

## INTERVENCIÓN SOCIAL EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO

### SOCIAL INTERVENTION IN CANCER OF UTERINE NECK

FRANCISCO RODRIGUEZ, LUIS CORDOVA, MILDA MARCANO

*Universidad de Oriente, Escuela de Ciencias de la Salud, Departamento de Medicina Preventiva y Social*

#### RESUMEN

En este estudio se indagó acerca del modo como se producen las representaciones sociales en cáncer de cuello uterino; los niveles de información sobre etiología, prevención y curación y las percepciones que sobre el rol de médico y paciente en general, tenía una muestra de sujetos de una comunidad de bajo nivel socioeconómico en Ciudad Bolívar.

Es un estudio descriptivo que a través de una entrevista semi-estructurada aplicada a una muestra aleatoria, permitió el análisis de distribución de frecuencias de los datos obtenidos. Encontramos bajos niveles de información, representaciones sociales que predominantemente desfavorecen la emergencia de conductas de prevención de la patología y percepciones del rol de médico y de paciente que fomenta la pasividad del sujeto en situación de riesgo. Las representaciones sociales sobre la enfermedad, así como del rol de médico y de paciente favorecen bajos niveles de información y conocimiento y por tanto la presencia de comportamientos no preventivos en cáncer de cuello uterino.

**PALABRAS CLAVES:** Intervención social, representaciones sociales, cáncer de cuello uterino.

#### ABSTRACT

In this study, we investigated the way like the social representations take place in cancer of uterine neck, as well as the levels of information on causes, prevention and cure of this illness and the type of perception on doctor-patient relationships in a sample of subjects of a community of low socioeconomic level.

It is a descriptive study that use a semi-structured interview applied to a random sample. We find levels of information and social representations on illness that hamper the emergency of preventive behaviors, as well as perceptions of doctor-patient relationships that foment the people's passivity in control of risk.

**KEY WORDS:** Social intervention, social representations, cancer of uterine neck.

## INTRODUCCIÓN

### Justificación

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública porque constituye la primera causa de muerte en Venezuela (y en América Latina) en mujeres ubicadas entre 15 y 45 años de edad, lapso de edad más productiva de la población femenina. Debido a que el cáncer de cuello uterino constituye una enfermedad que ataca más a la población de bajo nivel socioeconómico, entendemos que el nivel educativo juega aquí un papel muy importante; es por ello que la enfermedad se presenta como altamente prevenible, si abordamos los factores socioculturales que se asocian con incidencia y prevalencia.

### El problema

Esta investigación se orientó a la determinación

de aspectos sociocognoscitivos relacionados con cáncer de cuello uterino que conduzcan al diseño de modelos de intervención dirigidos a modificar patrones de comportamiento que impiden la aparición de conductas protectoras de riesgo en este tipo particular de patologías.

Se trata de una investigación de tipo descriptivo, lo cual indica la inexistencia de hipótesis operacionales. Se tomó una muestra representativa de la población de una comunidad de nivel socioeconómico bajo, para aplicarle una entrevista semi-estructurada que permitió la determinación del tipo de representaciones, actitudes e información asociadas a la producción del cáncer de cuello uterino (CCU) y las posibilidades de prevención. Normalmente, los procesos sociocognoscitivos en cáncer de cuello uterino, revelan altos niveles de irracionalidad, vale decir, representaciones asociadas a lo terrible y lo monstruoso; actitudes que no favorecen la prevención y

muy bajos niveles de información y conocimiento.

### OBJETIVOS

Realizar una investigación de tipo descriptivo para conocer en un sector de una comunidad de bajo nivel socioeconómico, cual es su postura con respecto al cáncer de cuello uterino:

- El modo como se producen las representaciones sociales de este tipo de patologías.
- Niveles de información.
- Percepción de rol de médico y de paciente en general..

#### Definición de términos básicos

- Representaciones sociales:** Son constructos cognitivos que pueden ser definidos como modelos de interpretación, conceptualización y categorización de los procesos reales Jodelet, (1988) fundamentados en la vinculación sujeto-sistema social-mundo de la vida.
- Intervención social:** Entendemos por intervención social el conjunto de las operaciones aplicadas a sujetos que se ubican a niveles, tanto individuales como colectivos, orientadas a lograr cambios en las estructuras sociocognoscitivas: representaciones sociales, pensamiento, etc.
- Intervención social en cáncer de cuello uterino:** Se refiere a intervenciones sociales en sujetos en riesgo, es decir mujeres que presentan los factores de riesgo, o jóvenes que eventualmente podrían llegar a estar en situación de riesgo, con respecto a las representaciones sociales en cáncer de cuello uterino.

#### Algunas vías metodológicas

Para abordar el problema tomamos una población de bajo nivel socioeconómico de acuerdo a la escala de Graffar y extrajimos una muestra aleatoria de 61 sujetos de un total de más de 500 personas . Esta muestra estuvo conformada por población femenina en situación de riesgo: sexualmente activa, con o sin hijos y de bajo nivel educativo. La unidad de información fue la mujer y la unidad de análisis, las respuestas dadas en la aplicación del instrumento; por lo tanto lo que se tabulan no son personas propiamente dichas, sino respuestas. El

instrumento utilizado fue la entrevista semi-estructurada con preguntas abiertas y cerradas. La definición de preguntas cerradas obedeció a un estudio previo. Se construyeron cuadros de distribución de frecuencias y se analizaron porcentajes.

Las respuestas fueron analizadas a través de la técnica de análisis de contenido, utilizando categorías de respuestas suministradas por los mismos sujetos investigados.

Los talleres de “reconstrucción crítica de la subjetividad” permitirán conocer las variaciones de los factores sociocognoscitivos estudiados .Estos son estrategias de intervención social que consiste en someter a discusión a través de dinámicas de grupo, las representaciones sociales, las actitudes, creencias, información y conocimientos que los sujetos tienen en este tipo de patología, para presionar al cambios de estas estructuras, en función de la implantación de comportamientos favorables a la prevención primaria.

### RESULTADOS

Tabla 1. Creencias asociadas al significado del CCU.\*

CREENCIAS	Nº	%
Mortal, Horrible, Maligno	11	16,8
Relaciones sexuales	3	4,5
Falta de citologías	6	9,0
Abortos provocados y partos	3	4,5
Tumor en la matriz	9	13,6
Producto de enfermedades de la mujer	8	12,1
Llaga en la matriz	7	10,5
Infección común	1	1,6
NS/NC	18	27,4
Total	66	99,99

Fuente: Encuesta sobre representaciones en CCU, 2002.

\*Abreviatura de cáncer de cuello uterino: CCU

En la tabla 1, la significación de “mortal, horrible y maligno”, adquiere el mayor peso en la distribución de frecuencias con un porcentaje de 16,8%; no obstante es inferior a la del Cancer en general. Por otra parte tenemos que la significación asociada al CCU como un evento fisiopatológico es mayor: así tenemos que “tumor en la matriz” (13,6), “producto de enfermedades de la mujer” (12,1), “llaga en la matriz” (10,5%), “falta de citologías” (9,0%) e “infección común” (1,6%) configuran una sumatoria de 46,8% de total de las observaciones realizadas.

El CCU como una patología asociada a lo sexual, constituye una particularidad de este fenómeno. En este

orden de ideas encontramos que “relaciones sexuales” (4,5%) y “aborto provocados y partos” (4,5%) suman un porcentaje de 9% del total de las respuestas.

La opción NS/NC (no sabe, no contestó) es en realidad la alternativa que obtuvo el mayor porcentaje con un 27,4%.

Podemos decir que a pesar de la asociación del CCU con el significado de evento “mortal, maligno y horrible”, como en CA en general; no obstante el porcentaje aquí es considerablemente menor y en cambio surge el carácter de fenómeno “biológico puro” como el de mayor peso cuantitativo. Esto pudiera estar vinculado quizás al status de un proceso de una “mayor concreción” que asume para la mujer, el CCU a diferencia del cancer en en general que probablemente se representa como un fenómeno un tanto más abstracto y por tanto asociado con significaciones metafísicas. Sin embargo, y a contrapelo de estas observaciones, encontramos que la respuesta que expresa desconocimiento obtuvo el mayor porcentaje.

La connotación de acontecimiento que se constituye como consecuencia del “goce sexual” y por tanto asociado a lo “pecaminoso”, es una particularidad de las representaciones sociales del CCU.

Tabla 2. Actitudes ante la posibilidad de curación del CCU.

ACTITUDES	Nº	%
SI	41	67,2
NO	17	27,8
NS/NC	3	5
Total	61	99,99

Fuente: Encuesta sobre representaciones en CCU, 2002.

Los resultados de la Tabla 2 son muy similares a los de la Tabla 1. La alternativa “Si” que indica una actitud positiva ante la posibilidad de curación del CCU, representa la mayor frecuencia con un porcentaje de 67,2%; mientras que la alternativa “No” con un porcentaje de 27,8%, representa la menor frecuencia. La no respuesta (NS/NC) obtuvo un porcentaje insignificante (5%).

De alguna manera las representaciones del CCU como una enfermedad incurable, han venido cambiando en forma positiva y esto significa mayor información y aumento de las expectativas positivas ante la curación.

Tabla 3. Origen del CCU.

CREENCIAS	Nº	%
Relaciones sexuales	17	25,75
Higiene	6	9,09
Falta de cuidado	6	9,09
Falta de chequeos médicos	3	4,54
Factores ambientales	5	7,57
Mala enfermedad	1	1,51
Infecciones	4	6,06
Herencia	1	1,51
Problemas del organismo	3	4,54
Problemas de la mujer	17	25,75
Células cancerosas	2	3,03
NS/NC	1	1,51
Total	66	99,99

Fuente: Encuesta sobre representaciones en CCU, 2002

En la Tabla 3, aunque encontramos también un predominio de factores de tipo físico-biológicos y médicos, hay un cierto equilibrio con factores que se asocian con patrones de comportamiento o estilo de vida. En este sentido, tenemos que con respecto al primer aspecto, se registró una sumatoria de 53% de respuestas:: “Problemas de la mujer” (25,75%), “Factores ambientales” (7,57%), Infecciones (6,06%), “Falta de chequeos médicos” (4,54%), “Problemas del organismo” (4,54%), “Células cancerosas” (3,03%) y “Herencia” (1,54%).

En cuanto al segundo aspecto se obtuvo una sumatoria de 43,93% discriminada de la siguiente manera: Relaciones sexuales (25,75%), Higiene (9,09%) y Falta de cuidado (9,09%).

Podemos afirmar para la muestra estudiada que aunque los factores físico-biológicos y médicos asociados al CCU son predominantes, no obstante, las variables de orden social tienen una presencia significativa en la explicación de las causas de la enfermedad.

Tabla 4. Actitudes ante la posibilidad de prevención del CCU.

ACTITUDES	Nº	%
SI	55	87,3
NO	0	0
NS/NC	8	12,7
Total	63	99,99

Fuente: Encuesta sobre representaciones en CCU, 2002.

Al igual que en el ítem correspondiente a las actitudes ante la posibilidad de prevención del CCU, en la Tabla 4, observamos una fuerte concentración de respuestas

en la opción “Si”, con un porcentaje de 87,3%, la opción negativa no fue elegida por nadie y la no respuesta (NC/NS) Registra un porcentaje de 12,7%.

Estos datos nos permiten afirmar que existe una actitud positiva ante la posibilidad de prevención del CCU, en el grupo estudiado.

#### Actitudes ante la asociación del CCU con la muerte

Tabla 5. Actitud ante la significación del CCU como muerte inevitable.

ACTITUDES	Nº	%
SI	30	48,4
NO	31	50
NS/NC	1	1,6
Total	62	99,99

FUENTE: Encuesta sobre representaciones en CCU, 2002.

En la Tabla 5, existe un equilibrio en las respuestas que la muestra estudiada asumió ante la asociación del CCU con la muerte. La respuesta positiva obtuvo 48,4% y la negativa 50%. En este sentido podríamos decir que el tipo de respuestas que asocia el CCU con la muerte de manera inevitable, aunque no tiene el mayor porcentaje, de todas maneras es bastante elevado. Significa que casi la mitad de las personas entrevistadas creen que el CCU es muerte segura.

#### Creencias asociadas al rol de paciente

Tabla 6. Concepto de rol de paciente.

CREENCIAS	Nº	%
Persona que asiste a la consulta en forma adecuada	11	16,17
Persona que le cuenta todo al médico	4	5,88
El que necesita atención médica	5	7,35
Enfermo que busca ayuda médica	14	20,58
El que obedece al médico	11	16,17
Amigo del médico	4	5,88
Persona que espera ayuda del médico	2	2,94
Responsable con su salud	4	5,88
El que asiste al control médico	5	7,35
NS/NC	8	11,76
Total	68	99,99

FUENTE: Encuesta sobre representaciones en CCU, 2002.

La concepción del rol de paciente contenida en la distribución de frecuencia en esta Tabla 6, refleja un evidente proceso de medicalización de este polo de las relaciones médico-paciente. Así tenemos que la casi totalidad de las respuestas emitidas indican la percepción de una posición muy sumisa y pasiva en la definición del rol de paciente. En este sentido podríamos considerar que todas las opciones, a excepción de la alternativa “Responsable con su salud” (7,1%), caen dentro de una percepción medicalizada del rol de paciente (87,2%).

#### Creencias asociadas al rol de médico

Tabla 7. Concepto del rol de médico.

CONCEPTO DE ROL DE MÉDICO	Nº	%
El que escucha al paciente	8	10,4
Es responsable de la enfermedad del paciente	4	5,2
El que cura al enfermo	18	23,04
Atiende bien al paciente	15	19,5
Competente y comprensivo	12	15,6
Un amigo, un guía	17	22,1
Un ser humano	2	2,6
Ayuda a evitar enfermedades	1	1,2
NS/NC	0	0
Total	67	99,99

FUENTE: Encuesta sobre representaciones en CCU, 2002.

En la Tabla 7, observamos como el tipo de respuesta que privilegia el carácter humano del rol de médico, tiene una importancia significativa. Así tenemos que “El que escucha al paciente” (10,4%), “Atiende bien al paciente” (19,5%), “Competente y comprensivo” (15,6%), “Un amigo-un guía” (22,1%) y “Un ser humano” (1,2%), conforman una sumatoria de 70,2% del total de las respuestas emitidas. El otro aspecto tiene que ver con la medicalización del rol del médico (Enfoque exclusivamente técnico): “El que cura al enfermo” (23,4%) y “Es responsable de la enfermedad del paciente” (5,2%). Este tipo de respuesta constituye un porcentaje de 28,6%. El carácter preventivo del rol de médico expresado en la alternativa “Ayuda a evitar enfermedad”, obtuvo un porcentaje insignificante (1,3%).

Vemos pues, de esta manera, como el aspecto humano-social del rol de médico adquiere una significación preponderante; mientras que el enfoque de medicalización se colocó en una posición de moderada importancia.

## CONCLUSIONES

Las significaciones asociadas a un evento “mortal, horrible y maligno” en las representaciones del cáncer en general y CCU, tienen un peso significativo en esta investigación.

El carácter de enfermedad que se torna mortal de manera impredecible, el patetismo que asume y la impotencia del sistema médico en muchos casos, inducen a una situación de “indefensión previa” del sujeto (antes de que se presente la dolencia), inherente a este tipo de patologías. Esto conduce a la elaboración de un imaginario que percibe la enfermedad como un “fenómeno sobrenatural” relacionado con sistemas mágicos-religiosos en donde lo que se plantea es la lucha entre “el bien y el mal”; vale decir, una interpretación que va más allá de las consecuencias reales que lo sitúa en un plano metafísico. Por otra parte se evidenció también la intensidad del proceso de medicalización de la enfermedad. Esto lo observamos en el peso asignado al carácter de fenómeno médico y fisiopatológico; sobre todo en CCU.

Un aspecto positivo que se constituye como hallazgo de esta investigación, es la presencia en forma predominante de actitudes positivas ante la curación. Es posible que estas actitudes, más que ser consecuencia de experiencias personales (directas e indirectas), sean el producto de la publicidad que sobre el carácter de enfermedad curable, se ha desplegado.

Las justificaciones elaboradas por el grupo investigado sobre las actitudes de curación, se orientan a privilegiar el modelo y sistema médico-científico-institucional, por encima de cualquier otro sistema y modelo (mágico-religioso, por ejemplo).

Con respecto al origen del CCU, podemos decir que no obstante el predominio de los factores físico-biológicos y médicos, los factores de tipo social y estilo de vida, tienen una importancia significativa. Aunque observamos la presencia de un proceso de fisicalización, y medicalización en las creencias sobre estas patologías, éste no es total y absoluto.

La prevención, igual que la curación del CCU es posible para el grupo investigado, lo cual indica la presencia de actitudes favorables al desarrollo de conductas protectoras; no obstante observamos un proceso de medicalización en la forma como se definen las maneras de realizar la prevención. Por otra parte,

detectamos un giro al contrario cuando se indaga por la intervención del médico como agente de prevención. La justificación de estas actitudes son coherentes con la aceptación del paciente como rol estratégicamente importante en la prevención. Aquí detectamos elementos contradictorios que pudieran estar reflejando la tensión en la cual se debate la conciencia común en relación a la existencia de medicalización de la salud y el proceso contrario que hace énfasis en la centralidad e importancia del sujeto.

En cuanto a la asociación del CCU con muerte inevitable, no se pudo detectar actitudes nítidamente diferenciadas. Quizás esto se deba al desarrollo de un proceso de cambio de las representaciones sobre el Cáncer de cuello uterino y Cáncer en general, desde la simbolización como muerte segura a la desaparición de este fenómeno. La justificación de las respuestas soportan este hallazgo.

La percepción del rol de paciente a su vez, refleja un proceso de medicalización muy intensa, hasta el punto de considerarlo como una “máquina”, lo cual sugiere la imagen complementaria del médico, en un rol esencialmente técnico-instrumental. En general podemos decir que las actitudes y representaciones en CCU, son altamente contradictorias, lo cual podría significar la presencia de fuertes tensiones entre modos tradicionales de percibir la enfermedad y los roles significativos y nuevas formas de atribuir significaciones.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- EVANS, R; ALBORNOZ, R. 1994. Principios de Epidemiología Moderna. Imprenta UCV. Caracas.
- FERNÁNDEZ-ALONSO, F. 1982. La enfermedad, el enfermo y el médico. Edic. Pirámide; S.A; Madrid.
- GREEMBERG, R. 1998. Epidemiología médica. Manual moderno, S. A. Buenos Aires.
- JODELET, DENISE 1988. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría en Psicología social, Tomo II, Edit. Paidós, Barcelona.
- M. COE, RODNEY 1973. Sociología de la Medicina. Edit. Alianza Universidad, Madrid.
- MOSCOVICI, S. 1988. Psicología social II. Edit. Paidós, Barcelona.

MOSCOVICI, S. 1973. El Psicoanálisis, su imagen y su público. Edit.

RODRÍGUEZ, F. 1999. Reconstrucción social de la subjetividad en salud comunitaria. SABER.

RODRÍGUEZ, FRANCISCO 1996. Alienación, ideología y poder en salud. Edic. de la UDO-Bolívar.