

## **Necesidad de una lectura socioantropológica del cáncer**

### **Need for a socio-anthropological reading of cancer**

Jaqueline García Rodríguez.<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7735-6265>

Pavel Revelo Álvarez.<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1397-7940>

Surama Grimont González.<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1815-6313>

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey. Cuba.

<sup>2</sup> Universidad de Camagüey Ignacio Agramonte y Loynaz. Camagüey. Cuba.

<sup>3</sup> Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba.

\*Autora para la correspondencia: [jgarcia.cmw@infomed.sld.cu](mailto:jgarcia.cmw@infomed.sld.cu)

## **RESUMEN**

El cáncer continúa siendo una enfermedad que tiene una representación social negativa, a pesar de la información que de él se posee, sus manifestaciones y consecuencias no pueden ser explicadas solo desde una perspectiva biologicista y desde las implicaciones de naturaleza médica, pues involucra a la persona en su complejidad y diversidad de interacciones. Su atención comprende aspectos científico- técnicos muy actualizados, pero también alberga significados sociales, culturales, simbólicos, en consecuencia, antropológicos, que lo distinguen y estigmatizan. El objetivo del trabajo consistió en argumentar la necesidad de una lectura socioantropológica del cáncer, como vía para garantizar su abordaje integral. Los autores consideran que el estudio del cáncer debe incluir la visión

antropológica que subyace en tres aspectos: abordaje holístico de la salud, enfoque de género y conceptualizaciones prácticas y narrativas de las vivencias.

**Palabras clave:** cáncer; representación social; lectura socio- antropológica.

## **ABSTRACT**

Cancer continues to be a disease that has a negative social representation, despite the information that it has, its manifestations and consequences cannot be explained only from a biological perspective and from the implications of a medical nature, since it involves the person in its complexity and diversity of interactions. Its attention includes very up-to-date scientific-technical aspects, but it also harbors social, cultural, symbolic meanings, consequently anthropological, that distinguish and stigmatize it. The objective of the work was to argue the need for a socio-anthropological reading of cancer, as a way to guarantee its comprehensive approach. The authors consider that the study of cancer should include the anthropological vision that underlies three aspects: a holistic approach to health, a gender approach, and practical and narrative conceptualizations of experiences

**Keywords:** cancer, social representation; socio-anthropological reading.

**Recibido:** 19/4/2021

**Aprobado:** 13/9/2021

## **INTRODUCCIÓN**

La complejidad de hechos y fenómenos que tienen lugar en la sociedad hace que no exista ninguna ciencia que por sí sola los explique. Por el contrario, se requiere de estudios interdisciplinarios, de una orientación multimetodológica y de la

combinación de diferentes aproximaciones para analizar los elementos y condiciones que determinan.

La antropología atraviesa de forma transversal diversas realidades. Estudia la totalidad de la condición humana en los tiempos: pasado, presente y futuro.<sup>(1)</sup> Es una ciencia general del hombre, aplicable en el estudio de sus formas de sociedad, historia, productos, comportamiento individual o colectivo, la construcción de su lenguaje, de sus referentes simbólicos y en general a todo aquello que lo condiciona como un sujeto de la cultura, que lo determina en todos los aspectos de su vida.

Lo anterior permite comprender que la salud, concebida como proceso y producto social, debe ser abordada desde la antropología, específicamente desde una de sus áreas especiales, la antropología de la salud. Los trabajos de Waddington y Ackerknecht, publicados en la década del 40 del siglo XX, evidencian el interés por una comprensión holística del tema de la salud y la enfermedad.<sup>(2)</sup>

El cáncer es una enfermedad que necesita de una comprensión integral, el doctor Agustín Lage Dávila<sup>(3)</sup>, apunta que para su afrontamiento se necesita de la interacción entre las ciencias médicas y las ciencias sociales, debido a que su control requiere de intervenciones complejas que incluyen acciones concertadas y multidisciplinarias, en los ámbitos de educación, prevención, diagnóstico, participación social, contexto jurídico e investigación científica.

La prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento, son los tres pilares de la lucha contra el cáncer. En todos los casos es vital la conducta humana, (considerada el elemento cancerogénico más importante), de allí que la antropología adquiera relevancia al aportar elementos para combatir la enfermedad y contribuir con los objetivos del Programa Integral para el Control del Cáncer (PICC): la disminución de la mortalidad y el incremento de la calidad de vida.

El cáncer se ha convertido en la primera causa de muerte en muchas provincias de Cuba, en el caso específico de Camagüey esta enfermedad en el año 2019, constituyó la primera causa de muerte con 1 851 fallecidos.<sup>(4)</sup> A estas cifras se

asocian: dolor, dependencia, incomprensiones, sufrimiento y una multiplicidad de aspectos subjetivos que van condicionando la reacción al diagnóstico de otros pacientes y de la población en general como resultado de la interacción sociocultural.

Los estudios de la antropología en la medicina buscan una comprensión más completa de los patrones de conducta y prácticas culturales de comunidades humanas, atendiendo especialmente a los significados que las personas otorgan a sus conductas, a los procesos salud-enfermedad, al dolor y a la muerte, que indiscutiblemente afecta la integridad del hombre y no solo a uno de sus componentes.

El proceso salud-enfermedad está determinado socialmente, por lo que no se puede explicar de una manera lineal, sino desde la complejidad de las interacciones que se dan en este marco. Responde a una condición histórica, pues cada momento, cada grupo poblacional tiene una visión particular de explicar y afrontar este proceso. Entender la enfermedad en la sociedad que viven sus pacientes es introducir reveladores sociales, pues en la visión de cada afección, se condensan coyunturas sociohistóricas y económicas concretas. Además se expresan inquietudes y miedos.<sup>(5,6)</sup>

En el presente artículo se coincide con el criterio de investigadores como San Juan, Lázare, Casado y García,<sup>(7)</sup> que asumen la antropología como una disciplina científica enmarcada en las ciencias sociales, pero inmersa en el trabajo interdisciplinar dentro y fuera de este campo, con una responsabilidad académica, disciplinaria y social.

Es importante destacar que los elementos que se identifican para el estudio del cáncer desde la antropología, solo se separan para facilitar su comprensión porque en la praxis se encuentran imbricados, complejizando el abordaje de la enfermedad. Este trabajo tiene como objetivo argumentar la necesidad una lectura socioantropológica del cáncer, como vía para garantizar su abordaje integral.

## DESARROLLO

La antropología aplicada al proceso salud-enfermedad trasciende los aspectos biomédicos y permite perfilar tres líneas de trabajo, para la comprensión del cáncer:

### **Abordaje holístico de la salud**

Implica tener en cuenta la representación que tienen las personas acerca de la salud, la enfermedad, los síntomas, las prácticas y la elección de instituciones y especialistas.

El cáncer es una de las enfermedades más temidas. Su visión ha estado permeada de una connotación negativa y estigmatizadora. Considerado como “plaga”, las sociedades actuales consideran la enfermedad como “raíz de todos los males”, se deteriora la identidad de los enfermos. Sin embargo, el perfil demográfico, epidemiológico ha tenido cambios que no se explican por cambios biológicos de la población, ni por la evolución de la práctica médica. Se observa que el curso de la enfermedad se vincula a características específicas de la zona de residencia, estrato social, género, edad, entre otras. <sup>(8)</sup>

En el campo de la prevención, si bien existen causas identificables (tabaco alcohol, infecciones, hábitos nutricionales, conducta sexual de riesgo) que explican una parte importante de la incidencia, el control de estas causas requiere modificaciones en la conducta humana y de un contexto socioeconómico que las haga posible.

Los factores de riesgo como el alcoholismo, tabaquismo y las prácticas sexuales no protegidas, llevan implícitos el componente antropológico que está asociado a los referentes culturales; a la herencia social recibida desde los ambientes primarios de socialización y que se expresan mediante: costumbres, modos, estilos, nivel y calidad de vida, son categorías que contienen las diferencias culturales y se relacionan con la presencia de otros factores de riesgo como el

sedentarismo, el consumo de una dieta rica en grasas, la exposición a sustancias cancerígenas y los niveles de estrés.<sup>(9)</sup>

Tabaco y cáncer de pulmón, no son solamente un problema asociado al comportamiento, sino también un problema social. En la literatura especializada en oncología, se demuestra que existe un riesgo elevado de padecer cáncer en no fumadores pertenecientes a estratos sociales bajos, lo que indica que no solo el fumar, sino también otros factores socioeconómicos, son determinantes. Los aspectos culturales explican el incremento de la incidencia del cáncer de pulmón cuyo factor de riesgo y pronóstico con mayor asociación, es el hábito de fumar.<sup>(10)</sup>

La acción de los factores de riesgo se combina, potenciando su efecto cancerígeno. Por ejemplo, el alcohol, responsable del cáncer de faringe y esófago, también puede influir en los tumores de mama e intestino. Sin embargo, no actúa solo, el 35 % de los cánceres tienen su origen en la combinación del hábito de fumar y el alcohol. La literatura científica ha descrito el incremento del consumo en situaciones sociales. Además, en algunas sociedades estas sustancias forman parte de la identidad nacional como en el caso de Cuba, por lo que las estrategias para la disminución del hábito, pasan por aspectos culturales y económicos muy complejos.

La relación entre alimentación y salud siempre ha existido. Las sociedades establecen categorías y normas alimentarias, prescripciones y prohibiciones de lo que se debe o no comer. En cáncer, la definición o categorización de alimentos en los diferentes momentos o etapas de la enfermedad es crucial y la alimentación puede pasar desde una dieta sin restricciones a una dieta limitada.<sup>(11)</sup> La alimentación puede introducir sustancias nocivas durante largos periodos de tiempo. Los cancerígenos no son solo algunos componentes, sino también, ciertas sustancias relacionadas con la conservación, preparación y almacenamiento de los alimentos (tal es el caso de la sal, hidrocarburos y aflatoxinas, respectivamente). Esto es un elemento importante que explica la incidencia de determinados tipos de cáncer asociados a la cultura alimentaria y a la formación económica social.

La industrialización y los avances tecnológicos modificaron la alimentación y el perfil demográfico, epidemiológico y nutricional de las poblaciones. Los índices de sobrepeso en las sociedades actuales incrementa el riesgo de padecer algunos tumores como los de esófago, útero, intestino grueso, páncreas, mama y vesícula biliar.<sup>(12)</sup> El tema de la alimentación dentro de la literatura médica, ha evolucionado en dos aspectos: la atención dada a la alimentación en el ámbito del tratamiento de una enfermedad y la finalidad preventiva que se asocia a la nutrición, que incluye la presión que ejerce el modelo de la delgadez, como valor social y estético. Así se insiste en las dimensiones biológicas del acto de comer en detrimento de las hedonistas, simbólicas o socioculturales.<sup>(13)</sup>

La noción de comer saludable se basa en el positivismo científico dominante en la salud pública. En las ciencias nutricionales existe una racionalización del comer saludable, basada en un paradigma positivista, mecanicista y técnico avalado por criterios de objetividad, cuantificación y generalización de datos.

Algunos autores sugieren que la definición de alimentación saludable es mutable y contradictoria. La vinculación entre alimentación y salud no se basa únicamente en conocimientos nutricionales, sino también en factores históricos y socioculturales, donde interactúan valores, representaciones, prácticas y normas, por lo que la noción de alimentación saludable se modifica según la época, los avances tecnológicos. Es una noción dinámica y polisémica, (varía en función de la edad, sexo, condición económica y de salud).<sup>(13)</sup>

Para Rodríguez Zoya:<sup>(14)</sup> “la responsabilidad alimentaria implica el cuidado personal y privado de sí mismo, lo cual conlleva un ajuste de los comportamientos alimentarios, según principios de normalidad y moralidad de la medicalización alimentaria”. Durante la fase de tratamiento del cáncer los pacientes suelen modificar su alimentación y se inclinan al consumo de alimentos naturales, otros pueden asumir un cambio más drástico como la dieta macrobiótica.

El cuidado de la salud conlleva la realización de exámenes diagnósticos. Muchas técnicas y medios para evaluar la presencia de oncopatías, podrían trasladar una parte importante del diagnóstico a las primeras etapas donde los tratamientos

tienen una intención curativa, pero ello demanda tener en cuenta aspectos antropológicos que rediseñen la interacción de las poblaciones con los servicios de salud. Los exámenes físicos que permiten diagnosticar clínicamente el cáncer de próstata y cérvicouterino, por ejemplo, se encuentran ante dificultades que pasan por la identidad de género o las creencias religiosas. Así, hacen tambalear la masculinidad y se exige ser practicados por profesionales del mismo sexo en algunas comunidades.<sup>(15,16)</sup>

## **Enfoque de género**

Tener en cuenta el género permite comprender cómo el cáncer se relaciona con la construcción sociocultural del género según el sexo y las diferencias desde los enfermos, los cuidadores informales y los profesionales. Este aspecto proporciona información sobre cómo se construyen y manifiestan las relaciones entre hombres y mujeres con un diagnóstico oncológico y las estructuras que subyacen a estas conductas.

En el caso de las mujeres la divulgación de la presencia y vivencia femeninas, como necesidad, en las ciencias que estudian las experiencias humanas, ha propiciado la toma de conciencia del género como perspectiva en casi todos los ámbitos, de los que no se excluyen los aspectos relacionados con la enfermedad. Los estudios antropológicos que analizan problemáticas de la mujer son de reciente aparición, ubicados por la década del 60 del siglo XX cuando cambia el paradigma clásico y tradicional antropológico y a raíz de los movimientos feministas, pues la antropología ha sido predominantemente masculina, surgen demandas sociales de las mujeres reclamando sus derechos.

En países donde la injusticia social y las desigualdades tienen niveles muy altos, se puede observar la feminización de la pobreza, agravada con la interseccionalidad de ser negra o pobre y este grupo alcanza menores niveles de instrucción-educación. La pobreza y la desinformación como fenómenos que se producen y reproducen, son factores sociales que influyen en la detección e incidencia de algunos cánceres como el cérvicouterino y el mamario.<sup>(17)</sup>



La construcción cultural del cuerpo de las mujeres, en la que todos los órganos no tienen igual significado, otorga mayor carga simbólica, a aquellos que están relacionados con la reproducción, maternidad y la sexualidad. Esto pone en evidencia la visión compartida por ambos sexos, en la que se connota y jerarquiza la esencia reproductiva de la vida de las mujeres.

Más allá de las razones obvias que implican que los hombres sufran de cáncer de próstata y las mujeres de cáncer de endometrio, existen diferencias en cuanto a la significación de la localización del cáncer en cada uno. El cáncer de mama que se diagnostica tanto en hombres como en mujeres, es considerado dentro del imaginario popular como una enfermedad femenina, conlleva la vivencia de pena y vergüenza en los hombres diagnosticados. En las mujeres golpea lo que se considera culturalmente como el núcleo de su femineidad.<sup>(18)</sup>

Los cánceres de pene y de próstata, tienen un impacto similar en el hombre. Sus tratamientos laceran la masculinidad y la identidad sociocultural asociada al género. Para la antropología médica, la enfermedad no es solamente un proceso biológico/corporal, sino el resultado de la influencia del contexto cultural y de la experiencia subjetiva de que el cuerpo está con problemas.

Para la antropología de las masculinidades, teoría que observa las posiciones de poder establecidas en las relaciones de género, la salud y la enfermedad se presentan como mediadores de las prácticas por las cuales, hombres y mujeres se comprometen con el lugar masculino y el femenino en la sociedad y sus efectos en la experiencia corporal y en la cultura.<sup>(19)</sup> Investigadores defienden que el proceso de enfermedad del cuerpo desestructura el mantenimiento de la masculinidad hegemónica, pues presenta dilemas en la identidad e incluye subordinación, pasividad, reconocimiento de emociones y dependencia,<sup>(20)</sup> (características que responden a la construcción social de género para el sexo femenino).

Las nociones de género impuestas a un cuerpo masculino, se asocian a una sexualidad activa, en constante funcionalidad y disponibilidad. El cáncer de próstata rompe con esta imagen al asociarse con la fragilidad corporal y la pérdida de la virilidad y se vivencia como una “ruptura de la masculinidad.” Los autores

consideran que como parte de la atención oncológica, no basta con tratar el cuerpo biológico, pues el hombre transita su vida en un flujo continuo de experiencias, donde está imbricada su esencia masculina. Durante la enfermedad, los hombres sufren transiciones en sus masculinidades, pues soportan y transforman las funciones de su cuerpo. La percepción de debilidad conlleva a la resignificación de sus experiencias y reconfiguran su identidad, generando múltiples masculinidades.

Luego del diagnóstico los hombres buscan preservar su “*status*” de masculinidad el mayor tiempo posible, en un intento de reconfigurar su identidad física y social, experimentan lo que se define en antropología como transición, concepto que se refiere a una experiencia que implica un cambio o reacción lógica frente a un evento. Se trata de un proceso que produce la sensación de incerteza y perturbación de la identidad, debido a su desajuste con las categorías o condiciones acostumbradas. En la transición, el proceso, la percepción y la ruptura son características universales y tiene como objetivo final alcanzar un “*status*” de bienestar.

Los estudios antropológicos sobre el cáncer hacen referencia a la transición de salud/ enfermedad, aunque en dependencia de la visión y el alcance pueden llevarse a cabo estudios de las otras tipologías (situacionales, organizacionales y de desarrollo). La transición salud/enfermedad es más representativa de la experiencia personal de los pacientes que lidian con la nueva identidad, sobre todo, en los casos de aquellas localizaciones, que traen consigo alteraciones en la imagen corporal y pérdida de una función o parte del cuerpo, como los cánceres de mama, útero, próstata y laringe.

### **Conceptualizaciones, prácticas y narrativas ligadas a la vivencia del diagnóstico**

Como se ha enunciado antes, la localización anatómica de la neoplasia influye en las vivencias de los pacientes. La cara, las manos y los órganos genitales son zonas muy sensibles en relación con la identidad.

Las mamas y el útero, están cargados de representaciones simbólicas asociadas a la femineidad, sexualidad, reproducción y son elementos diferenciadores del varón y constituyen el núcleo de la identidad femenina. Por ello la mastectomía y la histerectomía, suponen un fuerte golpe a la autoimagen, autoestima y autovaloración de la mujer y exigen una redefinición de la feminidad cuando esta ha estado apoyada y simbolizada sólo en las posibilidades reproductivas.

La enfermedad se narra desde las transformaciones físicas y estéticas del cuerpo. El cáncer no solo se representa en mirar o mirar(nos) como la persona pálida, delgada, sin cabello, sino también se manifiesta en lo externo corporal, aparece una masa, una bolita, la mancha, que se convierten en el enemigo principal. La enfermedad deja de ser silenciosa, interna e inadvertida, privada, para irrumpir en lo público-visible, se le da vida al tumor y eso implica además la posibilidad de matarlo y deshacerse de él. Así se da un proceso de objetivación que marca no solo al cuerpo, sino la identidad del paciente como enfermo de cáncer.

El enfermo suele presentar alteraciones físicas y psicológicas, ocasionadas por la pérdida de la salud, la imagen corporal y la funcionalidad, que son vivenciadas en calidad de duelo, cuya elaboración reconfigura la identidad individual e incluye la percepción de cambio, debilidad y dependencia.

Los autores consideran que lo biológico o somático en el cáncer, también se suele reafirmar como proceso cultural, al interactuar con situaciones de la vida. El cansancio, debilidad y otros síntomas habituales, conllevan a la modificación de roles después de los tratamientos y el estrés psicológico que puede generarse en el marco de las relaciones sociales, laborales, modifican indicadores biológicos de inmunidad.

Luego del diagnóstico oncológico el cuerpo deviene “campo de batalla” en el que se combate la proliferación tumoral. El cuerpo, es también escenario que articula el dolor, sufrimiento, tratamientos invasivos, consumo de fármacos e higiene, dando paso a su medicalización.

La construcción de significados se produce a través de la intersubjetividad, de las relaciones antropológicas inimaginables que se producen entre la mismidad,

otredad y alteridad; los diferentes grupos como intermediarios entre el sujeto enfermo y la sociedad, influyen en la formación de estos significados, representaciones sociales, estereotipos, que se dan desde la propia definición de la dolencia.<sup>(21)</sup>

El acto de nombrar la enfermedad genera un proceso de legitimación del padecimiento y el malestar causado por un cuadro sintomático e implica el uso de un servicio de salud, así el cáncer es visto como “masa, bolita, hinchazón” que hay que extirpar. La carga emocional del diagnóstico empuja a las persona a la búsqueda de segundas, terceras opiniones que le ayuden en su condición. A pesar de ser descrita como lenta y penosa enfermedad, metafóricamente, las vivencias y metáforas principales del cáncer se asocian más con la topografía (el cáncer se “extiende” o “prolifera” o se “difunde” y los tumores son “extirpados”).<sup>(6)</sup>

Durante la experiencia de la enfermedad ocurre un proceso de reordenamiento de la personalidad. Dentro de ella, los motivos, configuraciones motivacionales, especialmente la concepción del mundo y la espiritualidad se convierten en aspectos importantes en la implementación de estrategias de afrontamiento. La antropología, aporta los elementos necesarios para diferenciar las particularidades de la visión que cada sistema de creencias, da al cáncer.

En todos los momentos relacionados con la enfermedad, el individuo recurre a su creencia o fe, para pedir que no sea confirmado el diagnóstico, que el tratamiento tenga los resultados esperados, para que no haya recaídas o para disminuir el sufrimiento y consolar a los familiares.<sup>(22)</sup> La búsqueda de la explicación moral de la causa y sentido de la enfermedad es una característica común a todas las sociedades y que también puede relacionarse con cuestiones de orden religiosa. Si el tratamiento tiene éxito el paciente lo interpreta como una vuelta a la independencia, en el caso del cáncer esta independencia es relativa, pues la posibilidad de una recaída, matiza la vivencia del paciente y su relación con el profesional.

Relacionado con la cosmovisión, la adaptabilidad sociocultural, las estrategias de afrontamiento, se encuentran los estudios sobre antropología del dolor y el

sufrimiento. En ellos, el dolor es entendido como un proceso polisemántico, con múltiples formas de ser manifestado e interpretado.

La experiencia dolorosa contiene experiencias sociales, históricas y culturales, resultado de un proceso educativo, condicionado por el momento, contexto y la situación. Es una experiencia multidimensional, indiscutiblemente relacionada con el cáncer. El dolor se asume como señal, consecuencia del cáncer o sus tratamientos y es uno de los síntomas más temidos por los pacientes.<sup>23</sup> Como experiencia universal, hay que considerar la parte implícita de cada cultura, aludiendo a las distintas creencias, valores, leyes o imaginarios configurados sobre el mismo.

La antropología de la muerte es una perspectiva que se pregunta sobre las construcciones socioculturales a partir de las cuales los seres humanos entienden y dan sentido a la muerte, la que se presenta como la primera y más probable posibilidad de conclusión de la enfermedad oncológica, además de una forma de reflexión y racionalización de su vida y de la situación durante esta. Se conforma una relación con la muerte que tiene varias opciones, la de no morir, luchar contra la enfermedad sin importar los obstáculos que se presenten y la de morir como opción para terminar con el sufrimiento y los efectos de los tratamientos y una tercera opción, la de negar su condición.

Los pacientes junto con el diagnóstico automáticamente se asumen dentro de un grupo social que se encuentra ya subordinado a instituciones sociales específicas referenciadas en la narrativa. La institución hospitalaria opera bajo distintas formas de control descritas por los pacientes a través de sensaciones relacionadas al miedo, la infantilización, la impotencia y sobre todo la ignorancia que tienen sobre lo que les ocurre.

El médico, es un factor importante dentro de este entramado de significaciones, pues está dotado de un saber que le permite clasificar, nombrar y controlar la enfermedad. El paciente es quien legitima la posición del médico como dominante, es el huésped del cáncer y es en su cuerpo el escenario de la batalla entre el tratamiento indicado y el tumor.<sup>(23)</sup>

Cuando se habla de tratamientos del cáncer el lenguaje que se usa es el de la guerra, los tumores invaden, colonizan, avanzan. Las «defensas» del organismo fracasan al enfrentar la enfermedad y no logran contenerla. También el tratamiento alude al ejército. La radioterapia “bombardea” al tumor con radiaciones ionizantes y la quimioterapia es una guerra química, que apunta a “matar” las células cancerosas. <sup>(6,24)</sup>

El cáncer es visto como una enfermedad que invade a la persona, no como las enfermedades cardíacas que se ven como un fallo mecánico, muy vinculada con la tecnologías que son usadas como tratamientos (marcapasos, válvulas, trasplantes). <sup>(24,25)</sup>

El lenguaje utilizado durante la narración y la transcripción del cáncer incluye términos como valentía, resistencia, sobreviviente. El sujeto asume actitudes propias de la metáfora bélica, resistir, luchar, vencer, ser un héroe. En cada grupo o contexto cultural se marcan diferencias antropológicas con relación al cáncer, su diagnóstico, tratamiento y posibilidades de sobrevida.

## CONCLUSIONES

La antropología tiene sentido en el campo de la salud, en tanto ciencia especializada en la variabilidad sociocultural, por lo que puede desentrañar la realidad y utilizar esa información en las intervenciones llevadas a cabo por los sistemas de salud. Puede aplicarse en el abordaje integral del cáncer producto a la influencia de cuestiones culturales sociales y económicas que influyen en su epidemiología.

En la comprensión, investigación y tratamiento de esta patología no se puede obviar el proceso acumulativo de la construcción sociocultural de género, de lo que significa ser hombre o mujer asociado a un diagnóstico oncológico específico, sin que la balanza se incline únicamente a una sola de estas aristas.

Se demuestra que la atención oncológica está llamada a tener en cuenta las prácticas culturales y las narrativas vivenciales que se asocian al diagnóstico y su evolución, para la comprensión fenomenológica de la enfermedad y su manejo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz Sánchez P, Rodes García J. La antropología social en el contexto académico. Marco universitario opiniones de los antropólogos y reflexiones sobre su relación interdisciplinar. Rev murc. antropol[Internet].2018[citado 22/2/2021];25. Disponible en:<https://revistas.um.es/rmu/article/view/355571>
2. Waddington K, Ackerknecht E. A short history of medicine. Social History of Medicine[Internet]. 2017[cited 7/12/2020]; 30(2). Available from: <https://academic.oup.com/shm/article-abstract/30/2/479/2897780>
3. Lage Dávila A. Intervención del Dr.C. Agustín Lage Dávila en ocasión de otorgársele el título de Doctor Honoris Causa de la Universidad de La Habana. 2020.INFODIR[Internet]. 2020 [citado 3/2/2021]; 33. Disponible en: <https://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1026/1226>
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2019. La Habana: Dirección de Registros Médicos y estadísticas; 2020
5. Castro Jiménez LE, Rincón Moreno M, Gómez Rodríguez DT. Educación para la salud: una mirada desde la antropología. RevCienc Salud. [Internet]. 2017[citado 3/4/2021];15(1). Disponible en:<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5387>
6. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas[Internet].Buenos Aires: Impresiones Sud América SA; 2012[citado 27/10/2020]. Disponible en:[https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=La+enfermedad+y+sus+met%C3%A1foras.+&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=La+enfermedad+y+sus+met%C3%A1foras.+&btnG=)
7. Sanjuan L, Lázare S, Casado I y Garcia B. Prestación del Equip de Recerca en Antropologia Aplicada en Salut (ERAAS). Grafo working papers .[Internet]. 2018[citado 8/3/2021];7. Disponible en:

<https://revistes.uab.cat/grafowp/article/view/v7-sanjuan-lazare-casado-garcia>

8. De Vita V. Cancer: Principles and Practice of Oncology. Primer of molecular Biology in Cancer. Philadelphia: Wolters Kluwer Medical; 2020.
9. Salamanca Fernández E, Rodríguez Barranco M, Sánchez MJ. La dieta como causa del cáncer: principales aportaciones científicas del Estudio Prospectivo Europeo sobre Nutrición y Cáncer (EPIC). NutrClinMed. [Internet]. 2018[citado 25/1/2021];XII(2). Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nutricionclinicamedicina/pdf/5063.pdf>
10. Menéndez Palacios MC, Mera Chapi GD, Vera Zamora JI, Zambrano Mendoza AI. Causas y consecuencias del cáncer pulmonar. RECIMUNDO [Internet]. 2021 [citado 17/3/2021];5(1). Disponible en [:https://www.recimundo.com/~recimund/index.php/es/article/view/1013](https://www.recimundo.com/~recimund/index.php/es/article/view/1013)
11. Durán Póveda M, Jiménez Fonseca P, Sirvent Ochando M. Integral nutritional approach to the care of cancer patients: results from a Delphi panel. ClinTnslOncol[Internet]. 2018[cited 17/11/2020];20(9). Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12094-018-1846-z>
12. Stern MC, Barnoya J, Elder JP, Gallegos-Carrillo K. Dieta, actividad física, obesidad y riesgo de cáncer: estrategias para reducir la carga del cáncer en las Américas. Salud Pública Mex [Internet]. 2019[citado 22/2/2021];61(4). Disponible en: <https://doi.org/10.21149/9753>
13. Contreras J. Polisemias de la alimentación, salud desperdicio, hambre y patrimonio. Barcelona: ODELA Edicions;2019.
14. Rodríguez Zoya P. Alimentación y medicalización. Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud. Sociológica. [Internet]. 2015[citado 2/4/2021];30(86). Disponible en:[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-01732015000300007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-01732015000300007&script=sci_abstract&tlng=pt)
15. Reyes Vasconcelos L. Estrategia metodológica con enfoque de género para la prevención del cáncer de próstata en el Consejo Popular San Juan de Dios[tesis].Camagüey:Centro de Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud. Universidad de Ciencias Médicas; 2018.



16. Zeledón Zeledón PI, Luna Turcios MC. Conocimientos y factores culturales de mujeres que intervienen en la realización del papanicolaou en Nicaragua. *Journal Health NPEPS* [Internet]. 2017 [citado 3/12/2020]; 2(1). Disponible en: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1641>
17. Pons-Rodríguez A, Martínez-Alonso M, Perestelo-Pérez L, García M, Monsterrat Rué MS. Elección informada en el cribado del cáncer de mama: el papel del nivel educativo. *GacSanit* [Internet]. 2020. [citado 14/1/2021]; 35(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.01.00>
18. Fernández Díaz LD. Representaciones sociales de las mamas, mujeres mastectomizadas, feminidad y cuidado [Internet]. Bogotá: Universidad de ciencias aplicadas y ambientales; 2020 [citado 8/2/2021]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/3719>
19. Santos Araújo J, Monteiro da Conceição V, Fontao Zago M. Masculinidades transitorias en la enfermedad por el cáncer de próstata. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2019 [citado 3/1/2021]; 2. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3248.3224>.
20. Langelier DM, Cormie P, Bridel W, Grant C, Albinati N, Shank J, Daun JT, Fung TS, Davey C, Culos-Reed SN. Perceptions of masculinity and body image in men with prostate cancer: the role of exercise. *Support Care Cancer* [Internet]. 2018 [cited 28/1/2021]; 26(10). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4178-1>
21. Blázquez Rodríguez M, Bolaños Gallardo E. Aportes a una antropología feminista de la salud: el estudio del ciclo menstrual. *Salud Colectiva*. [Internet]. 2017 [citado 19/10/2020]; 13(2). Disponible en: [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Aportes+a+u+na+antropolog%C3%ADa+feminista+de+la+salud%3Ael+estudio+del+ciclo+menstrual.+&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Aportes+a+u+na+antropolog%C3%ADa+feminista+de+la+salud%3Ael+estudio+del+ciclo+menstrual.+&btnG=)
22. Araújo de Freitas R, de Oliva Meneses TM, Barbosa Santos L, Guimarães Bastos Moura HC, Santos Sales MG, Araújo Moreira F. Espiritualidade e religiosidade no vivido do sofrimento, culpa e morte da pessoa idosa com câncer. *Rev Bras Enferm. Enfermagem* [Internet]. 2020 [citado

3/2/2021];73(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0034>

23. Sánchez Díaz GC .Dolor y cáncer. Un acercamiento antropológico a los procesos de significación del dolor en la enfermedad[Internet]. Bogotá:Universidad Externado de Colombia; 2018[citado 3/2/2021]. Disponible en:[https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Dolor+y+c%C3%A1ncer.+Un+acercamiento+antropol%C3%B3gico+a+los+procesos+de+significaci%C3%B3n+del+dolor+en+la+enfermedad.%5B&btnG](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Dolor+y+c%C3%A1ncer.+Un+acercamiento+antropol%C3%B3gico+a+los+procesos+de+significaci%C3%B3n+del+dolor+en+la+enfermedad.%5B&btnG)
24. Rojas Miranda D, Fernández González L. ¿Contra qué se lucha cuando se lucha? Implicancias clínicas de la metáfora bélica en oncología. RevMedChile [Internet]. 2015 [citado 22/2/2021];143(3). Disponible en:[https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=.%C2%BFContra+qu%C3%A9+se+lucha+cuando+se+lucha%3F+Implicancias+cl%C3%ADnicas+de+la+met%C3%A1fora+b%C3%A9lica+en+oncolog%C3%ADa.&btnG](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=.%C2%BFContra+qu%C3%A9+se+lucha+cuando+se+lucha%3F+Implicancias+cl%C3%ADnicas+de+la+met%C3%A1fora+b%C3%A9lica+en+oncolog%C3%ADa.&btnG)
25. Mendoza Torres E, Bravo Sagua R, Villa M. Enfermedades cardiovasculares y cáncer: ¿dos entidades mutuamente relacionadas?. RevChilCardiol[Internet]. 2019[citado 1/4/2021]; 38(1). Disponible en:[https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Enfermedades+cardiovasculares+y+c%C3%A1ncer%3A%C2%BFdos+entidades+mutuamente+relacionadas%3F&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Enfermedades+cardiovasculares+y+c%C3%A1ncer%3A%C2%BFdos+entidades+mutuamente+relacionadas%3F&btnG=)

### **Conflictos de interés**

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses respecto a este texto.

### **Contribución de los autores**

García Rodríguez. Concepción del estudio, redacción del documento, análisis y recopilación de la información, confección del informe final, organización y coordinación de los investigadores.

Revelo Álvarez. Concepción del estudio, redacción del documento, análisis y recopilación de la información, confección del informe final.

Grimont González. Análisis y recopilación de la información y confección del informe final.