



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO V – N. 11 – 2011

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/152o.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN ORAL en "SALUD EN TIEMPOS DE CRISIS, UNA LLAMADA A LA INNOVACIÓN" **FORÁNDALUS 2011 V Reunión Internacional de Investigación en Enfermería**, reunión semi-presencial celebrada del 12 al 15 de abril de 2011 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Patrones culturales de mujeres que desarrollan cáncer cérvico-uterino en un estado mexicano**

Autores Guillermo Silva Magaña, Rubén Godínez Gómez, Genoveva Amador Fierros

Centro/institución Facultad de Enfermería de la Universidad de Colima

Ciudad/país Colima, México

Dirección para correspondencia Avda. Universidad 333, Col. Las víboras, 28040. Colima, México

Dirección e-mail simaguleq@hotmail.com

RESUMEN

Justificación. En México, el cáncer cervicouterino se presenta con una tasa de mortalidad de 3.8, mientras que para el estado de Colima tuvo una tasa de 5.4 por 100,000, siendo la neoplasia con mayor índice de mortalidad en mujeres con edades superiores a los 15 años. *Pregunta.* ¿Cuáles son los patrones culturales de las mujeres que desarrollan cáncer cervicouterino en el estado de Colima, México? *Objetivo.* Conocer los patrones culturales de mujeres que desarrollaron cáncer cervicouterino en el estado de Colima, México. *Metodología.* Con un referente antropológico cultural y diseño cualitativo, se realizó etnografía durante 12 meses a 15 mujeres con cáncer cervicouterino en fase terminal. Se utilizó el método de Spraley para el análisis de datos. *Resultados.* Emergieron categorías como la construcción de la salud, el machismo y la comunicación de la enfermedad por los profesionales de la salud. *Conclusión principal.* Se resalta la importancia de la dimensión cultural en el proceso de construcción social y estrategias que llevan a un trasfondo de categorías teóricas.

Palabras clave: Enfermería/ Etnografía/ Cuidado Cultural/ Patrones Culturales.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El cáncer cervicouterino representa una importante carga de morbilidad y mortalidad en el mundo, en el 2008 se reportó una tasa de 23.4 y 9.8 por 100,000 habitantes, mientras que en América Latina se presentó una tasa de morbilidad de 25.8 y una mortalidad de 8.7 (Globocan, 2008), lo que figura que las mujeres de los países en desarrollo son las menos privilegiadas para esta patología.

En México, la misma patología refleja una tasa de mortalidad de 3.8, mientras que para el estado de Colima se hace patente una tasa de 5.4 por 100,000, siendo así la neoplasia con mayor índice de mortalidad en mujeres con edades superiores a los 15 años (SINAIS, 2010); es difícil imaginar las razones que mueven a las mujeres al desarrollo de la enfermedad, lo que constituye comprender, según la postura de Seoanne Flores “desde la estructura social los diferentes patrones de acción que responden a los referentes normativos diversos, haciendo hincapié que la cultura no es un estático, que cambia constantemente, en donde se desarrolla y crece a un ritmo dentro de su propia identidad” (Rozeé, 2007); situaciones interculturales donde los sujetos interaccionan desplegando e intercambiando significados a cerca de la realidad (Pech y cols, 2009).

Lo que pone de manifiesto en el comprender no las pautas de comportamiento, si no las expresiones simbólicas por medio de las cuales las mujeres se comunican, perpetúan y desarrollan el conocimiento sobre las actitudes hacia la vida; entendiendo con esto que los patrones culturales, son las costumbres, hábitos y tradiciones que se involucran en las determinaciones sociales y diferencias de género; si bien los sujetos de estudio, no son seres aislados de un contexto, pues en el presente, es concebido como un fenómeno de significación y/o comunicación con una función social que se refleja en la salud y que esta realidad forma un todo interconectado.

Metodología

Se trata de un estudio de tipo etnográfico, cuyo objetivo fue conocer los patrones culturales de mujeres que desarrollaron cáncer cervicouterino en el estado de Colima, México, las categorías que emergieron fueron la construcción de la salud, el machismo y la comunicación de la enfermedad por los profesionales de la salud.

Se entrevistaron a 15 mujeres en el Centro Estatal de Cancerología, con edades de 20 a 82 años de edad; en algunos de los casos se incluyó a sus parejas sentimentales, a fin de evitar prejuicios de género, además de encontrar las conexiones entre las creencias de los sujetos y especificar las propiedades y perfiles de las personas, grupos y comunidad, dando lugar a validar información a través de la triangulación metodológica (Morse, 1991) con entrevistas grabadas a las y los informantes, la observación participante en los contextos y notas de campo empleadas.

El escenario cultural corresponde al Centro estatal de Cancerología del estado de Colima y al propio estado, ya que en algunos de los casos, se visitó en los domicilios de algunas de las entrevistadas para la obtención de los datos. El presente estudio se realizó en el periodo del abril del 2007 a mayo del 2008, y forma parte de un estudio macro en

donde están involucrados los contextos socio sanitarios de primer nivel de atención, los profesionales de la salud y las familias que se analizaron hasta el 2010.

Las consideraciones éticas y legales están sustentadas en la confidencialidad, consentimiento informado, respeto a los sujetos inscritos, explicación del riesgo beneficio en la participación del estudio; así como la legislación vigente en materia de investigación en salud enmarcada en la Ley General de Salud.

Para el análisis de los datos se utilizó el método etnográfico de Spradley, que incluye la identificación de categorías, dominios y temas.

Resultados

“...Me dijo el Doctor que tenía cáncer, me dijo que me iba a morir, que me quedaban pocos días de vida, eso fue hace más de dos años, y aquí sigo, la verdad es que me impactó la forma como me lo dijo; pues en mi pueblo había un medico pasante quien me revisaba, él me convenció a que me realizara el examen del Papanicolaou, yo no quería porque mi marido se iba a molestar, el es muy celoso, habló el también con “él”...Me hizo el examen y los resultados se los trajeron a Colima, me enviaron con el especialista y eso fue lo primero que me dijo, me angustió mucho, y dije: Si me voy a morir ya para que sigo viniendo... hasta que el médico del pueblo me volvió a convencer para recibir el tratamiento y aquí sigo”.

Al principio cuando las mujeres nos contaban su historias, parecían extraordinarias, nos maravillaban con sus historias; con variedad en las edades y con cáncer cervicouterino en estadio III, pos operadas de histerectomía, algunas recibiendo radioterapia y quimioterapia, mostraban la esperanza de aferrarse a la vida, a pesar del dolor y el sufrimiento mostraban sus sonrisas amables cuando llegamos a “platicar” con ellas. Nuestra primera visión, casi idílica de Juana, se fue modificando conforme avanzaba su enfermedad, pero al mismo tiempo fuimos construyendo con ella y su pareja una relación de confianza, que permitió lo que al principio no podían decirnos; también se fueron agotando las energías, acumulándose las fatigas asociadas al tratamiento y su cuerpo se fue venciendo.

Ante esta situación desde la academia y los servicios de salud se ha discutido en relación al cuidado y a la atención, sin embargo no hemos sido capaces de ofrecer una atención consensuada integradora de la complejidad en el binomio salud enfermedad, si bien, en México, los procesos de profesionalización no han logrado un impacto en la calidad de vida de la población; situación que apremia comprender desde las diferentes estructuras de que suponen estos conceptos (salud-enfermedad).

La propuesta de comprender desde el cáncer cervicouterino las relaciones entre individuo, familia, sistemas de salud y políticas de salud, con estar o no estar sano; implica asumir un compromiso de reconstrucción y construcción de nuestro objeto de estudio. Para el conjunto planteado desde una postura socio crítica, no es difícil, en el camino, varían las fuentes de obtención de datos, pero la lógica es la misma.

Las unidades de análisis por ejemplo, patrones culturales, es concebible desde nuestro punto de vista como los conceptos de costumbre, hábito o tradición, en los que se involucran en la determinación social. Sin embargo, vistas de manera aislada no tienen

sentido en la comparación entre unidades, cuando las unidades de análisis no son operativizadas y entendidas (social y empíricamente), de formas distintas. Más aun cuando los datos de cáncer cervicouterino provienen de una raíz numérica. Es quizás el fracaso de las políticas de salud, en mantenerse en los indicadores de salud en la población y de la calidad de vida de la misma.

La construcción de la salud

La salud y la enfermedad se pueden interpretar y explicar en términos de experiencias y expectativas profesionales y personales. Aprendemos de nuestro pasado cultural y étnico, como estar sanos y cómo reconocer la enfermedad. Los significados que atribuimos a los conceptos de salud y enfermedad dependen de valores culturales básicos por los que definimos nuestras experiencias y percepciones.

Los valores de una persona de determinada cultura coexisten en un contínuum, de manera que esa persona, puede poseer características tanto de herencia consistente como (tradicional) como inconsistente (culturizada); dando como resultado una consistencia hereditaria en donde incluye la determinación de los antecedentes étnicos, culturales y religiosos, (Spector, 2002).

En el intento de comprender la relación de la salud y la conducta de las mujeres depende de diversos factores de carácter histórico, social y cultural; este intento infantil y curioso, se pretende describir el proceso que se enfrentan las mujeres ante el surgimiento de un síntoma; De la Cuesta hace referencia que “el enfrentar un síntoma se inicia con la valoración; interpretando el significado de este; también se valora la persistencia, evolución y normalidad” (De la Cuesta, 1999). Las entrevistadas hacían referencia, con relación a la persistencia que:

E. (3'27- 4'09) *“Yo inicie hace 11 años con una ulcera y de ahí se me controló, y ya no me seguí “checando”, me sentí bien y abandone la revisión, con el tiempo me comencé a sentir mal y volví a que me hicieran el papanicolaou y ya me dijeron que tenía cáncer”*.

La importancia que tiene el objetivo de la valoración para determinar la necesidad de buscar ayuda, marcando la dirección de los auto cuidados o el tipo de ayuda que busca, esta percepción de la enferma marcada por la historia, la cultura, De la Cuesta, Op cit; hace que antes de acudir a consulta médica requieran el servicio de algún “curandero” en donde las relaciones entre curandero y paciente son informales y cordiales; no hay esa prisa y ese distanciamiento típico del gabinete del médico o la clínica, ámbitos en los que, por lo demás, la clientela indígena o no; no se siente cómoda y a veces se considera incomprendida y tratada con poca consideración.

Ante la búsqueda de la explicación del síntoma emergen expresiones culturales, de las que se manifiestan en forma de costumbres, tradiciones, creencias y folklore en general; todas estas expresiones están conformadas por una variedad infinita de signos y símbolos a los cuales son sensibles las personas, ya que con ellos se fundan los actos comunicativos sobre la base de un lenguaje compartido y se construye constantemente una realidad en un tiempo y un espacio determinados, (Fernández, 1989).

E. *“Anteriormente si estuvimos yendo, “él” me llevo con una señora, ella fue la que “descubrió” que yo tenía otra cosa, me dijo que fuera a hacerme unos estudios y más que nada eso del papanicolaou para ver que tenía; porque ella me dijo que creía que tenía otra cosa, me dijo – no te puedo decir exactamente así, pero ya que vayas vienes y me dices.”*

E.... *”Y bueno yo ya había ido con varios doctores y no me detectaban nada nomás me decían que no me podían hacer el papanicolaou por que yo traía un “desangrado”; yo ya le dije a “el” lo que me había dicho la señora y me dijo -pues, vamos a que te hagan el estudio; y si me llevo a aquí a Cihuatlán con el dr. XXXX y el me dijo al verme que para él era cáncer”.*

El pesar de las mujeres y las demandas no satisfechas, ante un síntoma y un signo, que no es resuelto por un profesional, obliga a buscar ayuda, que De la Cuesta lo llama como medición de la capacidad y evaluación de opciones.

Esta dimensión cultural que se retoma de la expresión popular corresponde a una realidad simbólica del pensamiento mágico, conformando una realidad aparte, donde el pensamiento y el sentimiento se conjugan para dar lugar a un evento que no es ni pensamiento ni sentimiento puro. Esta cualidad diferencial confiere a los chamanes su propia especificidad, y su práctica tiene una fuerte influencia sobre las personas (Pelcastre-Villafuerte, 1999).

E. *Con ella fuimos por que una hermana me dijo, -si ya has ido con los doctores y no te dicen que tienes, vamos con la señora, no pierdes nada, ahí ella te dice si traes algo “malo” o ella te va a decir-, ¡vamos! dice al cabos no te haces nada-. No. le dije, ya si Dios me quiere cuidar que me cuide y si no ni modo. En eso llego “el” (refiriéndose al esposo) a casa, ahí, con mi mamá y comenzaron a platicar, cuando llega un tío mío que andaba en Estados Unidos curándose y no lo curaban, entonces le empezaron a decir que si iba y el dijo no ya no creo nada, porque si ya he andado en muchos lados y no me curo. En eso le platican a la esposa y dice, - pues si quieres ir vamos- y ya se comenta con mi esposo, y dicen –vamos- y, pues ya fuimos con la señora esa. Que dice cosas que en realidad son ciertas que le han pasado a uno y pues yo me agarre de ahí.*

Las representaciones de los individuos en juego constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales representaciones, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.

Todo pensamiento es comunicación; tanto la ciencia como la magia constituyen un tipo de pensamiento cuyo discurso se construye en términos diferentes, de tal manera que crean realidades simbólicas también diferentes, y ésta es una de las principales características de la comunicación: la construcción de ámbitos de realidad. Tal vez en el ámbito de los fenómenos llamados naturales, el significado de las cosas resulte inalterable, pero lo mismo puede llegar a ocurrir en la dimensión social, cuando los rituales se vuelven meros actos mecánicos, es decir, cuando se vacían de su significado original perdiendo su función primaria, y se convierten en repeticiones y meros convencionalismos (op cit.).

Por lo que después de este ir y venir, tratando de encontrar una respuesta a esta necesidad sentida y vivida de la mujer, llega al término del camino, en donde selecciona y decide el tipo de ayuda, en palabras de De la Cuesta dice que “aquí se decide entre la ayuda profesional, la legal o el autocuidado, se pasa de valorar la necesidad de buscar ayuda a valorar cual es la más apropiada”.

El machismo

Para describir y construir los patrones culturales y estructuras individuales y sociales de las mujeres con cáncer cervicouterino, se considero relevante en la investigación, las relaciones que tienen las mujeres con cáncer con sus familiares (esposos, hijos), lo cual, permitió recoger de primera mano, las experiencias de un número reducido de mujeres con este padecimiento (15). Aun cuando los patrones culturales son muy diversos, por la cultura, organización social, y diversidad de edades en las mujeres, la diversidad de historias personales, familiares y circunstanciales; compartirían las mismas condiciones: El machismo.

El macho, debe tener ciertas características para que se le considere como tal, y no como afeminado o un hombre a medias, debe resaltar y demostrar su capacidad fálica y mientras más activo se entregue en la relación sexual, mas macho será. Su potencial sexual debe ser ejercitado de hecho en sus relaciones y conquista de mujeres. Y mientras más mujeres, mejor (Gariglio 1992). Estas actitudes y prácticas aprendidas sexistas vejatorias u ofensivas llevadas a cabo en pro del mantenimiento de órdenes sociales en que las mujeres son sometidas o discriminadas, se reflejan en la cultura colimense y mexicana, sin tomar en consideración las consecuencias biológicas y patológicas que estos comportamientos desencadenan en las mujeres.

La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación que nos referimos en las condiciones y contextos en los que surgen las representaciones machistas y las comunicaciones que circulan sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás.

E...yo no quería porque mi marido se iba a molestar, el es muy celoso...

La comunicación de la enfermedad por los profesionales de la salud

Es innegable la presencia de varios artículos que hacen referencia a que la palabra cáncer está asociada con la muerte, se habla mucho de la relación de ayuda, desafortunadamente el personal de enfermería y el profesional de la salud está poco formado para llevar a cabo esta forma de intervención, así que el experimentar el mundo del hospitalizado o simplemente del que está afuera, y que requiere apoyo; es para nosotros como profesionales de la salud algo más que buena voluntad de ayudar al cliente, es una competencia profesional en donde se tiene que demostrar la confianza a uno mismo para poder ayudar a los demás.

No cabe duda que los profesionales de enfermería proporcionamos cuidados o técnicas con una postura biologicista atendiendo las dolencias físicas, en busca del reconocimiento de los “jefes” hospitalarios; debemos tener una visión más clara de la concepción de la enfermería, del cliente o paciente, la salud, la enfermedad y la ayuda, para así tener una adecuada comprensión de los procesos a desarrollar, en pocas

palabras mezclar lo técnico con lo afectivo, entendiendo que aquellos comportamientos que no tienen sentido para el profesional, si lo tienen para el otro y viceversa.

E. Hace 2 años que me hice el papanicolaou y el resultado lo enviaron al hospital, ahí el doctor que me atendió me dijo que tenía cáncer y que me iba a morir, que me daba 2 años de vida, que el cáncer lo tenía en el 3er lugar (refiriéndose a la clasificación), y me dijo que tenía ese problema. Me Salí de ahí, me fui a casa... Eso me dolió mucho, en la forma como me lo dijo. (Inés)

Esta representación se define por su contenido en ella (informaciones, imágenes, opiniones, actitudes). Dicho contenido se relaciona con un fin, un trabajo a realizar. Pero también se define como una relación entre sujetos: es la representación que se forma un sujeto de otro sujeto. La representación no es un duplicado de lo real o de lo ideal, ni la parte subjetiva del objeto, ni la parte objetiva del sujeto: es la 'relación' del hombre con las cosas y los demás hombres.

Al mismo tiempo es curioso ver la postura del médico en comparación con el chaman en donde se considera como vidente, y asegura de manera cronológica el final de la vida.

Todos sin excepción, vivimos momentos de incertidumbre cuando, acudimos a algún reconocimiento médico con incertidumbre y hablar de ella supone desconocimiento de su propia enfermedad y al proceso que está sometido (Caballero-Hoyos2003). Por lo que cualquier enfermedad rompe el mito de la salud perfecta, uno de los mitos constituyentes del mito interiorizado a través de su cultura, en donde esta ruptura temporal del mito trae aparejados sentimientos de angustia, desasosiego, ansiedad, temor a la muerte, temor a la locura y al descontrol, temor al deterioro, etc. que ponen en evidencia la abandono humano ante la enfermedad.

Consideraciones finales

La consideración de aspectos sociales, culturales, ecológicos, además del biológico que involucra la enfermedad permite una comprensión holística de los cuidados, haciendo posible la puesta en marcha de programas que respondan a las necesidades de la realidad de nuestros clientes. Considerar aisladamente los aspectos pertinentes a la enfermedad y la salud, perjudica la comprensión del funcionamiento como elementos de un sistema cultural, que solo pueden ser aprendidos en un proceso de relación mutua, sabiendo que en cuanto más precoz sea el manejo de la percepción de signos y síntomas, más rápida será la remisión de ellos y el alivio o tratamiento oportuno al cáncer de útero.

Al considerar de manera holística el fenómeno estudiado, en donde el individuo ante la presencia de un síntoma, responde de acuerdo a su contexto, a la toma de decisiones, que desencadenan comportamientos y resultados acordes a la cultura. Por un lado las decisiones tomadas pueden o no ser, el auto manejo y buscar o no ayuda profesional; encontrándose en la mayoría de los casos con choque intercultural con el profesional de la salud. Por lo que mientras no tengamos una comprensión del otro, no llegaremos a ese contacto transcultural, contacto manifestado por los cuidados transculturales.

Los patrones culturales y sociales, existentes y manifestadas en las mujeres, ponen en evidencia el ajustar los modelos de educación para la salud, con una propuesta de

género, bajo la perspectiva del otro y con consideraciones antropológicas; haciendo partícipes en la concienciación a los miembros de la comunidad y no solo a las mujeres que son las vulnerables, el hombre juega un papel importante en la toma de decisiones de la mujer, representada por un machismo que repercute en la salud de estas.

Podemos concluir que las circunstancias por las cuales llegan a estadios avanzados las mujeres responden a los siguientes patrones:

De Género: circunstancias antagónicas y coexistentes asociadas a la emancipación ideológica hacia la mujer, en donde por temor al rechazo y vergüenza, no acuden a la realización del citológico; y por el otro lado la sumisión de esta.

Culturales: Prácticas que histórica y culturalmente cohabitan en el contexto social y que se articula con la social.

Institucionales: Por un lado la incompetencia cultural para afrontar los cuidados; soslayando al individuo la dimensión de sus rasgos más particulares; haciendo omnipresencia el etnocentrismo, el burocratismo y una comunicación inefectiva.

Bibliografía

1. Caballero-Hoyos R, Villaseñor-Sierra, a (2003). “Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres”. Salud Pública Méx; 45. 1:108-114.
2. De la Cuesta-Benjumea, C. (1999) Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección. Salud Pública de México. Vol. 41, No 2: 124-129
3. Fernández, P (1989) La psicología social de la cultura cotidiana, En Fernández P. Comp. Psicología colectiva y cultura cotidiana. México, D.F. UNAM.
4. Globocan 2008. GLOBOCAN 2008 (IARC) Section of Cancer information. [En línea] OMS, 2008. [Citado el: 27 de NOVIEMBRE de 2010.] <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=992>.
5. Gariglio P. Rangel, LM. (1992)Virus y cáncer. Salud Pública Mex 1992; 34: 308-317.
6. SINAIS. Sistema Nacional de información en Salud. [En línea] SSA, 27 de OCTUBRE de 2010. [Citado el: 27 de NOVIEMBRE de 2010.] <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>.
7. Virginie, Rozeé. Les patrons culturels du comportement reproductif et sexuel dans les Andes Boliviennes. Nuevo Mundo Mundos Nuevos, Cuestiones del tiempo presente, 2007, [En línea],. [En línea] 14 de enero de 2007. [Citado el: 05 de diciembre de 2010.] <http://nuevomundo.revues.org/3168..> ISSN: 1626-0252.
8. Pech S., Rizo,C. García, M., Romeu-Aldaya,V. El habitus y la intersubjetividad como conceptos clave para la comprensión de las fronteras internas. Un acercamiento desde las propuestas de Bordieu y Schütz.41, Tijuana B.C. Norte : Colegio de la Frontera Norte, 2009, Vol. 21. ISSN: 0187-7372.
9. Pelcastre-Villafuerte B. (1999) “La cura Chamanica: Una interpretación psicosocial” Salud Pública de México, V.41:221-229.
10. Morse, J. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. Nurs Res 1991; 40(2):120-3.
11. Spector, R. (2003) “Las Culturas de la salud” Prentice hall. Madrid.