

Revista de Estudios Sociales
Universidad de los Andes
res@uniandes.edu.co
ISSN (Versión impresa): 0123-885X
ISSN (Versión en línea): 1900-5180
COLOMBIA

2004

Roberto Suárez / Carolina Wiesner / Catalina González / Claudia Cortés / Alberto
Shinchi

ANTROPOLOGÍA DEL CÁNCER E INVESTIGACIÓN APLICADA EN SALUD
PÚBLICA

Revista de Estudios Sociales, febrero, número 017

Universidad de los Andes

Bogotá, Colombia

pp. 42- 55

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

<http://redalyc.uaemex.mx>



ANTROPOLOGÍA DEL CÁNCER E INVESTIGACIÓN APLICADA EN SALUD PÚBLICA

Roberto Suárez¹, Carolina Wiesner², Catalina González³, Claudia Cortés⁴, Alberto Shinchi⁵

Resumen

A partir de una elaborada revisión de literatura sobre el cáncer gástrico, el artículo profundiza en los aspectos socio culturales que explican la enfermedad y aboga por una mayor cooperación entre la comunidad afectada y las instituciones que formulan las políticas públicas en salud, haciendo énfasis en las relaciones existentes entre salud, prácticas sociales y cultura. Plantea que los programas de intervención en salud pública deben considerar factores sociales, biológicos y culturales de manera interdependiente para plantear propuestas viables de desarrollo de investigaciones aplicadas al cáncer gástrico en poblaciones vulnerables como las que residen en los departamentos colombianos de Nariño y Boyacá.

Palabras clave:

Cáncer gástrico, antropología médica, cultura, salud, alimentación, ecosistémico.

Abstract

Based on a revision of literature on gastric cancer, the article explores the achievements of medical anthropology in identifying the socio-cultural aspects that may explain the illness. It claims for a better cooperation between affected communities and institutional policies, and emphasizes on the relationships between health, social practices and culture. The article argues that public health programs should consider social, biological and cultural factors in order to develop proposals for the development of research on gastric cancer in vulnerable populations such as the ones residing in the Colombian departments of Nariño and Boyacá.

Key words:

Gastric cancer, medical anthropology, culture, health, nourishment, ecosystemic.

Prevenir y curar enfermedades crónicas, como el cáncer gástrico, representa un gran reto para el campo médico moderno. Existen esfuerzos desde las ciencias básicas y se han realizado grandes avances en campos como el epidemiológico, pero los aspectos sociales y culturales asociados a esta enfermedad han sido poco estudiados y son presentados como elementos de segundo orden al momento de construir programas de salud pública, ya sea para su detección temprana y/o para su control. Sin embargo, el reconocimiento de los cambios de la morbilidad de la enfermedad en ciertas regiones del mundo ha permitido que el campo de lo social haya empezado a tomar fuerza para comprender la relación existente entre cultura y salud en la vida cotidiana de los individuos en riesgo o afectados. Este hecho ha implicado una manera diferente de aproximarse a la enfermedad, en donde el espectro epidemiológico se ha desarrollado para entenderla, no solamente desde su prevalencia o morbimortalidad, sino a partir del significado que tiene para los individuos (Helman, 1991; Good, 1994). Al centrarnos en la experiencia social e individual buscamos establecer vínculos significativos entre la enfermedad, la salud, las contradicciones inherentes a las diferentes percepciones de las mismas, los sistemas de creencias, relaciones de poder, de género, de causalidad, de desgracia, de estructura social, los tipos de tratamiento en los que se cree y a quién se acude (Marshall, Gregorio y Walsh, 1982; Comaroff, 1985; Littlewood, 1991; Chávez et al., 1995; Ritenbaugh, 1995; Suárez, 2001). Sobre esta base, en este artículo planteamos la necesidad de discutir la resonancia teórica y el aporte de la antropología médica al estudio del cáncer gástrico con el fin de mirar sus contribuciones para un programa de investigación aplicada, desde una perspectiva ecosistémica (Lebel, 2003). Pretendemos realizar una revisión de la literatura sobre los aspectos epidemiológicos del cáncer gástrico y sus factores de riesgo, y también presentar la articulación de la antropología médica para ubicar en su contexto los aspectos socioculturales de la enfermedad. Por otro lado plantearemos una propuesta global para el desarrollo de investigaciones puntuales sobre cáncer gástrico en poblaciones vulnerables colombianas, como las residentes en Nariño y Boyacá. El cáncer gástrico presenta varios componentes importantes a estudiar: su etiología multicausal implica

-
- 1 Antropólogo, PH.D. Profesor del Departamento de Antropología de la Universidad de los Andes, grupo de Antropología Médica de la Universidad de los Andes.
 - 2 Médica, M.PH. Instituto Nacional de Cancerología.
 - 3 Antropóloga. MA. Grupo de Antropología Médica de la Universidad de los Andes.
 - 4 Antropóloga, Instituto Nacional de Salud.
 - 5 Médico. Grupo de Antropología Médica de la Universidad de los Andes.

realizar un análisis de los puntos de intersección entre lo cultural, lo social y lo biológico, donde se ubican los denominados 'factores de riesgo'. Por sus características el cáncer es, en general, una enfermedad silenciosa-crónica que genera, en el momento de su diagnóstico, grandes impactos psicosociales y económicos en la calidad de vida del paciente y de su familia. Además, la curación sólo se logra cuando se realiza un diagnóstico temprano o precoz de la enfermedad y para esto es necesario intervenir durante el periodo latente, es decir, en ese periodo silencioso en el que el enfermo no se considera como tal y en donde la noción de riesgo está ausente.

La incidencia del cáncer gástrico ha disminuido en muchos países sin ninguna intervención médica, al mejorar las condiciones de vida de las personas y al incentivarlas al consumo de frutas y verduras. De igual manera, el uso masivo del refrigerador se ha asociado con una disminución en la presencia de la enfermedad (WCRF, 1997). En Colombia, el cáncer gástrico es la primera causa de muerte en hombres y mujeres, particularmente en algunas regiones (Nariño y Boyacá) en donde para muchos habitantes (particularmente en zonas rurales) las enfermedades son el resultado de algún castigo divino, de falta de fe, de la creencia en el destino, del clima, o algún accidente (Pinzón y Suárez, 1992; Suárez y Forero, 2002). Como problema de salud pública es el resultado de la relación entre diversos factores de riesgo como son los medioambientales (contaminación bacteriana), los sociales (estrato socioeconómico, acceso al sistema de salud), los culturales (sistemas de creencias) y los genéticos (predisposición familiar) (Higinson, Muir y Muñoz, 1992; Lawrence y Zfass, 1996). Dentro de los factores de riesgo que se consideran tanto biológicos como culturales se encuentra la dieta, que ha sido objeto de numerosos estudios epidemiológicos (WCRF, 1997), y antropológicos (Sydney, Mintz, Du Bois, 2002). La alimentación y la nutrición son áreas influenciadas por aspectos económicos, sociales, políticos y culturales (Lévi-Strauss, 1958; Sahlins, 1980; Romero, 1993). En ellas intervienen la existencia y reproducción de tradiciones definidas por el medio geográfico, las relaciones económicas y socioculturales, el acceso a productos y la representación de lo que es alimento o comida (Lévi-Strauss, 1958). Este último punto responde a sistemas de creencias, valores y actitudes asociados a la práctica diaria de la alimentación y explicados por la cotidianidad. Al determinar que la nutrición es un factor de riesgo relevante para desarrollar cáncer gástrico, especialmente cuando se tiene una dieta deficiente en proteínas, vitaminas e insuficiente consumo de frutos y vegetales frescos (INC, 2000; WCRF, 1997), se considera

necesario estudiar las ideas que se construyen alrededor de la cultura alimentaria. Lo anterior y de acuerdo a la idea de Herrera (1996, p.2) que expresa que "la comida hace parte de la identidad de un grupo social, expresa las relaciones que ocurren entre unas y otras personas, entre los grupos humanos y su medio ambiente, entre el mundo natural y el sobrenatural", nos permite afirmar que las condiciones nutricionales y de salud son el resultado de la interacción de las fuerzas ecológicas, biológicas, económicas, sociales y culturales (Good, 1994). Entre estos factores existe una interdependencia sistémica: cuando un factor se ve afectado, los demás alteran su curso igualmente.

Estudiar el cáncer desde la antropología médica, permite explicar la lógica social que fundamenta los diferentes comportamientos y la cultura que nos remite a mirar el telón de fondo de éstos; es decir, podemos entender el ejercicio de los espacios de poder de las personas, sus sistemas de comunicación, organización social, acciones cotidianas y la forma como construyen métodos y estrategias para solucionar problemas en el campo médico. De hecho para Keshavjee (1996) la antropología médica provee las herramientas para entender el vínculo de lo biológico con lo social, lo político, lo histórico y lo económico; esto significa que a través de estudios en antropología médica es posible entender la influencia de fuerzas globales en una cultura particular, en las formas de distribución y caracterización de ciertos tipos de cáncer. Al ser aplicada esta perspectiva al estudio del cáncer podemos entender cómo se construye la representación de la enfermedad, las lógicas sociales en la realidad diaria de los actores afectados por el cáncer y cómo se va realizando la construcción de itinerarios terapéuticos para encontrar soluciones a los problemas de la enfermedad.

Es poco lo que se encuentra en los estudios sobre sociedades campesinas, específicamente de la región Cundiboyacense, sobre la relación entre medicina y culturas médicas. Carlos Pinzón y Rosa Suárez (1982) analizan la enfermedad en la comunidad de Sora, dentro de la dinámica histórica del campesino, y encuentran que la brujería actúa como un regulador de tensiones y conflictos. En 1989 José Ignacio Torres describe la medicina tradicional en la comunidad campesina de Usme, haciendo énfasis en el funcionamiento de la acción médica y relacionándola con aspectos del código de salud y enfermedad tal y como son manejados por la comunidad (Torres, 1989). En este estudio a partir de la descripción del funcionamiento de la medicina se llega a la conclusión que los curanderos no sólo no están alejados de la labor del médico, sino que también cumplen el papel de intermediarios en los conflictos locales. En 1992

Carlos Pinzón y Rosa Suárez publican “Las mujeres lechuza”, en donde recrean la relación entre cuerpo-cerebro y cultura desde un análisis histórico y dan a conocer el manejo de la salud en sociedades campesinas a través de estrategias comunitarias, como el curanderismo y la brujería. Este trabajo es similar al propuesto por Cristina Barajas (1995, 2000) en su estudio sobre el significado de la enfermedad en la población de la vereda de El Carreño (Sotaquirá, Boyacá), donde enfermarse significa arriesgar la estabilidad económica y laboral de su grupo, constituyéndose un espacio de tolerancia en la colectividad hacia el individuo bajo la presión de la mejoría. A través de las dolencias se transmiten conocimientos en busca de la prevención y la cura, así como se reconstruyen y reafirman redes solidarias. La autora concluye que estar sano o enfermo involucra aspectos sociales, afectivos, morales, culturales, económicos y simbólicos. En un país con un enorme mestizaje cultural y grandes desigualdades socioeconómicas, puede verse cómo los individuos construyen una cultura médica, en términos generales “medicina popular”, con estrategias preventivas terapéuticas y modelos explicativos de la enfermedad de acuerdo a sus necesidades y representaciones de la salud, el padecimiento, y la muerte, entre otros factores. En las regiones colombianas de alta incidencia (principalmente en áreas rurales), enfermarse se traduce en el ámbito doméstico de autoconsumo en el abandono de la actividad laboral, lo que afecta el ciclo de producción y de trabajo de los miembros de la familia y por ende, la estabilidad económica (Barajas, 2000).

Aspectos epidemiológicos del cáncer gástrico

En la actualidad el cáncer gástrico sigue ocupando un lugar importante dentro de las causas de muerte a nivel mundial, aunque el mejoramiento de las condiciones de vida y los logros alcanzados en el diagnóstico temprano y el tratamiento, han permitido una disminución de la tasa de mortandad. Su incidencia presenta evidentes diferencias regionales, siendo baja en países como Estados Unidos (7.6 x 100.000), Australia y Nueva Zelanda (9.8 x 100.000) y alta en algunos países como Japón (69 x 100.000), Corea (70 x 100.000) Chile (38 x 100.000), Costa Rica (35 x 100.000), Rusia (42.9 x 100.000) y Colombia (33 x 100.000). Sin embargo y a pesar de que en Japón hablamos de casi el doble de casos que en los países de Centro y Sur América, la mortalidad es comparativamente baja. Es así como la tasa ajustada de mortalidad en hombres japoneses (31 x 100.000 habitantes), es menor a la registrada en Costa Rica (45. x 100.000) y muy próxima

a la reportada en Chile (30 x 100.000) y Colombia (26 x 100.000) (Ferlay, 2000).

Esta divergencia geográfica evidencia que en algunos casos la etiología medioambiental, cultural y social tiene mayor peso que la genética (Idrovo et al, 1993). El estudio realizado por Cairns (1986) en el que comparó los índices de mortalidad por cáncer gástrico de japoneses residentes en Japón, japoneses inmigrantes a EE.UU., hijos de inmigrantes japoneses residentes en EE.UU. (Nisseis) y blancos estadounidenses, demostró que el índice de mortalidad por cáncer gástrico en los japoneses que migraron a EE.UU. disminuyó en relación con el de los japoneses residentes en Japón. A su vez los hijos de los inmigrantes japoneses a EE.UU. presentaron una incidencia de mortalidad menor a la de sus padres y cercana a la de los blancos estadounidenses (Robbins, 1990).

Además de considerarse la variable medioambiental como factor de riesgo para desarrollar cáncer gástrico, existen otros factores, que como la dieta, parecen tener gran importancia como agentes etiológicos. Un estudio desarrollado por Zhang (1994) evidenció que un consumo alto de frutas y verduras ricas en vitamina C estaba asociado con la disminución en el riesgo de desarrollar cáncer gástrico; así mismo, se estableció que una dieta rica en cereales de grano entero, carotenoides y té verde, disminuye el riesgo de desarrollar la enfermedad. A esta misma conclusión llegaron Buiatti et al. (1990) en un estudio de casos y controles de cáncer gástrico y dieta realizado en Italia, Graham et al. (1972) en un estudio sobre factores alimentarios en la epidemiología del cáncer gástrico, y Haenszel et al. (1972) al realizar una investigación sobre cáncer gástrico en japoneses residentes en Hawai.

Por otro lado, una ingesta habitual de alimentos ahumados y asados, ricos en hidrocarburos policíclicos aromáticos, está asociada con el génesis del cáncer gástrico (WCRF, 1997). De acuerdo con los estudios adelantados por investigadores de la división de epidemiología y genética del Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos sobre la dieta y los hábitos culinarios de 176 personas diagnosticadas con cáncer gástrico y 503 personas sin cáncer, se demostró que quienes comían carne bien asada tenían un riesgo tres veces mayor que quienes comían la carne a término medio. También se encontró que las personas que comían carne cuatro o más veces a la semana tenían el doble del riesgo de desarrollar ese tipo de cáncer que aquellos que consumían carne con menor frecuencia. Del mismo modo, se ha señalado en estudios de casos y controles desarrollados por el Instituto Americano

para la Investigación del Cáncer, así como por Buiatti et al. (1990) en Italia, que una dieta con alta ingesta de sal está asociada a este tipo de cáncer (WCRF, 1997). El efecto carcinogénico de la sal está posiblemente ligado a un daño de la mucosa del estómago, como lo demostró Kodama y col. (1984) en un estudio sobre el efecto de la sal en el estómago de los ratones.

Otros factores, como los genéticos, plantean un riesgo 2 a 3 veces mayor de desarrollar cáncer de estómago en familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico (Idrovo, 1993). Igualmente se sabe que los individuos del grupo sanguíneo A tienen un 20% más de probabilidad de presentar cáncer gástrico que las personas de los grupos sanguíneos O, B o AB (Muñoz Francesani, 1997). A pesar de esta relación, autores como Craven (1987), Davis (1989), Correa (1982) y Kasimer et al. (1989) creen que este factor no es tan importante. Existen además algunas lesiones precursoras propias del estómago que están asociadas con un mayor riesgo de cáncer, como la gastritis crónica atrófica, los adenomas gástricos, la enfermedad de Menetrier y la anemia perniciosa, de acuerdo con Correa (1992) y con datos del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia (2000).

Algunos investigadores como Abaunza (1994), Pineda (1992), Tuffi et al. (1998), Correa et al. (1983) y McMichael (1990) consideran que las personas de escasos recursos tienen un mayor riesgo de presentar la enfermedad, pues obtienen el agua para consumo de pozos artesanales o aljibes que presentan altos niveles de nitratos y contaminación por H. Pylori. Adicionalmente estos grupos de población tienen una dieta rica en carbohidratos y baja en frutas y verduras frescas, así como un menor acceso y uso de los servicios de salud.

Otro de los factores de riesgo, y quizás uno de los más importantes, es la infección por H. Pylori, una bacteria en forma de espiral que recientemente fue clasificada por la IARC (International Agency for Research on Cancer) como un carcinógeno del grupo I, es decir, una causa definitiva de cáncer en humanos; esta bacteria coloniza la mucosa gástrica debido a la contaminación alimentaria y se ha asociado con el desarrollo de una inflamación local, la gastritis crónica atrófica, una conocida lesión precursora del cáncer gástrico. La bacteria se adquiere durante la niñez y los niños infectados son en general asintomáticos, con excepción de una pequeña minoría que desarrolla enfermedad ulceropéptica. Esta infección crónica produce un mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico en la etapa adulta; sin embargo, muchas de las personas infectadas no lo desarrollarán (Imrie, Rowland, Bourke, Drumm, 2001). Lo

anterior está basado en varios estudios en los cuales se estableció una asociación entre el cáncer gástrico y la infección por H. Pylori, entre los que sobresalen los realizados por Nomura et al. (1991) en Hawai, y Parsonnet et al. (1991) en Estados Unidos. La importancia del H. Pylori como factor de riesgo radica en que un tratamiento preventivo podría ayudar a modificar el curso de la enfermedad, tal y como lo quiere demostrar un grupo de investigadores alemanes que inició una investigación en 1997 (Miehlke, 1997).

Teniendo en consideración el riesgo atribuible que tiene la infección por H. Pylori en el desarrollo del cáncer, esta propagación tiene implicaciones desde el punto de vista de la salud pública. La educación de la población, así como la difusión de aspectos de nutrición e higiene alimentaria, se han considerado prioritarias para países en vías de desarrollo. Algunos estudios han evaluado la posibilidad de hacer tamizaje para identificar los posibles infectados, pero esto resulta poco práctico por los altos costos del tratamiento antimicrobiano, los efectos secundarios del tratamiento y la posible inducción de resistencia (Tytgat, 1998).

Sin embargo, y teniendo en cuenta que el pronóstico del cáncer gástrico es pobre, es importante realizar la detección de las lesiones en una etapa temprana y tratable. En países como Japón se han implementado programas de detección temprana en poblaciones de alto riesgo y se ha alcanzado un porcentaje de diagnóstico en estadios tempranos de un 40% del total de los casos, lo que genera una disminución significativa en la tasa de mortalidad. Esta experiencia en la detección temprana se extrapoló a algunos países latinoamericanos como Chile, en donde los programas de tamizaje han permitido que la tasa de mortalidad haya disminuido en los últimos 30 años. Igualmente, en el Estado de Táchira (Venezuela), un programa de tamizaje demostró que los índices de mortalidad bajaron en relación con los países vecinos, lo cual está siendo evaluado con el fin de proporcionar resultados de esta experiencia. De estas vivencias se ha concluido que a pesar de las dificultades económicas y sociales los resultados son alentadores (Ronderos, 1994). Así mismo, una revisión de los casos de cáncer gástrico adelantada en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social entre 1978 y 1990 demostró que esta patología era frecuente en el servicio de gastroenterología (correspondía al 5% de los pacientes atendidos), y se hizo énfasis en la importancia de los programas de detección oportuna (Touma, 1993). En el caso de Colombia, que figura como uno de los países con incidencias más altas del mundo y en donde se han

identificado algunas regiones de alto riesgo como los departamentos de Boyacá y Nariño, no ha sido posible este tipo de intervención debido a la disociación que existe entre factores económicos, la viabilidad técnica y los factores socioculturales. Aunque la mortalidad por cáncer gástrico ha descendido ligeramente en la última década, éste es considerado un problema de salud pública por cuanto continúa siendo la primera causa de muerte por cáncer (Instituto Nacional de Cancerología, 2000). Todo lo anterior justifica la importancia que debe tener el pasar de un modelo curativo, como el que tenemos actualmente, a uno de prevención y promoción. Si entendemos como *promoción de la salud* “la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los actores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas y psíquicas de los individuos y las colectividades”, y por *prevención* el “conjunto de actividades orientadas a evitar la ocurrencia de enfermedades específicas, cuyo objeto son los individuos o grupos sociales, que por sus características tengan una gran probabilidad de adquirirlas” (República de Colombia, 1996, p. 17), es importante que exista una conciencia colectiva que le permita a los individuos y a los organismos de salud ejercer un control sobre la salud. Es así como es necesario que exista una articulación entre las políticas institucionales y un compromiso de la comunidad. Se pretende entonces establecer un desarrollo de mejores condiciones de salud, tanto individuales como colectivas, por parte de los gobiernos nacional, departamental, municipal y las autoridades sanitarias y educativas que con el compromiso de la comunidad busquen que cada individuo o grupo identifique y se apropie de sus problemas de salud, para tomar iniciativas que le permitan ejercer un control sobre los mismos, en donde cada persona se responsabilice de su proceso y cuente con el respaldo del sector salud. Junto con las políticas institucionales y el compromiso de la comunidad debe estructurarse una cultura sanitaria, lo cual implica transformar o reafirmar los valores, las tradiciones y saberes en busca de su mejoramiento. De esta forma la promoción de la salud contribuiría a estructurar su cultura y a materializarla en un saber social. Aunque lo anterior supone el aumento de la calidad de vida de las personas, la promoción y prevención no poseen un lugar privilegiado: hay incapacidad para desarrollar iniciativas y proyectos, así como problemas de financiación, falta de capacitación del personal, desconocimiento del público, falta de recursos, carencia de continuidad y metas de muy corto plazo (República de Colombia, 1996).

Elementos relevantes para el estudio antropológico del cáncer gástrico

La antropología médica es una disciplina que ha permitido demostrar cómo los conceptos de salud, enfermedad, muerte, dolor, prácticas terapéuticas, entre muchos otros, son formas de expresión de la cultura que a su vez se relacionan íntimamente con la organización social, la política, la economía y los sistemas de creencias (Suárez, 2001). Debemos recordar que el término salud es polisémico, refleja diferentes nociones que se construyen alrededor de lo normal y lo saludable - *to be fit* - (Wright, 1982; Crawford, 1984; Hahn, 1995). La salud es a la vez un capital individual (Herzlich, 1973), un instrumento operativo para mantener al individuo dentro del sistema (principalmente el sistema laboral), y un valor asociado a estilos de vida 'saludables' o 'equilibrados' y a la organización social (Pierret, 1995). De igual manera, la enfermedad sugiere diferentes formas de entenderla y por lo tanto también se debe hacer referencia a los contextos en los cuales el término adquiere significado. Así, términos como anormalidad, desvío, un sentido del mal religioso o red semántica son algunos de los significados que adquiere según el contexto socio-cultural. Estar enfermo implica un conjunto de procesos. Las historias de la enfermedad evidencian que es 'objeto de comprensión y de lucha' (Good, 1994) para que los individuos de una parte tomen distancia de ella, objetivándola, y de otra, puedan construir un itinerario terapéutico, es decir, un recorrido de curación o sanación que los individuos establecen a través de los proveedores de salud, basado en los saberes populares y determinado de acuerdo a los objetivos curativos que establecen prácticas médicas específicas (Scheder, 1987; Pedersen, 1988; Suárez y Forero, 2002). Young (1982) y Frankenberg (1980) insisten en la necesidad de entender las prácticas médicas como producto de ideologías. En este contexto, el tema de los itinerarios terapéuticos tiene una función crucial para el entendimiento de cómo los individuos le atribuyen significado a la enfermedad y a la salud y a su vez, permiten seguirle el rastro a los recorridos que las personas establecen en su cotidianidad para encontrar una respuesta a la enfermedad. Esto sugiere que las prácticas médicas y los itinerarios terapéuticos dependen de los contextos culturales en los que adquieren significado y por lo tanto, su estudio ineluctablemente hace referencia a una historia y a una cultura, categorías que están sujetas a constantes transformaciones locales y globales (Kleinman, 1980; Littlewood, 1991; Lock, 2001). Indudablemente, los métodos y las estrategias terapéuticas

de los individuos corresponden a un pragmatismo individual que integra diferentes campos para encontrar la respuesta a las rupturas en la salud y la enfermedad en la vida cotidiana. Entender la medicina como un elemento de la cultura y los itinerarios terapéuticos como una de sus expresiones, permite acercarse a las nociones de mundo y realidad que una población maneja (Briceño-León, 1999); así mismo da luces sobre la manera como dicha sociedad crea, representa, legitima y aplica conocimientos sobre el cuidado de su cuerpo, la salud, la enfermedad, ya que como Young afirmó, todo conocimiento sobre la sociedad y la enfermedad es un conocimiento construido socialmente y lo que se necesita es un entendimiento crítico de cómo los factores médicos están predeterminados por los procesos de pensamiento y construcción del mundo (Young en Lindenbaum, Lock, 1993). La salud y la enfermedad son entonces parte de la existencia cotidiana humana, y por tanto, son concebibles como un sistema de interpretación de la vida; más allá de su valor biológico y psicosocial, son eventos que reflejan el vínculo de la persona con la sociedad y que sirven para interpretar su relación con el orden social, ya que responden a contextos socio-económicos y varían según sexo, edad, grupo étnico, entre otros (Schwabe y Kuojock, 1981; Scheder, 1987; Pierret, 1995). En sus significados se puede observar la construcción de los saberes populares que dan razón a las culturas médicas. Reconocer que los individuos integran en su cultura médica una gran diversidad de aspectos sociales y diferentes temporalidades (Calderon, 1995) implica abrir un espectro flexible de lo que es y lo que significa el campo salud-enfermedad para una población (Hepburn, 1988). Es importante resaltar que la antropología médica permite mirar más allá de lo evidente para explicitar el porqué de las lógicas del comportamiento individual y social. Al buscar una comprensión global del problema de salud en la sociedad, estamos proponiendo discutir preguntas centrales de nuestra vida contemporánea. En otras palabras, planteamos desentrañar cómo se entrelazan en la cotidianidad las relaciones entre movilidad social, cultura, relaciones de poder, relaciones interculturales, ortodoxias culturales e ideologías dominantes para generar sentido a los procesos de salud y enfermedad en un contexto marcado por la crisis constante. Hay que considerar que en Colombia no han sido realizados estudios sobre la relación entre cáncer, sociedades campesinas y saber local. Esta enfermedad representa una categoría extranjera para las poblaciones en riesgo. Si consideramos la descripción que Sontag (1979)

realiza del cáncer, puede decirse que la enfermedad es un misterio, pues la mayoría de las personas no conocen sus causas, sus síntomas y mucho menos saben tratarlos en el momento en el que se presentan. El cáncer, como otras enfermedades crónicas, reconstruye la identidad individual y social, y se asocia a la idea de sufrimiento en tanto se afirma que la persona a quien se le descubre carga una sentencia social, que es pena de muerte. Por ello se lo concibe como una alteración del orden natural, un sinónimo de fatalidad cuyo escape es el milagro o la voluntad sobrenatural. Bajo esta perspectiva, el cáncer no sólo es un malestar físico y biológico sino también psicológico y moral. Representa una carga económica y pone en evidencia la relación individuo, orden y vínculo social mediante el tipo de aseguramiento y acceso a servicios de salud. Sontag (1979) lo considera la lucha en una guerra en la que el lenguaje militarista de la salud es evidente: las células no se multiplican, son invasivas, son colonizadoras, y la radioterapia tiene un parecido con las batallas aéreas en la manera como se propone bombardear las células enemigas del cuerpo sano; el objetivo es el de matar las células cancerígenas en donde las guerras químicas tienen cabida tal como se usa la quimioterapia. En el proceso de salvar al paciente se piensa que los daños y los sufrimientos colaterales del cuerpo son inevitables, tal y como se habla en la guerra de pérdidas involuntarias, o según la terminología anglosajona de *"friendly fire"* para referirse a las muertes no deseadas, causadas por la necesidad de ganar la guerra. Así las cosas, el cáncer gástrico plantea cómo una enfermedad crónica sobrepasa el componente clínico en el momento del análisis: en ella es posible entender la construcción de una enfermedad a partir de imágenes de mundo que van a recrear la experiencia que constituye nuestra representación, en este caso de vida y de muerte.

El significado de los síntomas de enfermedades del estómago

En relación con el primer punto, un estudio de cáncer gástrico en sociedades campesinas debe focalizarse hacia la comprensión de la salud y la enfermedad como experiencia de los individuos: es decir, mediante el estudio del conocimiento popular, de cómo se entienden los conceptos de salud, enfermedad, bienestar, dolor, muerte, cuidado, autocuidado y castigo, y cuáles son las actitudes cotidianas frente a la enfermedad, en este caso frente a las de origen gastrointestinal. Igualmente se

debe lograr una aproximación de estas concepciones a la interpretación que los proveedores de salud constituyen en torno del cáncer gástrico.

Entender las lógicas sociales de los individuos frente a la enfermedad y las dinámicas internas y razones de actuar de un grupo social es entonces necesario. Este es un primer paso para acercarse a la verdadera visión de los fenómenos por parte del ciudadano 'común y corriente', y posteriormente llegar a una intervención. En este sentido es básico tener presente que las personas en su cotidianidad actúan de acuerdo a sus saberes y a sus necesidades en salud. La manifestación de estos comportamientos frente a un fenómeno evidencia la existencia de prácticas sociales que justifican el actuar de los individuos. Aproximarse a esta realidad ilustra todo un bagaje de conocimientos y de prácticas que dentro de la individualidad de los grupos sociales reafirman la pertenencia a una sociedad y la apropiación de los procesos que se presentan en la vida de las personas. Conocer qué es lo que motiva la existencia de las prácticas sociales, cómo estructuran los itinerarios terapéuticos, cuál es su configuración dentro de las redes sociales, cuál es la trascendencia con la que cuentan y su justificación y validación en la cotidianidad, permite entender el comportamiento de las personas en un determinado contexto.

Desde el punto de vista de los proveedores de salud, se debe diferenciar la existencia de dos culturas en la práctica médica. En primera instancia se encuentra la medicina oficial, caracterizada por una fuerte racionalidad causa-efecto, que sitúa las causas de la enfermedad en factores internos y externos al individuo, pero siempre pertenecientes al mundo natural comprobable mediante mecanismos científicos (el método científico y la experimentación) y tecnológicos. Estos mecanismos a su vez fundan las bases para un proceso formativo institucional respaldado por una estructura tecnológica general de apoyo, la cual, por inspirarse en principios científicos, tiene fundamentalmente una proyección social. En segunda instancia la medicina tradicional relacionada con saberes populares se cimienta en principios naturales, mágicos y religiosos, en los cuales la experimentación no es una condición necesaria y en los que la tradición tiene como función la legitimación de un respaldo social a las creencias culturales, expresadas no sólo en prácticas médicas particulares sino en variados aspectos de la vida individual y social.

Para el estudio del cáncer gástrico es entonces necesario conocer la racionalidad que existe en torno a la enfermedad, es indispensable saber cómo es percibida,

sentida, pensada y entendida; es decir, si existe o no dentro de la categorización de enfermedad, si se considera benigna o maligna, curable o incurable y el por qué de estas clasificaciones. Así mismo se debe tener un acercamiento al tipo de tratamiento que se le da en la clasificación realizada sobre la enfermedad. En resumen, hay que dilucidar el discurso que los dos tipos de orientaciones médicas construyen alrededor de las enfermedades gastrointestinales y centralmente del cáncer gástrico. Estos puntos de vista proveen un profundo acercamiento al fenómeno de la salud, que es un resultado del entendimiento de cómo los individuos racionalizan en torno a esta, cómo responden a la enfermedad, cómo legitiman terapias, cómo unen / vinculan significados para la enfermedad y construyen representaciones en torno a la salud y la enfermedad (Radley, 1995). Esta aproximación, sin apartar los hechos biológicos y de origen bio-médico, estimula el análisis de teorías y actos sobre el campo de la prevención y tratamiento oportuno bajo la perspectiva de las ciencias humanas y en especial, de la antropología (Lindenbaum, Lock, 1993).

Para el cáncer gástrico, acercarse a esta realidad se convierte en una tarea ardua y compleja, debido a sus características. Se considera una enfermedad asintomática que se diagnostica, en la mayor parte de los casos, en estadios avanzados cuando ya es difícil lograr una cura. Fenómeno que posiblemente se halla fundamentado en la existencia de un *síndrome del aguante*, de acuerdo a investigaciones del campesinado, por el cual el grupo social minimiza, relativiza o niega la posibilidad de estar enfermo, con la intención de mantener la estabilidad y la regulación interna.

En las sociedades campesinas, de acuerdo a la rutina, el individuo soporta una organización de autoreproducción, en la que la carencia de algún integrante altera el curso y la consecución de las tareas en un día. Es así como la salud y la enfermedad se construyen en torno a la idea de bienestar. Sin embargo, éste se traduce en el desarrollo del rol social como actor del grupo, lo que hace que las respuestas frente a la enfermedad se edifiquen a partir de su misma idea de bienestar o de salud, y no de las necesidades y carencias que biológicamente imponga el cuerpo.

El interés en el cáncer gástrico desde las ciencias sociales está justificado en el hecho de entender que la salud y la enfermedad son a la vez un hecho individual y social estructurado habitualmente por las representaciones sociales y las historias de vida que se generan frente a estas. El desconocimiento de todo lo anterior puede conducir a un mal desempeño y a un posible fracaso en las

políticas de prevención y promoción, dado que para el entendimiento de cualquier patología es necesario que exista una articulación entre la salud pública y la realidad cotidiana de una enfermedad.

Los factores de riesgo nutricional: ¿biológicos o socioculturales?

A pesar de que algunos grupos sociales conocen la importancia que tiene la nutrición y están conscientes de las enfermedades que se le asocian, siempre resulta difícil cambiar los hábitos alimenticios. Desde esta perspectiva es preciso preguntarse, como ya lo hacía M. Mead (1954) a mitad del siglo pasado, ¿por qué razón el ser humano come lo come? ¿Por qué a sabiendas que ciertos alimentos son perjudiciales para la salud, los sigue consumiendo? ¿Por qué es tan difícil cambiar los hábitos alimenticios? Dar respuestas a estos interrogantes no es nada fácil: el que en algunas sociedades se aprecien y se consuman alimentos que en otras sociedades menosprecian y aborrecen, evidencia que la alimentación no es un asunto puramente biológico; por el contrario, explica la forma como un grupo social entiende su entorno y lo traduce en lógicas sociales (Rozin, 1986).

El ser humano selecciona sus alimentos de acuerdo al contexto sociocultural en que se encuentra inmerso y a las dinámicas internas que se evidencian en un espacio tan cotidiano como el 'momento de la alimentación'. Es así como se podría afirmar que en el momento de seleccionar los alimentos interfieren algunos factores como los cognoscitivos (establecimiento de alimentos preferidos, desconocidos, desagradables o prohibidos), hedonistas (gusto, sabor, textura, olor), preferenciales (recelo por algún alimento, apetitos inespecíficos), las influencias sociales (cultura, religión), ambientales (clima, temperatura), metabólicas (necesidades calóricas, micronutrientes), los factores económicos (nivel de ingreso, gastos, salarios), el acceso a alimentos (ubicación, transporte), las influencias marcadas por una patología (diabetes, obesidad, cáncer) y los apetitos inespecíficos (adición de sal, condimentos), que definen la cantidad de alimentos disponibles para un grupo limitado (Anderson, 1997; Catanguay, 1991).

El individuo establece entonces alrededor de su nutrición una cultura de los alimentos o de lo que también podría denominarse una *cultura alimentaria* que hablará de la forma como una población produce, selecciona, representa, consume y utiliza los alimentos disponibles o a los que tiene acceso y la manera como crea patrones de conducta en torno a ellos (Suárez, 2001, Zacarías et al, 1986). Las

preferencias, conocimientos y creencias constituidas sobre la alimentación, conducen a que se considere que la nutrición y la alimentación son el resultado de la interacción de las fuerzas ecológicas, biológicas, económicas, sociales y culturales (Romero, 1986). Diferenciar entre qué es comida y qué es alimento se torna necesario. De acuerdo a Foster (1978), la comida es un producto social determinado a un contexto específico, con límites geográficos, sociales y culturales claramente definidos y diferenciados de otras sociedades:

“como fenómeno cultural, la comida no es simplemente un producto orgánico con cualidades nutritivas (...) la comida es definida culturalmente; para que un artículo sea consumido, necesita un sello cultural de aprobación, de autenticidad” (Foster, 1978, p.265).

En oposición, el alimento es descrito como una sustancia que nutre un organismo y que no es culturalmente construida, su valor y aporte tienen una base científica y cuantitativa, “son sustancias capaces de mantener saludable al organismo de quien lo consume” (Foster, 1978, p. 265). De esta forma la nutrición integra estos conceptos, al ser definida como “el alimento ingerido y la forma en que el cuerpo lo aprovecha, comemos para vivir, comemos para crecer, comemos para mantenernos sanos y tener suficiente fuerza para trabajar y jugar” (Lowenberg, 1970, p.14).

Los alimentos que componen la cultura alimentaria de algunos grupos colombianos de alto riesgo para cáncer gástrico son la expresión de sus prácticas culinarias, en las que el bajo consumo de frutas y verduras se justifica bajo la idea de que 'no son buenos alimentos', considerados de bajo valor calórico, baja categoría y virilidad, propios de animales rumiantes. Sin embargo, entre las clases socioeconómicas más favorecidas estos valores son válidos, pues un porcentaje de personas consume frutas y verduras con el fin de conservar una figura estética.

Así mismo se encuentra que otros alimentos como las habas, los cubios, y los nabos, ingredientes autóctonos de la cocina tradicional de Boyacá y Nariño, por estar compuestos de almidones complejos de difícil digestión, son considerados alimentos abrasivos que favorecen la irritación crónica de la mucosa gástrica, lo que genera una lesión preneoplásica. Paradójicamente estos alimentos son ampliamente cultivados y gozan de gran aceptación y valoración entre la población (Correa, 1983; Rodríguez, 2000). Por el contrario, para algunos grupos sociales urbanos estos mismos alimentos son

considerados de baja categoría, o de un pueblo servil y dominado. Además, las prácticas culinarias tradicionales como el asar, ahumar y salar los alimentos, presentes en las zonas mencionadas, generan aminos heterocíclicos y compuestos como los nitritos, que predisponen a la aparición del cáncer gástrico, debido al daño que pueden causar en las paredes del estómago.

En la cultura alimentaria se expresan atributos sociales, culturales y psicológicos que se le otorgan a la comida y que definen las funciones y significados de los hábitos de alimentación en cada contexto. El estudio de las costumbres en torno a los procesos de producción, selección, preparación y representación de los alimentos, puede dar cuenta de deficiencias nutricionales o enfermedades desde la perspectiva de la nutrición del saber de la medicina oficial. Así, se revelan relaciones fisiológicas entre la alimentación, la salud y la enfermedad (Messer, 1984).

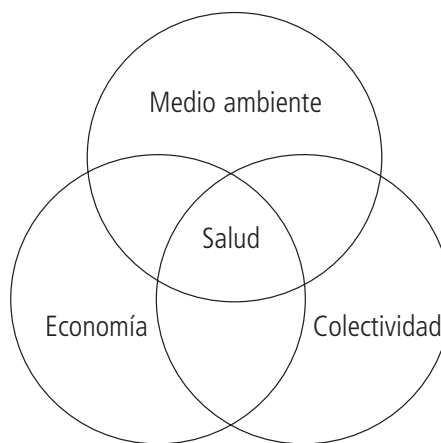
En este sentido consideramos necesario conocer las narrativas alimentarias locales en tanto de éstas puede derivarse el entendimiento de las dinámicas internas de lo social. Estudiar la alimentación, evidenciar el rol de "esencialidad", permite entender algunos elementos antropológicos de base de la sociedad (Sahlins, 1980). Según la Organización Mundial de la Salud, "la nutrición es un pilar fundamental de la vida, la salud y el desarrollo del ser humano, durante toda su existencia. Desde las más tempranas fases fetales y el nacimiento, pasando por el primer año de vida, la niñez, la adolescencia, hasta la edad adulta y la vejez, los alimentos adecuados y una buena nutrición son esenciales para la supervivencia, el crecimiento físico, el desarrollo mental, el desempeño y la productividad, la salud y el bienestar." De acuerdo con esta consideración la nutrición es indispensable para la salud y el desarrollo, y todo lo que se pueda hacer para mejorar su calidad en el contexto de la pobreza o de la riqueza siempre será poco.

Propuesta de un programa de investigación aplicada

Dado que en Colombia hay una alta incidencia de cáncer gástrico y que gran parte de este problema radica en las condiciones socioculturales y económicas, es indispensable realizar estudios desde la perspectiva de las ciencias sociales con una aproximación ecosistémica a los problemas de la salud humana, con el propósito de definir estrategias para mejorar su control. Esto exige una reconciliación entre la salud humana y del ecosistema que favorezca el mejoramiento de la salud colectiva. Con esto

queremos sugerir que enfermedades crónicas, como el cáncer gástrico, exigen sobrepasar los procesos terapéuticos y programas de salud unidimensionales, para ir más allá del marco biofísico y pensar en su articulación con el medio. La aproximación ecosistémica permite visualizar tres campos fundamentales para el estudio de la salud humana, tal como se presenta en la figura siguiente (Lebel, 2003, p.7).

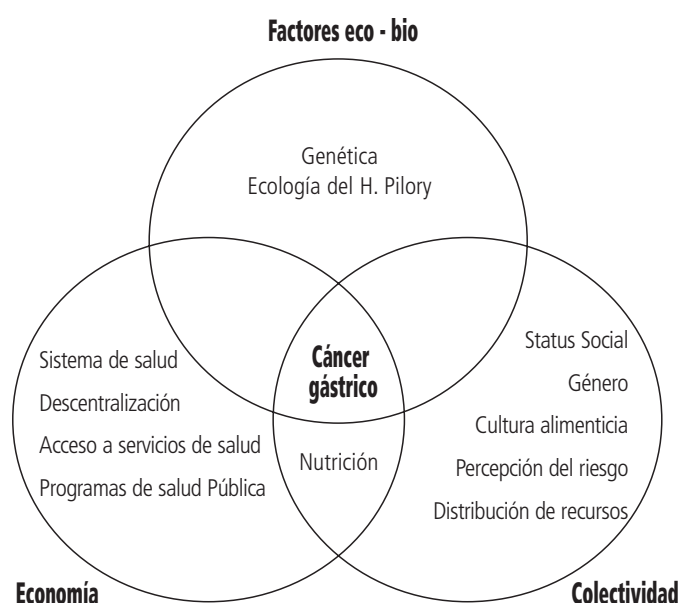
Figura 1
Aproximación sistémica



Sobre esta base queremos afirmar que los vínculos causales entre pobreza, distribución de recursos, acceso a servicios de salud, factores socioeconómicos y malnutrición, entre muchos otros, permiten establecer que los programas tradicionales han tenido un impacto marginal en el mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar, principalmente en los países del tercer mundo. En este sentido revisar y proponer otros caminos de acción social deviene prioritario. Mejorar la salud humana sin debatir sobre los contextos en los cuales ella está incluida, condena las políticas de prevención y control a repetir errores. Por esta razón articular las actividades humanas con el medio ambiente de manera transdisciplinaria podría brindar nuevos *outcomes* (resultados) en la salud pública, lo cual implica un desafío que rompe tradiciones y reconstruye su imagen en términos de interdependencia entre los diferentes elementos de un ecosistema. Esta aproximación exige transdisciplinariedad, es decir, una visión inclusiva de los problemas vinculados al ecosistema, así como la participación comunitaria para establecer una concertación con los grupos implicados en el campo de la salud. Por otro lado se requiere de cierto grado de equidad en lo que se refiere al problema de género y a los roles

asignados social y culturalmente dentro de una perspectiva de justicia social. Estos elementos sugieren la articulación de tres grupos de participantes sobre la base de un ejercicio constante de comunicación y cooperación en la construcción de programas de salud pública: científicos, miembros de la comunidad y personas con un poder de decisión formal o informal.

Figura 2
Aproximación ecosistémica al cáncer gástrico



De acuerdo con lo anterior, un estudio aplicado sobre cáncer gástrico debe tener varios niveles de aproximación: **a)** La comprensión de la salud y la enfermedad de origen gastrointestinal en el contexto de la cultura particular, así como el lugar que ocupa el cáncer gástrico dentro de la realidad local. De hecho un porcentaje importante de personas enfermas pasan años de su vida con sintomatología gástrica y en muchos casos ni el médico ni el paciente mismo sospechan la presencia de la malignidad; **b)** El conocimiento de los hábitos nutricionales en relación con los aspectos económicos, sociales, políticos y culturales, es decir el estudio de la existencia y reproducción de costumbres definidas no sólo por el medio geográfico y el acceso a productos sino además, por la representación de lo que es alimento o comida; **c)** El estudio a fondo del impacto del sistema general de seguridad social y de salud, y las reformas que ha tenido, para comprender la oferta de servicios y el acceso a la

oferta oficial; **d)** Las entidades de salud deben contar con herramientas sociales para promover la prevención primaria y secundaria de esta enfermedad que, de ser diagnosticada a tiempo, puede ser curable. Algunos autores sugieren que la intervención en prevención primaria debe estar dirigida al cambio y transformación de la dieta de la población en riesgo. Sin embargo, se debe considerar que ésta no puede ser impositiva, ni basarse únicamente en la información, sino que debe caracterizarse por ser un proceso conciliador, en el que los criterios de los actores implicados en el problema de cáncer gástrico tengan la misma legitimidad social. De esta forma la mediación se debe dirigir hacia un proceso de andragogía y no de pedagogía. Es importante resaltar que muchos procesos de intervención educativa están fundados en una metodología de educación basada en la infantilización de la comunidad a la cual el programa va encaminado. Tanto las entidades de salud como las personas a las cuales va dirigida, son co-creadores y transmisores de conocimiento en un continuo proceso de retroalimentación de conceptos y alternativas. Aproximarse a la prevención del cáncer gástrico como aquí lo hicimos implica finalmente repensar los factores asociados a la ecología del H. Pilory, que sin lugar a dudas tiene una vinculación directa con los factores mencionados, y que permite revitalizar la idea de comunicación entre diferentes disciplinas productoras de conocimiento para así lograr la construcción de una acción social en salud que considere la realidad de la población local.

Bibliografía:

- Abaunza, H. (1994). Cáncer Gástrico: modelo etiológico. *Tribuna Médica*, 89, 265-271.
- Anderson, H. (1997). Hambre, apetito e ingesta alimentaria. En E. Ekhard, L. Ziegler (Eds), *Conocimientos actuales sobre nutrición*. Washington: OPS, 8-14.
- Barajas, C. (2000). *Sentir verano. Significaciones de la enfermedad y la curación en los Andes colombianos*. Bogotá: CEJA.
- Barajas, C. (1995). El manejo de la salud y la enfermedad en sociedades campesinas. *Universitas Humanística*, 24, 42, 15-21.
- Buiatti, E., Palli, D., Decarli, A. (1990). A Case Control Study of Gastric Cancer and Diet in Italy: II Association with Nutrients. *Int J of Cancer*, 45, 896-901.

- Cairns, J. (1986). The Cancer Problem. *Scientific American*, 253.
- Calderon, F. (1995). Latin America Identity and Mixed Temporalities; or How to Be Postmodern and Indian at the Same Time. En J. Beverly, J. Oviedo, M. Arona (Eds.), *The Postmodern Debate in Latin America*. Druham and London: Duke University Press, 55-64.
- Catanguay, T., Stern, J. (1991). Hambre y apetito. En: E. Ekhard, L. Ziegler (Eds), *Conocimientos actuales sobre nutrición*. Washington: OPS, 18-24.
- Chavez, L., Hubbell, F., McMullin, J., Martinez, R., Mishra, S. (1995). Structure and Meaning in Models of Breast and Cervical Cancer Risk Factors: A Comparison of Perceptions among Latinas, Anglo Women, and Physicians. *Articles and Commentaries. Medical Anthropology Quarterly*, 9, 40-74.
- Chavez, A., Villa, E. (1983). Anotaciones sobre la salud de la población rural de Boyacá. *Universitas Humanística*, 12, 37-53.
- Correa, P. (1992). Human Gastric Carcinogenesis: A Multistep and Multifactorial Process First American Cancer Society award Lecture on Cancer Epidemiology and Prevention. *Cancer Research*, 52, 6735-6740.
- Correa, P. (1982). Precursors of Gastric and Esophageal Cancer. *Cancer*, 50, 2554.
- Correa, P., Cuello, C., Fajardo, L., Haenszel, W., Bolaños, O., Ramirez, B. (1983). Diet and Gastric Cancer: Nutrition Survey in a high-risk Area. *J Nat Cancer Institute*, 70, 673-678.
- Craven, J. (1987). *Gastric Cancer*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Crawford, R. (1984). A Cultural account of 'health': Control, Release and the Social Body. En J. McKinley J (Ed.), *Issues in the Political Economy of Health Care*. New York-London: Tavistock Publications.
- Davis, G. (1989). *Neoplasm of the Stomach. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal Disease*. Philadelphia: WB Saunders.
- Dressler, W. (2001). *Medical Anthropology: Toward a Third Moment in Social Science?*, 15, 4, 440-454.
- Ferlay, J., Brag, F., Pisan, P., Parking, D. (2001). *Globocan 2000. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. (Version 1.0. Cáncer Base No 5) Lyon: JARC Press.
- Foster, G. (1978). *Medical Anthropology*. USA: John Wiley and sons.
- Frankenberg, R. (1980). Medical Anthropology and Development: A Theoretical Perspective. *Social Science and Medicine*, 14, 197-207.
- Good, B. (1994). *Medicine, Rationality, and Experience an Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Graham, S., Schots, W., Martino, P. (1972). Alimentary Factors in the Epidemiology of Gastric Cancer. *Cancer*, 30, 937-938.
- Gutierrez de Pineda, V. (1961). *La Medicina popular de Colombia, razones de su arraigo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Monografías Sociológicas.
- Gutierrez de Pineda, V. (1985). *La Medicina tradicional de Colombia: Triple legado*. Bogotá: Editorial Presencia.
- Habermas, J. (1989). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Cátedra.
- Haenszel, W., Kurihara, M., Segí, M., Lee, R. (1972). Stomach Cancer among Japanese in Hawaii. *Journal of the National Cancer Institute*, 49, 969-988.
- Hahn, RA. (1995). *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press.
- Helman, CG. (1991). Medicine and Culture: Limits of Biomedical Explanation. *Lancet*, 337, 8749, 1080-1084.
- Hepburn, S. (1988). Western Minds. Foreign Bodies. *Medical Anthropology Quarterly*, 2, 1, 59-74.
- Herrera, X. (1996). El alimento de los pueblos. *Salud Culturas de Colombia*, 16, 2-3.
- Herrera X, Lobo-Guerrero, M. (1988). *Antropología médica y medicina tradicional de Colombia*. Bogotá: Etnollano.
- Herzlich, C. (1973). *Health and Illness*. London: Academic Press; 1973.

- Hidrovo, V., Serrano, C., Olarte, M., Perez, C., Abello, J., Marulanda, J., Fassler, S. (1993). Cáncer gástrico: revisión del tema y experiencia en el Hospital General Universitario de la Samaritana. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 91-97.
- Higinson, A., Muir, CS., Muñoz, N. (1992). *Human Cancer: Epidemiology and Environmental Causes*. Cambridge: Monographs on Cancer Research- University Press.
- Imrie, C., Rowland, M., Bourke, B., Drumm, B. (2001). Is Helicobacter Pylori Infection in Childhood a Risk Factor for Gastric Cancer? *Pediatrics*, 107, 373-80.
- Instituto Nacional de Cancerología (2000). *Guías de práctica clínica en enfermedades neoplásicas*. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología, Rucolor.
- Isselbacher, K., Braunwald, E., Wilson, J., Martin, J., Fauci, A., Kasper, D. (1994). Neoplasias del esófago y del estómago. En Harrison, *Principios de medicina interna*. Madrid: Interamericana-McGraw Hill.
- Kasimer, W. (1989). *Gastritis and Gastric Neoplasia. Chopra and May's Pathophysiology of Gastrointestinal Diseases*. Boston: Little Brown and Co.
- Keshavjee, S. (1996). Medical Anthropology: Insights into the Social, Political, and Economic Determinants of Health. *JAMA*, 276, 13, 1096-2002.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California press.
- Kodama, M., Kodama, T., Susuki, T., Kondo, K. (1984). Effect of Rice and Salty Rice Diet on the Structure of Mouse Stomach. *Nutrition Cancer*, 6, 135-147.
- Lawrence, W., Zfass, A. (1996). Neoplasias Gástricas. En G. Murphy, W. Lawrence, R. Lenhars (Eds.), *Oncología clínica. Manual de la American Cancer Society*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud.
- Lebel, J. (2003). *La Santé une approche écosystemique*. Ottawa: Centre de recherches pour le développement international.
- Lévi-Strauss, C. (1958). *Antropología estructural*. Buenos Aires: Eudeba.
- Lindenbaum, S., Lock, M. (19893). *Knowledge, Power, and Practice the Anthropology of Medecine and Everyday Life*. Los angeles: University of California Press.
- Littlewood, R. (1991). From Disease to Illness and Back Again. *Medicine and Culture. Lancet*, 337, 1013-1014.
- Lock, M. (2001). The Tempering of Medical Anthropology. *Troubling Natural Categories*, 15, 4, 478-492.
- Lowenberg, M. (1970). *Los alimentos y el hombre*. México: Editorial Limusa Wiley.
- Macdonald, E. (1956). Historial Trends in Cancer. En *Cancer. A Manual for Practitioners*. New York: American Cancer Society.
- Marshal, J., Gregorio, D.L., Walsh, D. (1982). Sex in Illness Behavior: Care Seeking Among Cancer Patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 197-204.
- McMichael, A. (1990). Drinking Water and Human Cancer. En *Complex Mixtures and cancer risk*. Lyon: IARC, 298-305.
- McQuaid, K. (1998). Alimentary Tract. En *Current Medical Diagnosis & Treatment*. USA: Prentice may Internacional, 586-588.
- Mead, M. (1948). *Cultural Contexts of Nutritional Patterns*. En *Collected Papers Presented at the Centennial Celebration, American Association for the Advancement of Sciences*. Washington D.C, 103-111.
- Messer, E. (1984). Anthropological Perspectives on Diet. *Annual Review of Anthropology*, 13, 205-249.
- Miehlke, S., Bayerdorffer, E., Meining, A., Stolte, M. (1997). Malfertheiner Identifying Persons at Risk for Gastric Cancer? *Helicobacter*, 2, 61-66.
- Muñoz, N., Francesani, S. (1997). Epidemiología del cáncer gástrico y perspectivas para su prevención. *Salud Pública de México*, 39, 318-330.
- Nomura, A., Stemmermann, G., Chyou, P. (1991). Helicobacter Pylori Infection and Gastric Carcinoma among Japanese Americans in Hawaii. *N Engl J Med*, 325, 1132 1136.
- Parsonnet, J., Friedman, G., Vandersteen, D. (1991). Helicobacter pylori infection and the risk of gastric carcinoma. *N Engl J Med*, 325, 1127-1131.

- Pedersen, D. (1988). Curanderos, divinidades, santos y doctores: elementos para el análisis de los sistemas médicos. En *Otra América en construcción: medicinas tradicionales, religiones populares*. Bogotá: Puntos gráficos.
- Pierret, J. (1995). Constructing Discourse about Health and their Social Determinants. En A. Radley (Ed.), *Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives on Health and Disease*. London: Routledge.
- Pineda, R. (1992). Cáncer Gástrico en Boyacá. *Rev Col de Gastroenterología*, 7, 49-52.
- Pinzón, C., Suárez, R. (1992). *Las mujeres Lechuza*. Bogotá: ICANH, Colcultura, Cerec.
- Pinzón, C., Suárez, R. (1982). La medicina popular eb Sora. *Noticias Antropológicas*, ICANH, 74-75.
- Radley, A. (1995). *Biographical and Cultural Perspective on Health and Disease*. New York: Routledge.
- Ritenbaugh, C. (1995). Commentary on Models of Cancer Risk Factors. *Articles and Commentaries. Medical Anthropology Quarterly*, 9, 1, 77-79.
- Rivera, D. (1998). *Antropología Médica*. Bogotá: Universidad del Bosque.
- Robbins, C. (1990). *Patología estructural y funcional*. España: Interamericana-Mc Graw Hill.
- Rodríguez, A. (2000). Asociación entre infección por H. Pylori y cáncer gástrico en Colombia. *Universitas Medica*, 41, 141-147.
- Romero, M. (1993). *Antropología de la nutrición entre los grupos indígenas de Colombia*. Bogotá: ICANH, Colcultura. Informes antropológicos 6.
- Romero, M. (1986). *La metodología antropológica en los estudios de salud y nutrición. III congreso nacional de Antropología*. Bogotá: Departamento de Antropología, Universidad nacional.
- Ronderos, M. (1994). Cáncer gástrico: detección precoz en poblaciones. Estado actual y perspectivas. *Tribuna Médica*, 89, 275-281.
- Rozin, P. (1986). Food Likes and Dislikes. *Annual Review of Nutrition*, 6, 433-456.
- Sahlins, M. (1980). *Au coeur des sociétés; raison utilitaire et raison culturelle*. Paris: Gallimard.
- Scheder, PA. (1987). *Des usagers de médecines alternatives racontent: itinéraires thérapeutiques et conception de la santé*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Schwabe, CW., Kuojock, IM. (1981). Practices and Believes of the Traditional Dinka Healer in Relation to Prevision of Modern Medical and Veterinary Services for the Southern Sudan. *Human Organization*, 40, 3, 231-237.
- Sidney, W., Mintz, C., Du Bois, M. (2002). The Anthropology of Food and Eating. *Annu. Rev. Anthropol*, 3270, 2131.
- Sontag, S. (1979). *Illness as Metaphor*. New York: Vintage Books.
- Suárez, R., Forero, A. (2002). *Itinerarios terapéuticos de los devotos al Divino Niño del 20 de Julio: Entre las fisuras de las narrativas expertas en salud*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Suárez, R. (2001). Reflexiones en salud. *Una aproximación desde la Antropología*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Torres, J. (1989). *Diagnóstico descriptivo de la Medicina en la comunidad campesina de Usme*. Bogotá: Universidad Nacional.
- Touma, M., Davila, G., Argudo, W., Guerrero, R., Legarda, E. (1993). Cáncer Gástrico avanzado e incipiente en población laboral. *Revista Colombiana Gastroenterología*, 1993, 1, 41-45.
- Tuffi, F., Cuello, C., Mariño, G., Hoyos, J., Alzate, A., Rengifo, A., De lima, E., Arango, J. (1998). Factores dietéticos, protectores y de riesgo para infección por H. Pylori. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 13, 59-61.
- Tytgat, G. (1998). Practical management issues for the Helicobacter pylori-infected patient at risk of gastric cancer. *Aliment Pharmacol Ther*, 12.
- WCRF World Cancer Research Fund. (1997). *Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a global*

- Perspective*. Washington DC: WCRF- American Institute of Cancer.
- Wright, P. (1982). *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*. Edinburgh: Edinburgh University press.
- Young, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.
- Zacarías, I. (1986). Hábitos alimentarios de estudiantes que egresan de educación básica en el área metropolitana de Santiago de Chile. *Revista Médica Chilena*, 8, 165-173.
- Zhang, L. (1994). Serum Micronutrients in Relation to Precancerous Gastric Lesions. *Inter J Cancer*, 56, 650-654.