

Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

EL CÁNCER CERVICOUTERINO SEGÚN LAS CREENCIAS DE LAS MUJERES DE JINOTEGA, ESTELÍ Y CHINANDEGA, NICARAGUA.

MSc. Karen Herrera 1
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN Managua

MSc. María Soledad Nión Celio 2
Depto. Sociología
UdelaR

RESUMEN

El artículo está elaborado con el objetivo de explorar las creencias populares acerca del cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil residentes de zonas rurales en tres departamentos de Nicaragua. Se efectuó un abordaje fenomenológico, con un muestreo basado en teoría. Se entrevistaron a quince mujeres de zonas periurbanas y rurales de Jinotega, Chinandega y Estelí. El instrumento para recopilar la información fue una entrevista a profundidad semiestructurada con preguntas abiertas. Adicionalmente se entrevistaron diez líderes de salud activos de la comunidad para indagar sobre el tema de investigación. En relación a las causas fueron mencionados: la falta de aseo personal, alimentos, uso de métodos de control de la fertilidad, infecciones vaginales, promiscuidad, multiparidad. La Religión fue considerada protector para la enfermedad y otros casos como una barrera para la búsqueda de atención médica. El papanicolau no se vincula exclusivamente al diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino. Recibir dicho diagnóstico se cree es sinónimo de muerte. De igual manera el tratamiento se considera algo poco accesible y doloroso. Como principal conclusión, se deduce que se debe tomar en cuenta que las creencias pueden ser determinantes para la búsqueda de la detección precoz y el tratamiento oportuno de cáncer cervicouterino por lo tanto es significativo evaluar la eficacia de las estrategias de prevención de la enfermedad adaptado a poblaciones rurales tomando en cuenta todos los factores socioculturales influyentes.

PALABRAS CLAVE: CREENCIAS, CÁNCER CERVICOUTERINO, ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

CERVICAL CANCER ACCORDING TO THE BELIEFS OF THE WOMEN OF JINOTEGA, ESTELÍ AND CHINANDEGA, NICARAGUA.

ABSTRACT

The objective this research is explore popular beliefs about cervical cancer in rural women from three Departments of Nicaragua. A phenomenological approach was made, with a sample based on theory. Fifteen women from the peri-urban and rural areas of Jinotega, Chinandega and Estelí were interviewed. The instrument for collecting the information was a semi-structured in-depth interview with open questions. In addition, ten active community health leaders were interviewed to inquire about the research topic. Main results: the causes of cervical cancer mentioned were: the lack of personal hygiene, some foods, the fertility control, vaginal infections, promiscuity, multiparity. Religion was considered a protection from the disease and in other cases as a barrier to seeking medical attention. The pap smear is not exclusively linked to the early diagnosis of cervical cancer. Receiving the diagnosis is believed to be synonymous with death. In the same way, treatment is considered inaccessible and painful. Beliefs can be determinant in the search for early detection and timely treatment of cervical cancer; therefore, it is significant to evaluate the effectiveness of strategies for the prevention of the disease adapted to rural populations taking considering all the influential sociocultural factors.

KEYWORDS: BELIEFS, CERVICAL CANCER, PREVENTION STRATEGIES

1. Karen Herrera, Médica, Máster en Salud Pública, Docente Investigadora Facultad de Ciencias Médicas "Coronel Dr. Juan Ignacio Gutiérrez Sacasa". Managua Nicaragua.
2. María Soledad Nión Celio - Lic. en Sociología, Magister en Sociología (FCS, UdelaR). Doctoranda en Sociología, (DS-FCS, UdelaR). Docente e Investigadora, Departamento de Sociología, FCS, UdelaR

Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

INTRODUCCIÓN

En la última década, se han desarrollado nuevas tecnologías para el tamizaje del cáncer cervicouterino, como son las técnicas de inspección visual y la detección del ADN del Virus del Papiloma Humano. Estos avances representan un enorme adelanto para lograr la detección eficaz de esta enfermedad con independencia del nivel de recursos (Organización Panamericana de la Salud, 2012). Sin embargo, no todas estas tecnologías son accesibles para todas las poblaciones, por lo que el Papanicolaou sigue siendo el estudio diagnóstico más utilizado en países en desarrollo. A pesar de la introducción del Papanicolaou, las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino no han disminuido en la mayoría de los países de América Latina.

Las barreras a la participación en el cribado del cáncer cervical varían en los diferentes países. Estudios en la temática señalan que en México, Bolivia, Ecuador, Venezuela, Perú y El Salvador, los principales factores que afectan a la participación son las normas sociales y culturales que influyen en las nociones de las mujeres acerca de la salud y la enfermedad, la accesibilidad a los centros de atención de la salud y la disponibilidad de servicios de calidad (Bingham, Bishop, Coffey, & al, 2003).

El sistema de Salud de Nicaragua se caracteriza por una red integrada de Servicios de Salud con principios de gratuidad y universalidad sin embargo el incremento de la morbilidad por cáncer y enfermedades crónicas no transmisibles crea tensión en la Red de Servicios de Salud con el consecuente incremento de necesidades de personal de salud especializado y altos costos en relación a equipamiento, medicamento por periodos prolongados o de por vida.

Todo lo anterior junto con la dificultad de persuadir a las mujeres para la toma del Papanicolaou -especialmente de las zonas rurales - resulta muchas veces en diagnósticos y tratamientos tardíos.

Por tanto, a pesar de todos los esfuerzos realizados por el sistema de salud que garantiza que en toda zona rural y urbana existen puestos de salud en donde se puede acudir para la realización de este examen, el problema persiste. Esto supone que el foco de atención debe estar

orientado a las barreras de tipo socio-cultural para captar tempranamente a esas mujeres. En Nicaragua, existe escasa evidencia relacionada a cuales son las creencias de las mujeres en torno al cáncer cervicouterino en Nicaragua y de cómo esto incide en la actitud hacia el diagnóstico precoz y atención de la enfermedad.

El Modelo de Creencias en Salud (Kirscht, 1998) trata de explicar cómo las creencias en salud suponen cuatro condiciones fundamentales que preceden la decisión de los individuos para desarrollar un comportamiento saludable:

- a) la persona debe percibirse a sí misma como susceptible a la enfermedad (susceptibilidad percibida),
- b) la persona debe percibir que las consecuencias de la enfermedad son severas (severidad percibida),
- c) la persona debe creer que al realizar un comportamiento saludable se reducirá o eliminará la amenaza de la enfermedad (beneficios percibidos), y
- d) la persona debe percibir que los impedimentos para realizar un comportamiento saludable, ya sean psicológicos o físicos, pueden ser superados (barreras percibidas) (Kirscht, 1998).

En otras palabras, lo que se sugiere este modelo es que el conjunto de creencias del individuo produce algún grado de preparación psicológica para actuar encarando el problema de salud. Si las creencias sobrepasan cierto umbral, la acción se hace más probable, siempre y cuando las condiciones ambientales lo permitan (Kirscht, 1998).

En el campo de la investigación social, autores clásicos como Berger y Luckman (1968) o investigadores en sociología de la salud como Mitjavila y Fernández (1998), observan que la salud y la enfermedad son dimensiones de la vida cotidiana de los individuos concebidas dentro de ese conocimiento fundado en su mundo de vida natural. Analizar la realidad del mundo de vida de una población de interés, nos aproxima a los fundamentos del conocimiento que orienta la conducta en la vida cotidiana de ese grupo, a las objetivaciones de los procesos (y significados) subjetivos por medio de los cuales se construye el mundo intersubjetivo del sentido común. Según esta perspectiva social, las situaciones bio psíquicas que se perciben e interpretan como problemas de salud (incluso las enfermedades microbianas) tienen

Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

por detrás en mayor o menos medida una raíz socio-cultural. Por tanto, es menester que los actores involucrados en la prevención, la promoción y la atención de la salud sean capaces de comprender la estructura y los procesos sociales por detrás de la producción, interpretación y actitudes de las personas frente a la salud y la enfermedad (Castellano, Heinzen, Nión, 2011).

En relación a lo anterior, por ejemplo, algunos estudios señalan que los comportamientos preventivos en gran parte dependen de la percepción que las personas tienen de la “amenaza” de una enfermedad o conducta, y de la eficacia que la acción preventiva tiene sobre la reducción de dicha amenaza. La adopción de acciones preventivas también se encuentra determinada por la evaluación de viabilidad y eficacia que la persona realiza de dicha acción (una estimación subjetiva de los beneficios potenciales en función de los costos físicos, sociales, económicos que le implica). Por tanto, las creencias juegan un papel muy importante en materia de salud y de conductas preventivas (Ver Lostao; 2000, por ejemplo).

Este trabajo vincula, entonces, el campo de lo social con el de la salud, desde la perspectiva socio cultural de las creencias y un abordaje constructor social de la realidad (y, por tanto, de la salud y la enfermedad). Se destaca la importancia de las creencias populares para poder comprender la relación de las mujeres con los mecanismos de prevención y atención del cáncer cérvico uterino, muchas veces no integrado por políticas y servicios de salud.

A través de metodologías principalmente cualitativas se abordará la búsqueda de información relativa a las creencias populares vinculadas al cáncer cervicouterino que puedan influenciar la búsqueda de atención en salud tanto para detección precoz que es la clave para el tratamiento oportuno de las mujeres.

MATERIALES Y METODOS

Los problemas de salud son “codificados” a partir de un marco de referencia socio-cultural específico, y por ende puede variar de una sociedad a otra, e incluso entre distintos grupos de una misma sociedad (Rodríguez, 1987).

Para la realización de este estudio se realizó un abordaje fenomenológico. Se entrevistaron a quince mujeres de la zona periurbana del Departamento de Estelí y de las áreas rurales de Jinotega y Chinandega. Dentro de la investigación cualitativa, el método fenomenológico se orienta al abordaje de la realidad, partiendo del conocimiento de la vida cotidiana de las personas. Este marco, según Rogers (citado en Leal, 2000), es el mundo subjetivo de los actores conformado por todo el campo de experiencias, percepciones y recuerdos al que un individuo puede tener acceso en un momento dado.

El muestreo efectuado fue basado en la teoría, en el cual la elección de los elementos, no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación, siendo de tipo propositivo (Intencional), seleccionando la muestra sobre el propio conocimiento de la población, estableciendo criterios de inclusión alrededor del tema por parte del investigador, basados los mismos criterios en las propias experiencias o juicios del investigador. El tamaño de la muestra no fue elegido de antemano si no que se enfocó en la obtención de riqueza de información hasta alcanzar un número de informantes que aportaran elementos a la teoría del tema de investigación (Crabtree & Miller, 1999), a partir del criterio de saturación teórica (Bertaux – Wiame, 1993).

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se empleó la entrevista cualitativa, semiestructurada la cual consiste en obtener información mediante una conversación profesional con una o varias personas para un estudio analítico de investigación o para contribuir en los diagnósticos o tratamientos sociales (Ruiz, 2012), a partir de una guía de dimensiones a relevar.

Asimismo se entrevistaron líderes de salud y parteras el cual incluyó ocho preguntas relacionadas a las creencias de las mujeres de la comunidad sobre cáncer cervicouterino, así como otras posibles barreras de las mujeres para acudir a las Unidades de Salud.

Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

MÉTODO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Se utilizaron las seis fases para la realización del estudio fenomenológico: 1) descripción del fenómeno, 2) búsqueda de múltiples perspectivas, 3) búsqueda de la esencia y la estructura, 4) constitución de la significación, 5) suspensión de enjuiciamiento, e 6) interpretación (de segundo orden) del fenómeno (Ghiso, 1996).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las mujeres incluidas en el estudio tenían edades comprendidas entre los 25 y 47 años de edad. Todas tenían pareja, predominando el estado civil acompañada, cinco de las entrevistadas eran analfabetas, ocho habían cursado primaria incompleta y dos tenían secundaria incompleta. La mayoría eran amas de casa, solamente dos de ellas tenían oficios o trabajos informales.

Creencias sobre las causas de la enfermedad

Las creencias o sistema de creencias son analizadas en el devenir de las ciencias sociales como portadoras del sentido de la interacción humana. Los hombres las elaboran a través de procesos que desde la interioridad subjetiva se proyectan a las relaciones con los “otros” y, desde ese ámbito, reconfiguradas, vuelven a moldear lo creído subjetivamente, y generan de esa forma secuencias inacabadas y recursivas. En esta manifestación de la dimensión no tangible del existir humano confluyen historias personales y circunstancias, cuyos efectos orientan las conductas de los hombres y son observados por algunos analistas como resultado de la amalgama que forma el imaginario colectivo (Ortega & Gasset, 1968)

Las mujeres entrevistadas expresaron como causas del cáncer cervicouterino cuestiones relacionadas a su higiene, embarazos y partos, medicación. Por ejemplo: “... mire yo digo viene de (falta) aseo personal, creo, falta de cuidado, Yo oigo decir que tal vez viene de pastilla, a veces del medicamento que uno usa para planificar, las inyecciones, las pastillas, tal vez porque por parte que viene las infecciones.” (REF ENTREVISTA)

“Otros de tanto tener hijos, porque la matriz de uno se

estira y después no se compone”. (REF ENTREVISTA)

La expresión “Yo oigo decir” muestra que las creencias se conforman a partir de la comunicación entre las personas de una comunidad, y van fortaleciendo las creencias, transformándolas muchas veces en conceptos que impactan en su comportamiento. Resulta relevante que atribuyan como causas de la enfermedad el uso de métodos anticonceptivos pues esto podría relacionarse con la adhesión o no a programas de planificación familiar, un asunto prioritario en el sistema de salud de Nicaragua, debido a la alta tasa de fecundidad en el país. Concomitantemente muestra cierto fracaso de las estrategias de comunicación de los programas de educación para la salud entre las mujeres entrevistadas. Al respecto en la comunidad Isidrillo en Estelí una mujer entrevistada expresaba mucha preocupación de visitar a su hermana y compartir cosas de uso personal porque su hermana tuvo infección por el virus del papiloma humano:

“Yo no me siento en el inodoro ahí de mi trabajo, varia gente me ha dicho que así se pasa ese papiloma y donde mi hermana como a ella ya le dio...tampoco me siento, pero no le digo nada a ella.” (REFERENCIA ENTREVISTA)

Otras creencias relacionadas a la etiología del cáncer cervicouterino en las mujeres incluidas en el estudio tienen que ver con el consumo de algunos alimentos durante la menstruación o en el puerperio como parte de las creencias expresadas. Por ejemplo:

“Yo digo que viene de alguna enfermedad, comida que uno come, como grasosa.” (REFERENCIA ENTREVISTA)

“También me han dicho que es porque cuando una tiene niños no se cuida, tal vez comen huevo, comen cosas dañinas”. (ref entrevista)

“En el hospital me daban leche y dicen que eso es malo. Yo solo comía tortilla y queso por quince días me cuidaba y a veces es hasta 40 días que hay que cuidarse de no comer frijoles, cosas heladas”. (ref entrevista)

Estas expresiones son típicas de la cultura Nicaragüense en dónde se enseña a las mujeres que durante la menstruación y el puerperio deben abstenerse de

Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

alimentos como huevo y frijoles. Esto durante el puerperio es una preocupación para el personal de salud dado que las puérperas reciben por parte de sus madres y abuelas la orientación de comer solamente tortilla con queso y tibio (bebida caliente preparada a base de maíz), afectando la nutrición de la madre y del recién nacido.

Estas creencias son generalmente fortalecidas por las mujeres con las que se relacionan, ya que una vía muy conocida de adquisición de creencias es la información obtenida de otros acerca de un objeto o creencias informativas (Reyes Rodríguez, 2007)

Esta influencia de las creencias se da en todas las sociedades, donde por ejemplo en algunos países como Uganda las mujeres evidencian cuestiones similares a pesar de recibir información sobre el cáncer de cuello uterino, en la radio y de los trabajadores de salud en los centros de salud y algunos profesionales de la salud tradicionales:

“Digo que la anticoncepción causa cáncer de cuello uterino porque cuando comienzas a usar ciertas opciones como ingerir pastillas, te encuentras sangrando tanto que significa que te afectan mucho, sangras y sangras sin recibir tratamientos” (Rawlance Ndejjo, 2017).

Al igual que lo observado en las mujeres entrevistadas en Jinotega y Estelí, las mujeres que participaron en la investigación de Ndejjo, atribuyeron el cáncer de cuello de útero a los alimentos que comían y su preparación, incluyendo el uso de bolsas de polietileno para cubrir los alimentos al cocinar.

Por su parte, en un estudio realizado en Jalisco (México), se observa que como causas del cáncer femenino aparece en sexto lugar aquellas que son “alimentarias, referidas a que los alimentos podrían influir en su enfermedad o su condición de obesidad: “...al principio pensé: eso me pasa por gorda, por no comer bien...” “...o por mucha grasa que comía...” “...antes si tomaba mucha coca” (García Sandoval, 2016).

En San José Jinotega, una líder de salud entrevistada comenta cómo existen algunas comunidades que dan una explicación mágica religiosa al padecimiento y a través de ella es que también lograrían curarse:

“Los de la religión (...) dicen que es hechizo el que hacen. Hace poco me di cuenta que murió una

muchacha joven, que murió de cáncer y el pastor (...) le dijo que era hechizo. Cuando la trajeron del hospital ya desahuciada, que no había nada que hacer, pues el marido llamó a los hermanos (...) pues ella se había cambiado de religión, porque antes era católica.” “Pero todo mundo no cree, ellos dicen era a cáncer y del cáncer nadie se capeya. Esa muchacha era joven de 25 a 30 años, que hasta trabajaba en un banco. Ella no era de mi comunidad pero vivía cerca.”

“Se dio un caso en otra comunidad que como el marido era así de otra religión (...), él dijo que Dios curaba y se murió la señora y como ella no salía a buscar tratamiento.”

Las creencias generalmente se recopilan a través de la vida desde la relación con la familia, el entorno y se repiten de generación en generación. Estas creencias se asientan en el saber popular con fuerte influencia en Nicaragua, y repercute en la búsqueda o no de atención en las unidades de Salud.

Por ejemplo, en el departamento de Estelí predominó la explicación religiosa como factor tanto protector como curativo:

“A mí no me preocupa (el cáncer cervicouterino), yo le pido al señor que me guarde, yo cuando me hago los exámenes he salido bien. Una vez fijese que andaba con una humedad fuerte y me fui al culto para que oraran por mí, yo sin decir porque me daba pena, yo soy bien así, mis cosas yo solita, solo a veces los médicos pero siempre Dios. La hermana que oró dijo que tenía infección en los ovarios y yo sin decirle a nadie lo que tenía... Lo que hice fue que me vine a llorar pero yo clamándole a Dios. Después me hice el PAP y me salió bien sin nada de infección”. (ref)

“Para mí es algo de no andar en las cosas del señor” (ref)

Según (Mashall, 1991) el locus control interno se relaciona con la creencia de que los sucesos son contingentes con la conducta de uno, mientras que el locus de control externo refiere a la creencia de que los sucesos dependen de la suerte, del destino, de la divinidad. El locus de control interno favorece la adherencia a los tratamientos y se relaciona con un mejor curso de las enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer. En San Isidriño Estelí el pensamiento religioso

Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

podría acentuar el locus de control externo y con ellos la captación tardía o no captación de asistencia a la enfermedad por parte de las unidades de salud.

Creencias sobre el diagnóstico y Papanicolaou
Cuando se exploró acerca de del diagnóstico de cáncer cervicouterino algunas mujeres mencionaron que lo supieron a través del resultado del Papanicolaou, pero llamó la atención en la comunidad de Estelí que una entrevistada mencionaba que los médicos solamente dan el diagnóstico en etapa terminal de esta enfermedad: "Yo creo que es bueno que le digan pero nunca le van a decir, se dan cuenta porque talvés ya la tienen avanzada, ya miran que es difícil y entonces tienen que decirle la verdad. Se me imagina que les dicen los médicos" (REFERENCIA ENTREVISTA)

Las creencias constituyen la base de nuestra vida, el terreno sobre que acontece, Porque ellas nos ponen delante lo que para nosotros es la realidad misma. Toda nuestra conducta, incluso la intelectual, depende de cuál sea el sistema de nuestras creencias auténticas». (Ortega & Gasset, 1968) En este sentido algunas creencias recopiladas en las entrevistas respecto a la utilidad del examen de papanicolau fueron:

"Es útil Porque nos evitan de tantas enfermedades tanto venéreas como el cáncer".(ref)

"Me ayuda a saber si mi marido me pega alguna enfermedad anda con otra". (ref)

"Es importante, para evitar la parte inflamatoria en los ovarios, ahí una se da cuenta de todos los problemas que le da una, las infecciones y si hay sangrado". (REF)

De las tres citas anteriores solamente una expresa la utilidad de la citología cervical para detección precoz de cáncer, el resto lo asocia a enfermedades infecciosas e incluso al control de la fidelidad de la pareja.

Las creencias que influyen para la no realización del PAP en la comunidad de Isidriillo Estelí una líder de salud nos comentaba:

"Alguien me dijo a mí, que yo digo que eso es falso porque ninguna enfermera ni que trabaje ni brigadista porque ya somos capacitados, me dijo que le dijeron... no vayas a dejar que te saquen la matriz porque después ya no te la acomodan, pero ¿para que te la van a sacar la matriz? le dije, no seas loca y le expliqué cómo es que

hacen el examen. No si yo siento que me sacan la matriz, me dijo... no le dije yo, el aparato que te ponen es lo que vos sentís pero no que te estén sacando la matriz y entonces ya me la convencí que no es que le sacaban la matriz eso era lo que ella creía que con el aparato le jalaba la matriz." (ref)

Sobre lo expresado por el líder de salud, es conocido que existen otras causas y razones culturales que limitan una actitud preventiva. Entre estos factores se encuentran el temor a que el examen sea doloroso o que sí se tiene el cáncer, éste no se pueda curar; indecisión porque no se percibe el riesgo; creencia de que mientras se sienta bien no hay problema (Ministerio holandés de Asuntos Exteriores, 2012).

Del mismo modo se pueden señalar diferentes elementos que inciden en la participación en programas de prevención de cáncer cérvico-uterino. Desde la perspectiva de la usuaria, son determinantes aquellos determinantes que surgen de las normas socioculturales y que influyen en la visión que las mujeres tienen sobre la SSR. Según un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre las creencias y actitudes que se tienen frente al concepto de prevención, algunas personas buscan atención médica sólo como último recurso, cuando los tratamientos caseros y tradicionales fallan; popularmente se cree que todos los tipos de cáncer que afectan a los órganos reproductivos femeninos son iguales y no se sabe que se pueden prevenir o curar; y otros tienen poco o ningún conocimiento de la anatomía y de su cuerpo (PAHO, 2019).

Las creencias como supuestos básicos de la cultura, se consideran como cualquier convencimiento sea consciente o inconsciente que predispone a las personas a percibir los acontecimientos e iniciar acciones coherentes con la forma de pensar. Las dimensiones de las creencias son afectivas, cognoscitivas y conductuales. La dimensión cognoscitiva es el conocimiento sobre el cual se basa esa creencia y las bases para que el juicio sea malo o bueno, sea correcto o incorrecto (Flynn, 1988). En este sentido es relevante que desde la vivencia de las entrevistadas el solo conocer el diagnóstico es significado como un sinónimo de muerte.

"Uno se siente triste, porque ya dicen uno bueno, dicen

Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

que esta enfermedad es mortal, uno dice ya voy a morir, tengo mis hijos, porque uno lo que piensa es su hijos.” (ref)

El miedo, la ansiedad, la depresión y la ira son emociones negativas que están estrechamente relacionadas con estados de enfermedad. Además, ellas pueden elevar el potencial patógeno de algunos factores de riesgo del cáncer como el hábito de fumar, y aumentar la propensión y la probabilidad de mortalidad por esta enfermedad. (Eysenck, 1988) (Termoshok & Dreher, 1992).

“Yo le digo mire doctora si usted me va a hacer ese examen y me sale algo mejor no me diga nada, Uy sí, si me dicen que yo tengo eso no me moriría de eso si no del afligimiento, y a no es la enfermedad que lo mata a uno si no el pensamiento...” (ref)

El papel de las emociones está en el impacto psicosocial del cáncer que es, en gran parte, debido a las experiencias negativas directas e indirectas, la incertidumbre por la impredecibilidad de los acontecimientos, la falta de información, la temida pérdida del control y las amenazas a la autoestima, por cambios en la imagen corporal (Middlelton, 1996). De esto la importancia de la educación para la salud de modo de que estos temores no sean una barrera para la realización de chequeos de rutina en las mujeres.

Creencias sobre la imagen social de mujeres con diagnóstico de Ca Cu

En un estudio para evaluar el impacto de la prevención del cáncer cervicouterino en Nicaragua se encontró que las mujeres tenían la creencia de es una enfermedad típica de “otras” mujeres con comportamiento sexual “riesgoso” (Ministerio holandés de Asuntos Exteriores, 2012). Eso explica por qué muchas mujeres experimentan vergüenza de comentar que padecen este tipo de cáncer:

“No le diría a nadie sólo lo dejaría para mí, usted sabe que es mejor saber solo uno. Porque ya no va a ser igual, lo hacen de menos a uno dicen esa mujer anda con tal enfermedad, como la gente que tiene el sida, lo mismo, lo miran como vago a uno”. (ref)

La expresión de que “lo miran como vago a uno” es una

expresión que en Nicaragua se utiliza para las mujeres que tienen una conducta sexual promiscua.

En esta misma línea, otras mujeres de Jinotega comentaron:

“Yo le diría a mis hijos, sentiría pena y tristeza. A las mujeres a veces hasta nos critican, a lo mejor dicen que es por andar con varios hombres. A mi hermana le sacaron la matriz, no ve que fue el esposo que la enfermó porque ella solo a él lo ha tenido ella es bien formal y él le pasó eso, cómo es que le dicen papiloma y ella no le dijo a la familia de él porque son bien criticonas y le da pena. Ella enojada le dijo al marido, por vos me pasó esto. El Dr le dijo que siempre tiene que cuidarse ella.” ref

“Yo sólo le diría a mi familia. Hay unas que aunque estén enfermas no dicen. A mi hija tiene un problema que no le viene su regla y bebe pastillas que le daban en la clínica, pero como ahorita renunció por que el trabajo le estaba afectando el riñón pues ya se quedó sin tratamiento. Ella tiene quistes en los ovarios pero no dice.” ref

“No ni quiera Dios no mira que más bien lo afligen a uno te vas a morir, con qué dinero vas a ir a una clínica. Solo la muerte le espera le dicen a uno. Hay gente que le dice ya no tenés esperanza de vivir y la esperanza no hay que perderle, da pena porque es una enfermedad terrible”.ref

Creencias sobre el tratamiento

En la comunidad de san José Jinotega, mencionaron creencias sobre la fruta guanábana como agente terapéutico:

“...comiendo bastante guanábana, o haciendo fresco licuado ayuda bastante, (también) los óvulos para evitar la infección en el puesto de salud.” (ref)

Según el modelo de creencias en salud el conjunto de creencias del individuo produce algún grado de preparación psicológica para actuar encarando el problema de salud. Si las creencias sobrepasan cierto umbral, la acción se hace más probable, siempre y cuando las condiciones ambientales lo permitan (Kirscht, 1998). Más allá de las condiciones ambientales es discutible que lo cognoscitivo se traduzca siempre en comportamientos directos, hay otros elementos que

Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

pueden afectar que lo que se cree o se conoce no se traduzca luego en el comportamiento y son justamente factores sociales.

En muchas ocasiones la vergüenza del diagnóstico, el temor de visitar al médico, el desconocimiento sobre el tratamiento es lo que podría determinar la conducta de las mujeres a la búsqueda de tratamiento oportuno.

“Pues no conozco así, pero sí creo que la quimioterapia, o te queman con un tipo de hielo, algo así escuche. O ciertas hierbas... en las comarcas más adentro que las mujeres tienen vergüenza de ir donde un doctor, usan este tipo de medicina alternativa”

“Que las queman con unas cosas eléctricas, donde está la matriz. También le dan uno óvulos, la guanábana, líquida en fresco”.

Si hay creencias de cura con agente terapéuticos naturales o con que el tratamiento es algo terrible, pues definitivamente sería una barrera para la búsqueda de atención en salud. Todo lo anterior como bien expresa (García Sandoval, 2016) Los resultados muestran también que la ignorancia y el conocimiento conviven muy cercanamente, junto con el miedo, la procrastinación, la vergüenza, la pérdida y todos esos factores que motivan a las mujeres a acercarse o evitar las unidades de atención, diagnóstico y tratamiento. Revela asimismo la dificultad que tienen algunas mujeres para acceder a esos servicios debido a sus condiciones sociales, económicas y geográficas y que éstos influyen directamente en la detección temprana o tardía del cáncer.

Resulta siempre llamativo que a pesar de la inversión del sector de salud de Nicaragua en relación al acceso al papanicolau y la educación que se brinda desde los puestos de salud rurales, aún persistan creencias que influyen en la toma de decisiones del autocuidado de las mujeres rurales.

En muchas ocasiones los programas educativos enfrentan el desafío de revertir aquellos conceptos adquiridos ya que como menciona el teorema de Thomas (Thomas, 1928) “Si las personas definen las situaciones como reales, éstas son reales en sus consecuencias” es decir «Cuando se define una determinada imagen de la reali-

dad, esa imagen tiene efectos reales». Esta profecía autocumplida es debido a que el grupo adapta su conducta.

CONCLUSIONES

Cuando se identifican creencias generalmente difieren de una comunidad a otra incluso de un individuo a otro, sin embargo se identificaron el conjunto de creencias sobresalientes que fueron mencionadas y que nos proporcionó un marco general de la población estudiada.

En relación a las causas de la enfermedad fueron mencionados: la falta de aseo personal, uso de métodos de control de la fertilidad, infecciones vaginales y la multiparidad. Algunos alimentos fueron mencionados como agentes causales y otros como terapéuticos.

El diagnóstico de cáncer cervicouterino se cree que está relacionado a una conducta sexual promiscua y a no cumplir con estándares religiosos. También es sinónimo de muerte. De igual manera el tratamiento se considera algo poco accesible y doloroso.

El factor de la Religión fue mencionado como un factor protector para la enfermedad a su vez que se ejemplificó como una barrera para la búsqueda de atención médica. Se debe evaluar la eficacia de las estrategias de promoción de la realización del papanicolau por las razones adecuadas, la educación en salud del tema pero adaptado a poblaciones rurales tomando en cuenta todos los factores socioculturales influyentes dado que las creencias pueden ser determinantes para la búsqueda de la detección precoz y el tratamiento oportuno de cáncer cervicouterino.

Por último, resulta relevante que aparecen otras mujeres (familiares principalmente) como referentes de muchas de estas creencias, lo que hace foco en como este conocimiento sobre las causas y las acciones terapéuticas relacionadas a la enfermedad se transmite de generación en generación, y es en esa transmisión -además de en la creencia en sí misma- a donde se debería apuntar para lograr que las mujeres cuenten con información de calidad técnica sobre las causas del cáncer cervicouterino y las estrategias para su detección/ atención.

Ciencias Agrícolas, Tecnología y Salud

BIBLIOGRAFÍA

- Bingham, Bishop, Coffey, & al, e. (2003). Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Publica Mex*, 3(45), 408-16.
- Crabtree, B., & Miller, W. (1999). *Doing Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Eysenck, H. (1988). The respective importance of personality, Cigarette smoking and interaction effects for genesis of cancer and coronary heart disease. *Personal individual differences*. In H. Eysenck.
- Flyn. (1988). Irrational beliefs and intervention. *Journal of psychosocial Nursing*, 25 #3.
- Forja, C. (2000). *Manejo Creativo del Estrés: Creencias*. Caracas.
- García Sandoval, C. (2016). *Afrontando el diagnóstico de cáncer de mama. Atribuciones causales, acciones de promoción de la salud y decisiones en mujeres del Estado de Jalisco, México*. Guadalajara.
- Ghiso, A. (1996). *Métodos de la Investigación Cualitativa*. 39-59.
- Heidegger, M. (2006). *Introducción a la fenomenología de la religión*. In M. Heidegger, *Introducción a la fenomenología de la religión*. (pp. 233-256.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Husserl, E., & Heidegger. (1997). *Psychological and transcendental phenomenology and the confrontation with Heidegger (1927-1931)*. In E. Husserl, & Heidegger. Dordrecht: Kluwer: e. and trans. T. Sheehan.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2003, 03 16). Retrieved from www.inide.gob.ni/atlas/caracteristicasdep/rio%20san%20juan.htm
- Kirscht, J. (1998). The health belief model and predictions of health actions. En Ds Gochman (Ed.). *Health behavior: emerging research perspectives*, 27-41.
- León Canelón, M., Páez Rovira, D., & Díaz Díaz, B. (2003, Marzo). Representaciones de la Enfermedad. *Estudios Psicosociales y Antropológicos. Boletín de Psicología*(77), 39-70. Retrieved from [Obtenido de https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N77-3.pdf](https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N77-3.pdf)
- Mashall, G. (1991). A multidimensional analysis of internal health locus of control beliefs; separating the wheat from the chaff. In G. Marshall, *Journal of personality and social Psychology* (pp. 483-491).
- Middlenton, J. (1996). Yo no quiero tener cáncer. In J. Middlenton. DF: Grjalbo.
- Ministerio holandés de Asuntos Exteriores. (2012). *Convirtiendo un derecho en práctica. Evaluación de impacto del programa del cáncer cérvico-uterino del Centro de Mujeres Ixchen en Nicaragua. (2005-2009)*. MINSAP/IXCHEN/Ministerio Holandés de Asuntos Exteriores, Managua. Managua: OBT Opmeer. Retrieved junio 02, 2019, from [file:///C:/Users/jefe.calidad/Downloads/iob-convirtiendo-un-derecho-en-practica-evaluacion-de-impacto-del-programa-del-cancer-cervico-uterino-del-centro-de-mujeres-ixchen-en-nicaragua-2005-2009%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/jefe.calidad/Downloads/iob-convirtiendo-un-derecho-en-practica-evaluacion-de-impacto-del-programa-del-cancer-cervico-uterino-del-centro-de-mujeres-ixchen-en-nicaragua-2005-2009%20(1).pdf)
- MINSAP. (1994). *Programa Nacional de Control de Cáncer*. Ministerio de salud pública Cuba.
- Navarro, A. (2015, 05 18). Confidencial. Retrieved from <http://confidencial.com.ni/archivos/articulo/21791/en-nicaragua-hay-pluralismo-religioso>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Cáncer cervicouterino en las Américas*. Retrieved from www.paho.org/cancer
- Ortega, & Gasset. (1968). *Ideas y creencias*. In G. J. Ortega, *Ideas y creencias*. (p. p.24). Madrid.
- Oviedo, P. (2001). *Diccionario filosófico: Manual de materialismo filosófico. Una introducción analítica*. In P. Oviedo, *Diccionario filosófico*: (p. 739). España.
- PAHO. (2019, 06 04). [www.paho.org](http://www1.paho.org/english/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.pdf?ua=1). Retrieved from <http://www1.paho.org/english/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.pdf?ua=1>
- Palacios-Ceña, D. C. (2010). *Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería*. *Revista de Enfermería*, 21(2), pág. 68-73.
- Payer, M. (2005). (U. C. Venezuela., Editor, & F. d. educación, Producer) Retrieved septiembre 30, 2016, from <http://constructivismos.blogspot.com>
- Rawlance Ndejjo, T. M. (2017). Knowledge, facilitators and barriers to cervical cancer screening among women in Uganda: a qualitative study. *BMJ Journals*.
- Reyes Rodriguez, L. (2007). *La Teoría de la Acción Razonada, implicaciones para el estudio de las actitudes*. Universidad Pedagógica de Durango, 66-77.
- Ruiz. (2012). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. In R. O. I, *Metodología de la Investigación Cualitativa* (p. 165). Bilbao: Deusto.