kleinman 1996; Schávelzon 1998, Sontag 1978). Su carácter de aparición "aleatorio", largamente incontrolable, es una amenaza directa a los valores de la sociedad occidental contemporánea. Su grado de impredecibilidad e injusticia obliga al enfrentamiento con la falta de control de la muerte. Compartimos con Kleinman (1996) que simboliza nuestra necesidad de darle un sentido moral al "Por qué a mí?" que las explicaciones científicas no alcanzan a contestar por completo.

"Lo que más bronca me da es que yo nunca fumé, no tomé alcohol y me viene a tocar a mí, mientras que el borracho de mi vecino está perfecto." (Alfredo, cáncer de páncreas)

Carga además con las significaciones de los riesgos de las poluciones invisibles (radiación ionizante, componentes químicos de las comidas, etc.). Tales amenazas combinan antiguos miedos de la contaminación con la amenaza moderna de las catástrofes provocadas por el hombre en el medio ambiente. Así, algunas de las explicaciones que encontramos sobre el cáncer conjugan algunos de los "vicios de las sociedades modernas", enlazando en una ecuación simbólica el cuerpo enfermo del individuo con el mal funcionamiento de la sociedad (Scheper-Hughes y Lock 1987).

El cáncer tiene una poderosa dimensión metafórica, conjuga imágenes de una

invasión de la víctima por un agresor despiadado que despacio pero sin pausa va consumiendo a la persona desde adentro. Hunt (2000) menciona que los estudios previos sobre el cambio de identidad a partir del cáncer han considerado las adaptaciones cognitivas psicológicas que los individuos hacen para enfrentar, lidiar con su enfermedad ("coping mechanism"); cuando son considerados en el contexto social y cultural mayor se ve que están sujetos a problemas de presión, negociación, deberes y derechos como individuos, al mundo local moral y cultural.

Alizande (2002) desde la perspectiva del psicoanálisis señala que la palabra cáncer "opera como un significante que conmueve al psiquismo", abriendo canales representacionales y afectivos con la consiguiente aparición de "fantasías" encadenadas: sufrimiento, invasión, agresión, ataque, invalidez, deterioro, muerte. Dicho impacto desestabilizador requiere una reorganización de la dinámica psíquica. Surgen nuevas sensaciones corporales (dolor, alteraciones en los órganos, etc.) que conmocionan el esquema del cuerpo; como señala esta autora "el enemigo ha entrado en la propia carne", marcando, en uno, el territorio de lo ajeno.

Por otra parte, se manejan como problemas médicos los síntomas resultados de fuentes sociales de malestar y se responsabiliza a la víctima bajo la ideología de los "cambios en el estilo de vida". Scheper-Hughes y Lock (1987) han denominado "cuerpo político" a una visión de los cuerpos como sujetos a regulaciones y controles, así, la salud es un estado al que se llegaría siguiendo determinadas normas mientras que la enfermedad sería algo atribuido a la incapacidad (¿negligencia?) del individuo para seguirlas correctamente. Específicamente en el tema que nos interesa, el Instituto Nacional de Cáncer hace referencia a aquellos factores etiológicos relacionados con el estilo de vida (el fumar, mantener una dieta con escaso consumo de vegetales y exceso de grasas, no realizar ejercicios físicos, no realizar controles médicos periódicos), susceptibles de ser modificados y de contribuir a prevenir su aparición. Las respuestas gubernamentales al cáncer solo contemplan cuestiones reduccionistas técnicas, más que replantearse qué es lo que está mal con las sociedades modernas para que esta enfermedad siga avanzando (Kleinman 1996).

Tener cáncer requiere movilizar fuentes para el tratamiento, asistencia para el cuidado, renegociar privilegios y obligaciones adentro de jerarquías sociales y familiares, es decir, como bien señala Kleinman (1996) las posibilidades que las personas con cáncer tienen para resistir o retrabajar tales asuntos varían de acuerdo a sus posibilidades, fuentes disponibles, en definitiva a la posición que tengan en el sistema.

La irrupción de la enfermedad en la vida de una persona

Estudiar al cáncer entraña algunas consideraciones. Las taxonomías diagnósticas biomédicas no necesariamente se relacionan y menos aún reflejan la experiencia subjetiva de la enfermedad. Este hecho se advierte de modos diversos; por ejemplo, encontramos casos en los que los diagnósticos oncológicos positivos eran rechazados por los enfermos a veces de manera abierta, otras implícitamente descalificando la validez diagnóstica de la biomedicina, en general o al menos en el caso particular del doliente.

“Dicen que tengo cáncer, pero yo me siento bien, para mí es otra cosa, y como ya no saben exactamente qué hacer o qué decirme van a la más fácil” (Pedro, 74 años)

Dada esta circunstancia y con la intención de no violentar la percepción de los actores sobre su propia situación decidimos incluir en el trabajo solo relatos brindados por personas que explícitamente manifiestan padecer cáncer.

Las enfermedades aparecen en el contexto de la vida cotidiana e implican un quiebre, un corte en el ritmo de las actividades, de hábitos, de los hechos usuales. En síntesis la enfermedad se manifiesta, en este sentido, como una biografía interrumpida. El denominado mundo de la vida con su forma específica de organizar la experiencia se altera, cambia la realidad en la que uno se desenvuelve desde una actitud no problemática. En la vida cotidiana, el sujeto toma las cosas que lo rodean como dadas por sentadas, de manera “no crítica”. De acuerdo con Schutz (2001) el mundo de la vida cotidiana se constituye como mundo circundante, inmediato, posee una especial perspectiva temporal, que las personas presuponen en virtud del sentido común, experimentándolo como incuestionable hasta nuevo aviso. El mundo de la vida cotidiana es intersubjetivo, ya que es compartido con otros y comunicable. No obstante, implica incertidumbre en la medida en que la sucesión rutinaria de experiencias no problemáticas lleva en sí la posibilidad de ser interrumpida cuando ya no se cuenta con experiencias eficaces para desenvolverse como en anteriores oportunidades. Desde esta perspectiva la enfermedad irrumpe como conflicto.

“A mí me empezó a caer mal la comida. Cuando yo comía mucho, o cosas pesadas, vomitaba, me descomponía, transpiraba frío, igual que en un ataque de vesícula me cuidé en las comidas, tomé buscapina y certal y ya me sentí bien, entonces pensé que sabía lo que tenía y que ya me había curado. Pero en las fiestas uno hace desarreglos y empecé otra vez a sentirme mal, aproveché que

estaba de vacaciones y me dije 'Esta vez me voy a hacer ver por un médico'. Además mi marido estaba preocupado, porque decía que yo dejaba un olor demasiado fuerte en el baño, y antes no. " (Ana, cáncer de colon)

"Yo empecé con síntomas, síntomas extraños, que no eran normales en mi cuerpo. Y entonces digo, que pasa acá, cuando un día les presté atención, pensé que eran otra vez hemorroides e intenté con malva, pero no, seguía el dolor, y ahí fui al médico". (Berta, cáncer de colon)

El mundo de todos los días entra en crisis cuando el cuerpo del enfermo se transforma en el pasivo e impotente receptor de una entidad con autonomía propia, el cáncer, que pareciera escapar a los intentos de ejercer un control sobre su desarrollo. En efecto, la enfermedad crece, duele, se transforma. Las primeras reacciones tienen que ver con la agudeza del registro de eso nuevo y extraño, que permite comparar en los sucesivos días que va ocurriendo.

"Yo veía cómo el bulto iba creciendo y se ponía colorado con los días" (Carmen, cáncer de mama).

"El pezón se me fue para abajo, había algo ahí atrás tirando" (María, cáncer de mama).

"La panza se hinchaba de golpe. No podía comer nada, no tenía ganas de hacer nada, veía como aparecía esa hinchazón de repente y no sabía porque" (Julia, cáncer de estómago).

Lo expuesto ya ha sido observado por Good (1994) y por Jackson (1994), aunque en relación con pacientes afectados por dolencias crónicas, en ellos el cuerpo deja de ser el instrumento a-problemático, a partir del cual uno interactúa en el mundo diario, para pasar a ser el receptor de un algo que hace sufrir. En estos casos se advierten diferentes respuestas. Por un lado, es frecuente una suerte de objetivación de la dolencia que brinda mayores posibilidades de controlarla, de ponerle límites y de separarla de la identidad de la persona y tratarla como al enemigo.

"Esto no me va a ganar. No voy a parar un momento en esta lucha, por mis hijos, por mi marido y de la manera que sea, pero esta enfermedad va a terminar yéndose de mi vida..." (Ana, cáncer de colon).

Por otro lado es común la subjetivación, así, sufrientes que se identifican con el dolor, se vuelven la dolencia misma, sin ofrecer resistencia (Jackson 1994), hay una aceptación del padecimiento que pareciese, al menos, transmitir un estado de calma.

“Yo sé lo que tengo, y lo acepto. ¿Qué le voy a hacer? Me tocó a mí, y es una condena a muerte por lo que conviene tener paz y aceptarlo.” (Carlos, cáncer de estómago).

Una característica recurrente e independiente de la anterior disyuntiva hace a la interacción social; los dolientes prefieren separarse de los otros, quienes no pueden entrar en el dominio exclusivo de su sufrimiento. Dolor que, generalmente, ni siquiera cuenta con indicadores externos verificables por el resto, como sucede con otros síntomas de enfermedad, puesto que en muchas ocasiones solo son sensaciones y una experiencia de extrañeza y malestar general respecto del propio cuerpo.

“No sabía bien de qué se trataba, pero yo sabía en mi interior que algo andaba mal. Le dije a mi mamá si no me notaba distinta, y me decía que no le fuese con ideas raras... Quería ir al médico pero no sabía qué decirle, ya tantas veces me dijeron en hospital: ‘Pero Ud., no tiene nada’ que no quería pasar por loca o por esas que se inventan enfermedades ” (Berta, cáncer de colon)

El trastorno físico modifica también la perspectiva del tiempo, el cual adquiere sentido de finitud, de acabar en algún momento especialmente cuando empiezan a rondar en la mente del enfermo la posibilidad de tener alguna de las enfermedades temidas de la actualidad, cáncer o SIDA. Simultáneamente, la vivencia del tiempo puede adquirir el sentido de eternidad, los momentos previos a entrar al quirófano, una noche con náuseas o simplemente los minutos de dolor agudo e intenso adquieren dimensiones de horas para quienes lo padecen.

“Yo presentía que tenía algo malo, y a la noche lloraba sin saber por qué, tenía pesadillas, me levantaba sobresaltada, con una angustia enorme, entonces le pedía a mi marido que me abrazara fuerte; esas horas se me hacían que no pasaban más...” (Ana, cáncer de colon).

El dolor capta toda la atención del sujeto, con la ayuda de los medicamentos, hace que el sufriente pierda ese estado de alerta, de atención “flotante” con respecto a lo que sucede en su alrededor, en su entorno inmediato, que caracteriza a la realidad del sentido común, del mundo cotidiano. Las actividades realizadas *quasi* mecánicamente como masticar, tragar, ir al baño, son objeto de una sensibilidad extrema, especialmente si la acción a realizar involucra órganos o partes del cuerpo resignificadas por el dolor.

“Hace 45 días tenía decaimiento, no podía caminar. No entendía pero todo me costaba, hasta hablar era un esfuerzo. Estaba como perdida... entonces le dije a

mi sobrina que me trajese para acá (hospital), porque aunque no me dolía nada solo tenía la cabeza en eso que estaba sintiendo..." (Hilda, cáncer de cerebro).

En definitiva, la experiencia de dolor se transforma en una experiencia de vida, en un modo distinto de ser en el mundo, el dolor -los síntomas- dejan de ser un cúmulo de sensaciones para transformarse en otra dimensión de la percepción. Los dolientes subsumen los objetivos diarios en relación con la existencia o no de dolor, el mundo del sufrimiento y de la medicina, que incluye la burocracia médica; los diagnósticos y tratamientos pasan a reemplazar al mundo social previo, incluso hasta transformares en la única realidad.

"Para ir a conseguir los medicamentos me levanto a las 5 am, así yo sé que a las 7 ya estoy primera en la fila. Siempre hay cola en el Banco Nacional de Drogas, y a veces llegás y te dicen que justo ese no hay. No puedo planificar nada. Igual que cuando me hacen la quimio o los rayos. Sé cuando entro y nunca cuando salgo, por eso ese día prefiero no quedar con nadie y dedicarlo solo a esto. Además la máquina de rayos a veces no funciona, y yo me pregunto si realmente servirá que me lo hagan así, una vez sí, una vez no..." (Ana).

Cuando las dimensiones del mundo que era normal para una persona son deshechas requieren un proceso reconstitutivo de rehacer el mundo porque está siendo amenazado el ser (*self*) del sufriente. Como bien analiza Hunt (2000), después de los primeros impactos, suele seguir un período de reorganización y reconstrucción del *self* y su lugar en el mundo.

Las narrativas como intentos de rehacer el mundo amenazado del sufriente

Una manera de rehacer el mundo, cuyas dimensiones organizativas fueron disueltas o están siendo amenazadas, es la narrativa. El relato da forma al dolor y a través del lenguaje nombra su origen en un espacio, en un tiempo y las causas posibles de su aparición. Sirve para darle significado a la enfermedad, ya que es en este proceso de construcción activa en el que la experiencia es ordenada al decodificar y enmarcar el pasado, le da sentido al presente además de prever/proveer información sobre el futuro (Garro 2000). En definitiva, no son simples relatos de vida sino relatos sobre el sentido de la propia existencia. Es por ello que unen, a su vez, las circunstancias particulares con las expectativas sociales.

Uno de los elementos más frecuentes en las narraciones es el uso de metáforas; estas reestructuran la experiencia del dolor crónico y reelaboran el papel de las personas en sus contextos sociales. Brodwin (1994) ha notado que la utilización de

metáforas, en cuanto ejemplifica el uso no literal del lenguaje, apunta a dar significado a una experiencia física inmediata, que no pretende establecer una simple correspondencia entre las palabras y el mundo físico-objetivo. Las imágenes metafóricas dan nuevos significados al dolor.

“No soy un corderito como para que me agarren de un brazo y me lleven sin explicarme qué es lo que me van a hacer” (Luis, cáncer de colon, ante el recuerdo de una operación).

Los objetivos, planes y expectativas de una persona son revisados al enfrentarse con enfermedades como el cáncer; se plantean en las narrativas las proyecciones sobre el futuro, los planes de vida y sus alteraciones.

“Mi prioridad siempre había sido el trabajo; llegaba 7.30 a.m para ver si los maestros cumplían 10 horas y almorzaba apurada un sándwich o un yogurt, parada. Ni siquiera tenía vicedirectora, todo lo resolvía sola... Yo quiero vivir, hasta que se reciban mis hijos, son jóvenes, recién comienzan la universidad y sé que para llegar lejos me van a necesitar, sobre todo los primeros años. El médico me dijo ‘Ana, es tu vida, dejá el colegio...’ (Ana, cáncer de colon).

Las narrativas están arraigadas en escenarios específicos, remiten a una interacción y a una historia que se ponen en juego en lo que Kleinman (1998) denomina sistemas locales de conocimiento y de relaciones de poder desiguales. Es decir, al tener una importante capacidad de construcción de sentidos, tales como herramientas de resistencia y reconfiguración de la identidad social son capaces de articular la “interrupción” de la vida cotidiana con una nueva versión de lo que ahora uno es. Esto involucra la posibilidad de redefinir roles en la sociedad, puesto que una de las funciones de los relatos es integrar la enfermedad al contexto de la vida. Cuando la enfermedad irrumpe en un individuo no conforme con su identidad o con sus roles, este aprovecha la posición de enfermo que reestructura su situación, para reposicionarse en un nuevo rol.

Estos efectos estratégicos de configurar la enfermedad y su impacto en las identidades de manera que sea socialmente fortalecedora, en tanto sitúa al sujeto en un lugar más conveniente, es común en los pacientes con cáncer. Hunt (2000) muestra dos casos en los que los dolientes extraen alguna clase de beneficio. De acuerdo a los relatos recabados por la autora, una señora mexicana con cáncer de cérvix a la que le realizaron una histerectomía, a raíz de su enfermedad rechaza sexualmente a su esposo aludiendo motivos válidos -como el ardor-, sin cuestionar su rol de esposa. En

otro caso, un joven operado de cáncer de testículo pone fin a su rol de proveedor de recursos que le correspondía, de acuerdo con el modelo de organización doméstica tradicional, por ser el hermano mayor, ya que no podía realizar esfuerzos. Estos dos ejemplos no deben confundirse con las formas llamadas “de resistencia”, porque no cuestionan el rol sino que zafan de él justificadamente.

Esta posibilidad de “zafar” la encontramos también principalmente en los relatos de personas insatisfechas con sus vidas. El diagnóstico de cáncer se transforma en la posibilidad de transformar algunos aspectos, es decir, los cambios más profundos que hubiesen querido realizar en sus vidas y que por un motivo u otro fueron postergados y quedaron en el terreno de los deseos, se canalizan ante el factor de presión que implica la enfermedad, el que tiene la capacidad de erosionar la idea de tener un tiempo casi infinito para modificar algo “más adelante”. El diagnóstico de cáncer en ocasiones consolida el momento de (comenzar algo nuevo, realizar un cambio estructural), el momento oportuno para, algo así como el significado que tenía el *kairos* para los antiguos griegos (a diferencia del *cronos* o tiempo cuantificable), en el sentido de ser la medida conveniente, la ocasión y coyuntura favorable de algo, un tiempo cualitativamente rico (Pabón S. De Urbina 1969).

“Siempre fui una idiota. Me tragaba todo con tal de no discutir con mi marido. Ahora no, sé que tengo que empezar a pensar en mí, ya bastante trabajé toda mi vida para los otros. Se acabó.” (Carmen, cáncer de mama).

En definitiva, podemos ver a través de las narrativas los planes que alguien tiene para su vida y lo que está dispuesto -o no- a enfrentar, modificar e intentar. Aspectos que tantas veces son pasados por alto por los profesionales de la salud, quienes nos acercamos a los pacientes con una amplia gama de propuestas e indicaciones para seguir pero con un estrecho *feedback* para reconocer lo que el enfermo siente y quiere.

“Me dijeron que el problema empezó en el 92 cuando me sacaron los dos ovarios porque tenía quistes. Pero yo no lo creo, porque después de eso todos estos años estuve bien. Sí puede ser porque yo haya estado muy nerviosa con el trabajo. No puedo dejar que esto me gane porque tengo mucho por hacer. Por eso trato de no pensar, de mantener la mente ocupada; las monjitas me traen lana y agujas y yo tejo cositas, las enfermeras me traen las vendas para que las empaque y también colaboro con eso. Ni el camisón me pongo para no sentirme una inútil, siempre fui así, llena de entusiasmo y ganas de trabajar. ¿Por qué voy a ser distinta ahora, que es cuándo más energía tengo que tener?” (Ana, cáncer de colon)

“La médica me dijo: ‘Tengo que darle una mala noticia. Le contesté: ¿Qué tengo cáncer?’. Yo ya lo sabía, pero no me afecta morirme. Cuando se murió mi hijo a los 35 años de un paro cardíaco empecé a tirar todos mis instrumentos de trabajo, yo era pedicura, siempre trabajé desde jovencita, no me importaba la lluvia ni el frío, yo salía temprano y volvía de noche. Nunca paré ni me quejé porque sabía que me sobraban las fuerzas, así conseguimos comprar nuestra casa, el auto, nunca pedimos ni un préstamo pero de repente se me vino el mundo abajo. ¿De qué me había servido trabajar tanto? Todo había sido para dejarle un futuro a mi hijo y ya no... (llora)

Después volví a trabajar, pero ya nunca fue lo de antes, iba porque sí. Ahora, lo único que espero es no morir ahogándome, yo ya quedé híbrida de dolor, nada más puede afectarme. Solo me preocupa mi marido, yo soy lo único que tiene y se va a quedar muy solo, pero la verdad, quisiera irme cuanto antes. No sé porque conté todo esto, pero ahora ya no tengo ganas ni de hablar ...” (Berta, cáncer de colon)

En una de las experiencias relatadas se advierte una situación en la que la enfermedad es objetivada, es un otro que aparece en alguien que le va a dar batalla, gracias a las ganas de vivir que ella tiene. Ana, habla de tener fuerza, energía por lo que seguramente enfrenta el cáncer en posición estructural diferente de aquella en la que la enfermedad se expresa como la pura subjetividad, el caso de Berta. Esta última acepta su condición de muriente, se entrega a lo que le toca, simplemente espera morir lo antes posible y sin sentir nada, manifestando preocupación únicamente por respirar, la función orgánica más básica del ser humano. Esta actitud no tiene que ver con características de personalidad de la actora sino que esta intrínsecamente relacionada con su experiencia de vida en la que la muerte del hijo se revela en la narrativa como un hecho de quiebre, de ruptura que marcará para siempre un antes y un después.

Vale la pena notar que como surge del relato de Berta, ella ya había pasado por la experiencia de redefinición de roles, de pérdida de deseos vitales y crisis sobre los significados de su existencia. Este hecho nos permite reflexionar sobre el dolor, el cual cubre un arco de diversas posibilidades; hasta el momento habíamos hecho hincapié, siguiendo los abordajes habituales, en aspectos relacionados con el dolor físico, ahora queremos introducir la idea de dolor emocional ante determinadas experiencias límites.

Por otra parte, cada historia de enfermedad tiene una dirección, un fin, va hacia alguna parte. En estos intentos por re-constituir el mundo cotidiano del sufriente, el diagnóstico se transforma para el actor en un esfuerzo por describir la fuente

de la enfermedad, localizarla, entender sus causas, las narrativas expresan estos cambios y los posibles proyectos de alivio. Aceptar el padecimiento de cáncer es mucho más que dar nombre a una enfermedad, es referir en términos simbólicos las fuentes de todo tipo de sufrimientos, así como es dar sentido a la re-organización de la propia vida y a las series de respuestas sociales y cotidianas, incluyendo las actividades terapéuticas. Los significados de las respuestas no son necesariamente explícitos; tampoco son homogéneos ni estáticos, varían según la dinámica de relación entre el desarrollo de estrategias adaptativas y los diversos perfiles que va tomando el desarrollo de la enfermedad.

Conclusiones

El cáncer como cualquier otra enfermedad marca un quiebre en el normal transcurso de la vida de una persona; de este modo aspectos que anteriormente no habían sido cuestionados, -tales como las conductas alimentarias, la sexualidad, el modo de desempeñarse en el trabajo, etc.- requerirán sucesivas redefiniciones para adaptarse a las nuevas condiciones. Una de las herramientas que se utilizan para ordenar, rehacer y ubicarse en esta nueva posición son las narrativas.

Las narrativas sobre la enfermedad constituyen un ámbito privilegiado para el estudio de las vivencias y los sentidos que los sujetos otorgan a su existencia; en ellas se despliega desde el impacto emocional que implica definirse como una persona con cáncer hasta los cambios de roles, la reorganización de la vida cotidiana y de los vínculos sociales que dicha situación de enfermedad demanda, además todo lo que involucra el hecho de tener que seguir viviendo con una perspectiva de peligro inminente.

Las narrativas no solo se crean para describir los orígenes del sufrimiento sino también para imaginar su localización y buscar una posible solución. Cuando estas fracasan, cuando no se ven materializadas de algún modo las expectativas sobre la cura, cuando el dolor no es aliviado, la narrativa no gana autoridad y posiblemente varios de sus elementos constitutivos darán paso a nuevos relatos siempre en búsqueda de otros significados.

Nos preguntamos hasta dónde sirve hablar del cáncer en sí, como una enfermedad-entidad externa y objetivable, abstrayéndolo de la experiencia subjetiva de la persona enferma, ya que solo en esta encontraremos los indicios, si bien, no de cómo va a terminar, al menos de cómo puede llegar a ser el devenir de dicha dolencia en la vida concreta de una persona. Por ello creemos que cuando el cáncer irrumpe en una vida en la que el *self* ya fue abatido por un evento traumático previo, la en-

fermedad termina siendo el último factor de ruptura en la precaria estabilidad que la persona pudo haber reconstruido.

Bibliografía

- ALIZANDE, A. *Reflexiones sobre el cáncer*. En Actualidad Psicológica N° 298. Clínica de pacientes con cáncer. Buenos Aires. Junio 2002.
- BRODWIN, P. *Symptoms and Social Performances: the case of Diane Reden*. En Pain as Human Experience. An anthropological perspective. Edited by Good, M., BRODWIN, P., Good, B., Kleinman, A. University of California Press. 1994.
- CASTRO, R. *La experiencia subjetiva de la salud y de la enfermedad (Cap. V)*. En La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción de la pobreza. UNAM- CIM. Morelos México. 2000.
- CSORDAS, T. 1994. *Introduction: the body as representation and being in the world*. En Embodiment and experience. The existential ground of culture and self. Cambridge.
- The sore that doesn't heal*. En Body/Meaning/Healing. Contemporary anthropology of religion.
- GEERTZ, C. *La interpretación de las culturas*. Gedisa Editorial. México 1987.
- GOOD, B. *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge University Press. Inglaterra. 1994.
- HUNT, L. *Illness narratives as social empowerment among mexican cancer patients*. En Narrative and the cultural construction of illness and healing. Edited by MATTINGLY, C. and GARRO, L. University of California Press. 2000.
- JACKSON, J. *Chronic pain and the tension between the body as subject and object*. En Embodiment and experience. The existential ground of culture and self. Edited by Csordas, T. Canbridge University Press. 1994.
- KLEINMAN, A. *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. Perseus Group Books. Estados Unidos. 1988.
- PABÓN S. DE URBINA, J. *VOX Diccionario manual griego-español*. Barcelona 1969.
- SCHEPER HUGHES, N. LOCK, M. *The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology*. Medical Anthropology Quarterly (New series) N°1. 1987.
- SCHUTZ, A., LUCKMAN, T. *Las estructuras del mundo de la vida*. Amarrortu Editores. Buenos Aires. 2001.
- SONTAG, S. *La enfermedad y sus metáforas*. Muchnik Editores. España. 1978.