

# La interculturalidad en la salud como estrategia de intervención y atención para Trabajo Social: el caso de personas indígenas oncológicas

Alejandra Monroy López

## Resumen

En el entendido de que un proceso de enfermedad no sólo afecta directamente a la persona enferma, sino a todo su sistema familiar generando una serie de complicaciones sociales y culturales, la intervención de Trabajo Social debe profesionalizarse desde su visión metódica, lo que implica la configuración de abordajes teórico-metodológicos que ahonden en la concepción y momento histórico en el que surgen nuevas dinámicas sociales, provocando una intervención focalizada y de calidad desde la mirada del propio actor social.

Por ello, se diseña el presente artículo, que pretende generar un espacio de reflexión del actuar profesional contemporáneo de Trabajo Social en su injerencia social del campo de la salud. Ello se ilustra con población inmersa en un proceso oncológico, desde un enfoque intercultural. En ese sentido, es una opción teórica-metodológica en la capacitación y actualización profesional y académica, necesaria para un actuar ético en el sector salud que permita recuperar las vivencias, concepciones y percepciones de la persona enferma en su dimensión subjetiva de *padecer* tanto personal como familiar.

**Palabras clave:** interculturalidad en la salud, Trabajo Social, paciente indígena.

## Abstract

On the understanding that a disease process not only directly affects the sick person but his entire family system generating a series of social and cultural complications, the intervention of Social Work must professionalize from his methodical vision, which involves the configuration of theoretical and methodological approaches that deepen in the design and historic moment in which new social dynamics emerge, resulting in a focused and quality intervention from the perspective of social actor involved.

Therefore, this article is designed, which aims to create a space for reflection of contemporary acting professional social work in social intervention in the field of health. This is illustrated with population immersed in an oncological process, from an intercultural approach, as theoretical-methodological choice in professional and academic training updating necessary to act ethically in the health sector which can recover the experiences, ideas and perceptions of the sick person in its subjective dimension of personal and family suffering.

**Keywords:** intercultural health, social work, indigenous patient.

## Introducción

La enfermedad, como evento biológico que implica anormalidades en la estructura y función de órganos y sistemas del cuerpo donde hay una continuidad entre el agente causal, la lesión anatomopatológica y las manifestaciones clínicas, es también

un constructo de la sociedad que surge de la cultura de acuerdo con los medios que se tiene y que lo denomina de esa forma. Es una experiencia en sí misma, lo que implica que está conformada por factores sociales y culturales que dirigen o rigen la percepción, la vivencia, la concepción, la

explicación y el afrontamiento de dicha experiencia desagradable. Es, por tanto, un artefacto cultural.

En el entendido de que en cada grupo social en particular se manejan diversos conceptos y creencias acerca de la enfermedad, emitidas y construidas por la cultura que es transmitida y aprendida a lo largo de la vida como formas simbólicas interiorizadas que regulan y organizan nuestros modos de comportamiento, de percepción, entre otros, se debe realizar su interpretación bajo un enfoque multidisciplinar e intercultural, tomando en cuenta su construcción sociocultural, basada en su fundamento orgánico. De esa forma, se genera conocimiento científico de las formas interiorizadas de la cultura de los actores sociales respecto de su experiencia con cualquier entidad nosológica (como el caso de los diferentes cánceres), a partir de su contexto social y cultural, lo que posibilita la comprensión del fenómeno estudiado y de sus múltiples vivencias y percepciones, así como sus representaciones, de tal manera que esto se refleje en beneficio de los enfermos con un tratamiento integral que debe ofrecer el equipo de salud.

Dentro de ese equipo de salud se incluye a Trabajo Social, que desde una mirada intercultural debe diseñar e implementar procesos de intervención social en la atención del conjunto de necesidades y problemas surgidos en la trayectoria de la persona con su enfermedad (el padecer), desde la propia interpretación y percepción del sujeto involucrado de acuerdo con su adscripción cultural (indígena o no indígena), lo que indudablemente permitirá cumplir con los objetivos institucionales de ofrecer atención de calidad y de calidez para

las personas con cualquier tipo de enfermedad o problema de salud.

Trabajo Social, desde su aparición, se ha conceptualizado desde distintas visiones, concepciones, enfoques teóricos y metodológicos, generando así que la definición que se elabore dependa del enfoque teórico del que se esté abordando la profesión. No obstante, hay características innegables: *se considera una disciplina de las ciencias sociales que estudia al hombre en su situación social, a través de un enfoque teórico-metodológico, que permita el diseño de modelos y estrategias de intervención, contextualizadas en tiempo y espacio, que aborden de manera práctica el conjunto de necesidades y problemas sociales desde la mirada del propio actor social, generando así su bienestar social.* Sin embargo, sabemos que Trabajo Social se va construyendo desde su especificidad disciplinar, lo que implica que sea necesario generar procesos de análisis de la especialización profesional y reflexiones de la acción profesional. En ese sentido, tendríamos que ubicar a Trabajo Social desde una visión contemporánea.

Dentro de su campo de estudio, que es lo social, existen diversas áreas de intervención, algunas llamadas tradicionales, por nacer desde los umbrales de la disciplina, y es aquí donde se ubica la salud. Empero, no por tradicionales hacen alusión a la falta de actualización profesional, sino más bien a que forman parte de una necesidad básica y primordial en el ser humano, como es el caso.

Bajo este marco de referencia, se esboza en este artículo una serie de reflexiones analíticas con la finalidad de enriquecer la acción profesional de Trabajo

Social en el área de salud, tomando en consideración que un proceso de enfermedad se vive y experimenta no sólo desde su constitución biológica, sino también desde su construcción social y cultural. Para ello, nos centramos, como ejemplo, en los cánceres que padece la población indígena atendida en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan), ubicado en la Ciudad de México. Cabe señalar que estas reflexiones analíticas que se enuncian pueden ser aplicables para cualquier proceso de enfermedad.

Los cánceres son enfermedades crónico-degenerativas que se caracterizan por la multiplicación y crecimiento descontrolado de células anormales en el organismo, las cuales, en última instancia, se diseminan por todo el cuerpo, interfiriendo en la función de los tejidos y de los órganos sanos; son los principales agentes causantes de muertes a nivel mundial. La enfermedad no sólo presenta consecuencias físicas en la persona que la padece, sino que además involucra una serie de aspectos sociales y culturales; un ejemplo de ello es la pérdida económica considerable que representa normalmente para el paciente y su círculo familiar, debido a que abarca gastos en las medidas terapéuticas, ya sea cirugía, radiación o quimioterapia, por ejemplo; en el tratamiento farmacológico, rehabilitación, apoyo psicológico y estudios de seguimiento que en la mayoría de los casos no se pueden cubrir por su alto costo. El cáncer afecta diversas facetas de la vida cotidiana de la persona afectada, debido a los signos y síntomas, de tal modo que menoscaba su calidad de vida y genera diversos grados de incapacidad, lo que implica repercusiones económicas,

familiares y sociales. Con ello, se muestra que un proceso de enfermedad no sólo tiene una base orgánica que lo origina, sino también una serie de implicaciones sociales y culturales que inciden en dicho proceso y que afectan todo el trayecto que el paciente transita en la vivencia del diagnóstico. Cabe señalar que esta vivencia se construye a partir de los significados culturales que cada grupo social le atribuye a dicha experiencia.

Ante dicho panorama, el trabajador social debe estar actualizado tanto teórica como metodológicamente para abordar y explicar la experiencia del cáncer, o cualquier otra enfermedad, desde un modelo sociocultural y no únicamente desde un modelo biológico-lesional o biomédico, entendiendo que en nuestro cuerpo se ligan procesos bioquímicos con los significados culturales y personales que fundamos en dicha experiencia. En este sentido, debemos tomar en cuenta aspectos teóricos de otras disciplinas de las ciencias sociales, como la antropología y el enfoque de interculturalidad en el área de la salud, que nos aportan elementos metodológicos que enriquecen nuestra acción profesional en dicha área.

Los ejes que se abordan son:

- Aproximaciones conceptuales de interculturalidad y de interculturalidad en salud.
- La construcción sociocultural de la enfermedad.
- Padecer: dimensión sociocultural de atención por el personal de Trabajo Social.
- La concepción cultural del paciente indígena sobre el cáncer.

## Aproximaciones conceptuales de interculturalidad y de interculturalidad en salud

Toda vez que examinamos las relaciones que establece el personal de salud con las personas que tienen una cultura distinta, se está frente a un proceso de interculturalidad en el área de la salud. El siguiente apartado es un preámbulo a las aproximaciones conceptuales relativas a la interculturalidad.

Iniciemos por definir la interculturalidad, ésta es:

el proceso relacional que se establece entre dos o más culturas al interior de una sociedad, que de por sí es heterogénea en cuanto a sus orígenes y características económicas, políticas y sociales (Campos-Navarro y Ruiz-Llanos, 2004, p. 644).

En lo que concierne al campo de la salud, la interculturalidad implica la incorporación de la carga cultural colectiva de la persona enferma en la relación o trato que constituye con el personal de salud, donde se incluye al personal de Trabajo Social. Asimismo, abarca la relación del enfermo con todo el servicio de salud y sus trabajadores, desde el vigilante del hospital, el chofer, el auxiliar de intendencia, hasta la enfermera, médico tratante y demás especialistas (Campos-Navarro, 2007).

Por otro lado, la interculturalidad en salud es entendida, según Oyarce e Ibacache (1996, p. 79), como:

la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional.

Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas.

Por ello, el ejercicio de una medicina intercultural, tal como lo afirma Campos-Navarro (2007, p. 6):

Es primero un compromiso personal, y posteriormente institucional. Se debe tener el convencimiento propio del respeto, la tolerancia y la comprensión que debo tener hacia la persona que sufre, y esto no depende de aspectos institucionales. Debe existir un proceso de comunicación intercultural donde la validación y negociación culturales hayan sido desarrolladas (p. 6).

Y como práctica médica intercultural, la concebimos como aquella

Práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes (Campos-Navarro, 2004, p. 129).

Esto depende no únicamente de las instituciones como tales, sino también del propio personal de salud.

Por tanto, la interculturalidad es un puente, un enlace o una estrategia que toma en cuenta las variables étnico-culturales de la población indígena en el proceso de atención de salud (Citarella, 2000). En este sentido, Trabajo Social debe considerar el proceso intercultural como una estrategia de intervención y de acción en el abordaje social de una persona con un problema de salud, o bien, enfermedad, que

posea características o rasgos culturales diferentes, provocando con ello una atención integral y centrada en los esquemas subjetivos del propio actor social, es decir, enfocada en la persona afectada y sus propias narrativas de lo que experimenta e implica estar enferma. Sólo así el especialista en Trabajo Social podrá diseñar acciones concretas que permitan una validación y negociación cultural en el proceso de comunicación intercultural con las personas que atiende.

Definimos validación cultural como "aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente, considerando el contexto cultural del cual este modelo emerge", el cual a su vez es congruente con las explicaciones aprendidas en su grupo social (Alarcón, Vidal y Neira, 2003, p. 1064). Esto no implica que el trabajador social o cualquier otro especialista de la salud comparta el sistema de creencias y prácticas culturales de la persona con una enfermedad, pero sí que demuestre respeto, tolerancia y comprensión. La negociación cultural es el conjunto de interacciones que surgen entre las personas enfermas y el personal de salud para llegar a acuerdos mutuos y consensados referentes al servicio, la atención que se le brinda y tratamiento que requiere (Campos-Navarro, 2004).

Tomando en consideración los presentes esbozos conceptuales, continuemos con el segundo elemento donde se desglosa la explicación sociocultural de la enfermedad y como ésta es una construcción en este sentido.

### **La construcción sociocultural de la enfermedad**

Tal como lo hemos afirmado,

el proceso de definir la enfermedad y de buscar ayudar en la solución a la misma, no sólo es un asunto biomédico, sino está fuertemente influido por una amplia gama de factores culturales, sociales y económicos (Fitzpatrick, 1990, p. 13).

Con ello argumentamos que *el modelo biomédico o biológico-lesional* de la enfermedad debe ser complementado totalmente con *el modelo sociocultural o humanista*, donde se visualiza al hombre en su totalidad en un proceso de enfermedad o problema de salud. En éste se incluyen dimensiones sociales, psicológicas, conductuales y culturales de la enfermedad.

Es así que autores como Katon y Kleinman (1981) hablan de una perspectiva biopsicosocial en casos prácticos clínicos, de tal forma que ante cualquier enfermedad se deben explorar los diferentes niveles de explicación de la situación, desde el punto de vista biomédico hasta lo social, incluye la terapéutica desde estas dos visiones. Asimismo, Eisenberg y Good (Kleinman, Eisenberg y Good, 1978) se inclinan por lo que denominan ciencia social clínica, y esto es que la perspectiva biopsicosocial se debe alentar por medio de acuerdos institucionales y hacer que los científicos sociales y los trabajadores de la salud compartan elementos de capacitación y trabajen conjuntamente en la atención de la salud.

La enfermedad se presenta, de necesidad, dentro de una cultura particular que conforma e influye fundamentalmente en el modo en que se experimenta ésta. Las creencias sobre la enfermedad dan forma a las respuestas de los síntomas, de quien los sufre y cómo los sufre, todo ello de

acuerdo a su contexto social y cultural. Por tanto, el modelo socio-cultural ayuda a entender que el significado cognoscitivo atribuido a estados corporales anormales es conformado social y culturalmente, y a su vez constituye la experiencia de quien sufre (Fitzpatrick, 1990, p. 22).

En este sentido, se conforma un sistema de creencias de una comunidad en relación con la salud y la enfermedad. En esencia, las creencias sobre enfermedad identificadas en una comunidad deben analizarse de acuerdo con un sistema, en el mismo sentido en que se afirma que las creencias son elementos interconectados y estructurados de un todo, en lugar de ser un conjunto de elementos sin orden ni concierto que un grupo de gente cree en común.

Así que los conceptos de enfermedad, además de nombrar otro conjunto de entidades y causas ajenas a la medicina, también operan como símbolos condensados que se relacionan con una amplia variedad de experiencias propias de una cultura. Los conceptos comunes de enfermedad no sólo nombran entidades en el cuerpo, también son imágenes poderosas asociadas con otros aspectos de la vida cotidiana. Los conceptos comunes de enfermedad suelen tener vigorosa significación simbólica, la cual no se puede expresar convenientemente en palabras ni por los pacientes ni por informantes, pese a lo cual constituye un elemento esencial del significado de la experiencia de la enfermedad (Fitzpatrick, 1990, p. 30).

La enfermedad, como ámbito de la vida, tiene una serie de variaciones culturales entre sociedades y, por tanto, de

creencias al respecto. Por consiguiente, la enfermedad son todos los aspectos *experienciales* de trastorno corporal que son "conformados por factores culturales que rigen la percepción, el nombre, y la explicación de la experiencia desagradable" (Kleinman et al., 1978, p. 252). Ello nos confirma que los conceptos comunes de enfermedad suelen tener una considerable significación simbólica, la cual no se puede expresar de manera ordinaria por las personas, por tanto, se tiene que buscar y conocer el significado de la experiencia de enfermedad que viven.

Por tal motivo, es esencial ocuparse directamente de la tesis de que las ideas de las personas pueden ser de importancia en la práctica de la atención de la salud, y analizar las evidencias de los beneficios terapéuticos del interés que se tenga en los conceptos que los mismos enfermos relacionan con sus problemas de salud.

Se deben considerar las interpretaciones que los pacientes dan a sus problemas de salud para obtener buenos resultados en la práctica clínica, específicamente en el tratamiento de la enfermedad, pero también de su padecer, aspecto que necesita explorar y analizar con mayor profundidad Trabajo Social en el ámbito de la salud. Por tal razón, se debe incorporar en la práctica de la atención a la salud. Dichas interpretaciones están gobernadas por conceptos e ideas de gran complejidad y variedad. Se necesita dar más atención al modo en que tales ideas influyen sobre la marcha de problemas específicos de salud.

Con tales precisiones, prosigamos con el tercer elemento, que concierne al padecer como una dimensión sociocultural de atención por el personal de salud, lo que incluye los modos de vivir y enfrentar la

experiencia de la enfermedad o problema de salud, es decir, la manera absolutamente personal de experimentar y sobrellevar estos procesos.

### **Padecer: dimensión sociocultural de atención por el personal de Trabajo Social**

En el entendido de que Trabajo Social debe orientar su ejercicio profesional en la construcción de conocimiento teórico y aplicativo en el área de la salud para la atención e investigación de la realidad social en su nueva situación social, que involucra una serie de demandas traducidas en problemas y necesidades sociales objetivadas y sentidas por la población, se aborda el objeto de estudio y atención del modelo de salud sociocultural o humanista, *el padecer*. Una dimensión de atención que brinda conocimiento teórico sobre las características psicológicas, sociales y culturales de la naturaleza humana, consolidando el diseño de elementos metodológicos de intervención social centrada en la persona con un problema de salud y/o enfermedad, y no en un diagnóstico clínico.

El aspecto subjetivo inherente a la enfermedad, y de mayor interés por los pacientes, el padecimiento o padecer médico personal, se denomina como "el impacto subjetivo y objetivo que produce la enfermedad al funcionar simbólicamente en la persona que sufre" (Martínez-Cortés, 2010, p. 13). Es todo aquello que la persona (paciente) simboliza o significa de su enfermedad (molestias, limitaciones) y sus consecuencias psíquicas y conductuales en él; es el resultado de lo que para el enfermo simboliza ser enfermo o estar enfermo (Martínez-Cortés, 2010).

De acuerdo con Martínez-Cortés (2010), las características del padecer médico personal dependerán de ciertos factores, entre ellos y los principales:

1. Las características del enfermo (edad, sexo, rol social, cultura, entre otras).
2. Las características de la enfermedad (aguda o pasajera, crónica o permanente, que afecta o no a sus funciones, el diagnóstico médico, el diagnóstico cultural, por ejemplo).
3. Las características de la terapéutica.

El padecer médico personal está formado por dos planos:

el subjetivo (psíquico o mental) y el objetivo, manifestado en diversos comportamientos, su principal fuente es la propiedad simbólica de la enfermedad (Martínez-Cortés, 2010, p. 46).

Asimismo, Vargas (2006) nos refiere que la antropología médica norteamericana distingue por lo menos dos dimensiones de la misma enfermedad: enfermedad (*disease*) y padecimiento (*illness*). En este sentido, el padecimiento:

Es la experiencia subjetiva de los síntomas y del sufrimiento, es decir, cómo la persona enferma los presenta, qué perciben los miembros de su familia o de la comunidad, cómo viven y reaccionan frente a los síntomas y a las incapacidades que estos generan. Los padecimientos se refieren al conjunto de conceptos, experiencias y sentimientos comunes de un determinado grupo social, constituidos de manera múltiple, y que relacionan el contexto social

e histórico con la experiencia biopsíquica (Vargas, 2006, p. 47).

Asimismo, se caracteriza como la forma absolutamente personal e individual que cada persona tiene para vivir e interpretar su problema de salud, a la cual el médico, en ocasiones, le asigna un nombre y entonces eso se convierte en enfermedad.

El padecer es:

una reacción de la persona ante la pérdida de la salud, puede considerarse como la respuesta del hombre total a algo relativo a su cuerpo y de alguna manera relacionado con la enfermedad, que ha venido a alterar su mundo personal (Martínez-Cortés, 1995, p. 60).

Aunado a ello, Vargas lo define como:

La manera en que cada individuo sufre las alteraciones de su salud, de acuerdo con su individualidad biológica, psicológica y sociocultural. Así la úlcera péptica que padece una mujer joven mexicana que vive en una comunidad aislada del estado de Chiapas, con un marido, varios hijos, que es pobre, ansiosa, habla tojolabal y que se atiende con un curandero, es muy diferente que la de un hombre de negocios inglés, anciano, viudo, y usuario de la seguridad social de su país. Dentro de la abstracción que hace la mente del médico, la enfermedad y su lesión anatómica pueden ser la misma o muy parecidas, pero el padecer es totalmente diferente (Vargas, 1991, p. 2).

Por tanto, el padecimiento es una experiencia vivida en su totalidad que se alberga fundamentalmente en su dimensión

subjetiva, es decir, explica cómo la persona vive con su problema de salud. Es la manera personal como cada persona vive, interpreta y lidia con sus problemas de salud, de acuerdo con las características de su cuerpo, ideología y capitales (social, económico, cultural y simbólico) con los que cuenta. Es importante señalar, como lo indica Vargas (1991), que el padecer es una entidad dinámica, que se modifica en el tiempo. Se enriquece con la constante interacción del hombre con el ambiente, con la respuesta de la persona al proceso de enfermedad, las opiniones de otros, los comentarios hechos por el médico, y sobre todo, por la reinterpretación que el paciente hace de su propia situación. Desde luego que el padecer tiene un núcleo relativamente estable, que es la personalidad del paciente y la naturaleza de su problema de salud.

Tomando en consideración lo antes planteado, y a modo de ejemplo, dentro del padecer de las personas con cáncer, los temas más relevantes no se limitan a si la intensidad de su dolor desaparecerá o disminuirá, si tendrán alguna repercusión física por el tratamiento, o el miedo a que la enfermedad avance y vivan con un dolor insoportable e incontrolable, así como estar largos periodos hospitalizados o medicados, sino que son temas relacionados con la esfera cotidiana de las personas, y son los siguientes: *las relaciones familiares y sociales*, y aquí hablamos del padecer médico familiar, cabe señalar que las personas con cáncer, por la enfermedad y el dolor, dejan de establecer relaciones de convivencia con sus familiares y conocidos, por lo que su preocupación radica en si van a poder establecer esos lazos de convivencia con sus familiares

y conocidos de manera habitual sin estar agotados o cansados y tener episodios de dolor que la interrumpen y debiliten, pero sobre todo, si sus familiares llegarán a fastidiarse y cansarse de ellos.

Otro tema son *las actividades de la vida cotidiana* (empleo y trabajo doméstico), la mayoría de las personas han dejado sus empleos a causa de la enfermedad y el dolor que ésta produce, lo que repercute en la economía y mantenimiento de la familia, ya que en algunos casos la persona enferma es el principal proveedor. En el caso de las mujeres amas de casa, su intranquilidad principal es la no realización habitual de las tareas domésticas por la enfermedad.

Un tercer tema es la *ingesta de alimentos e higiene personal*, donde el padecer radica en la preocupación de saber si el tratamiento les permitirá ingerir sus alimentos cotidianos sin ninguna restricción y si podrán por sí mismos realizar sus actividades de aseo personal. En ocasiones, son justamente estos problemas los que afectan la vida cotidiana de la persona con cáncer, que trastoca su esfera personal, familiar y social provocando periodos de tristeza o angustia que no ayudan en el tratamiento de su enfermedad y del dolor provocado por ella.

Este ejemplo nos ayuda a visualizar que indagar el padecer médico personal supone explorar varios planos, primero, y a veces no el más importante para la persona: el plano de las molestias físicas o sintomáticas (enfermedad); segundo, el plano de las interpretaciones o significados para la persona que lo está viviendo que por supuesto se ubica en el plano de lo subjetivo (padecimiento), además, tomando en cuenta que estas interpretaciones, percepciones, maneras de vivir y significados están

permeadas por la trama social y los arquetipos de la cultura. La importancia de recuperar el padecer médico personal y el padecer médico familiar es que nos brinda información sobre cómo estos procesos (problema de salud y enfermedad) se construyen y se reelaboran en las experiencias personales y las compartidas, ya sea con familiares, otros enfermos, profesionales de la salud o instituciones.

La aportación de esta dimensión al Trabajo Social radica, por un lado, en la necesidad de realizar procesos de investigación social de enfoque cualitativo que recuperen el conocimiento científico de las implicaciones sociales y culturales en un proceso de enfermedad, las cuales dirigen la percepción, la vivencia, la concepción, la explicación y afrontamiento de las personas en su trayectoria: salud-enfermedad-atención; y por otro, el fortalecimiento de procesos de intervención social en el área de salud, mediante el diseño de modelos y estrategias de intervención que provoquen la resignificación metodológica y/o reestructuración del método de Trabajo Social en sus niveles de caso, grupo y comunidad.

La disciplina, así como sus especialistas, deben profesionalizar su visión metódica, lo que implica la configuración de abordajes teórico-metodológicos que ahonden en la concepción y momento histórico en el que surgen nuevas dinámicas sociales, provocando una intervención focalizada y de calidad. Todo ello, desde una mirada intercultural que no sólo es necesaria, sino también obligatoria para el trabajador social que desempeña sus funciones y actividades en el sector salud, sin importar el nivel de atención institucional. Se debe construir y generar nuevo conocimiento teórico y metodológico, y diseñar nuevas estrategias de

intervención social que atiendan, o en su caso, solucionen los problemas estructurales y no coyunturales desde la propia narrativa de la persona enferma.

Ello contribuye, entre otros puntos, a:

- Considerar y recuperar las actitudes, el comportamiento y la percepción que guían la acción del paciente. Una manera de recuperar (metodológicamente) estos aspectos es a través de técnicas cualitativas de investigación, tales como: entrevista a profundidad, grupos focales, visita domiciliaria como técnica de investigación que contribuye al acercamiento cotidiano y real de los pacientes.
- Abordar a la enfermedad como evento biológico que se concibe, se percibe, se trata y se vive como artefacto cultural.
- Enriquecer la metodología de Trabajo Social, donde se ubiquen rubros que muestren el contexto social y cultural del paciente. En esos rubros se tendría que explicar el problema de salud y el padecimiento.
- Abordar el proceso de enfermedad y atención del paciente desde su propia visión y concepción social y cultural.
- Explicar los fenómenos sociales y culturales que inciden en la trayectoria del paciente cuando presenta un problema de salud y enfermedad, desde un enfoque teórico.
- Realizar investigación social enfocada a los problemas de salud y padecimientos de las personas enfermas.

Con tales explicaciones, en el siguiente apartado exploramos y analizamos la experiencia del cáncer y el dolor de causa neoplásica del paciente indígena que

es atendido en el INCan, una institución de tercer nivel, dependiente de la Secretaría de Salud, que brinda atención médica especializada a enfermos oncológicos, siendo además un centro de referencia y órgano rector del cáncer en México. Es importante aclarar que es un preámbulo, debido a que sólo se trata de ejemplificar los preceptos teóricos y metodológicos abordados.<sup>1</sup>

### **La concepción cultural del paciente indígena sobre el cáncer**

El cáncer es una enfermedad que ha inquietado a la medicina en todas las sociedades y en diferentes momentos históricos debido a que ésta es un modelo de las diversas e indescifrables enfermedades degenerativas del ser humano. Aunado a ello, el proceso de enfermedad no sólo tiene una base orgánica que lo origina, sino también una serie de implicaciones sociales y culturales que inciden en dicho proceso y que afectan todo el trayecto que el paciente transita en la vivencia del diagnóstico. Cabe señalar que esta vivencia se construye a partir de los significados culturales que cada grupo social le atribuye a dicha experiencia. Por tal razón, el cáncer y el dolor producido por dicho diagnóstico deben ser comprendidos a partir de las concepciones que la misma persona instituye en torno de ello.

Por tanto, se presentan de manera muy general las interpretaciones de las

---

<sup>1</sup> Para mayor información y consulta de la investigación efectuada, revítese Monroy López, A. (2014). "Estudio antropológico de la experiencia del cáncer y del dolor, el caso de los pacientes indígenas y no indígenas atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología". Tesis de doctorado. México: UNAM/IIA/FFyL.

concepciones que las personas con adscripción cultural indígena establecen en su vivencia con la enfermedad, donde sin duda se incluyen las formas de percibir y enfrentar dicho proceso neoplásico. Para exponer dichas concepciones, se atribuyen tres elementos, que permiten englobar la red de significados que establecen de su enfermedad, los cuales orientan el desarrollo de este apartado. Éstos son: a) la percepción del cáncer y del dolor de causa neoplásica; b) modos de vivir y enfrentar la experiencia del cáncer y del dolor de causa neoplásica; c) visión e implicación que tiene para el paciente su enfermedad y dolor de causa neoplásica. Cada uno de estos componentes o elementos incluye categorías que han sido elaboradas para apreciar de una forma más completa las distintas redes de significados que establecen las personas con cáncer respecto de su enfermedad y el dolor producido por ésta. Que incluyen lo cognitivo, es decir, la interpretación cognitiva de la enfermedad; el padecer, lo que encierra los modos de vivir y enfrentar el cáncer, y la respuesta emocional ante ellos; y el comportamiento, que abarca la visión y las actitudes en respuesta a las implicaciones que tiene para la persona su enfermedad y el dolor de causa neoplásica.

### **Lo cognitivo: la percepción del cáncer y del dolor de causa neoplásica**

#### *Explicación del problema de salud*

El principal síntoma que manifiestan las personas indígenas es el dolor causado por la progresión del cáncer. Dicho síntoma es lo que alerta a los pacientes indígenas de que algo en su organismo no se encuentra

bien, es decir, para ellos, la presencia de la enfermedad se debe a que experimentan dolor y porque éste provoca incapacidad para realizar sus actividades cotidianas. Aun cuando identifican anomalías en su cuerpo, previamente, no consideran estar enfermos debido a que no hay presencia de dolor y, por ende, no hay interrupción de las actividades cotidianas, laborales o domésticas. No así cuando empiezan a sentir dolor y buscan ayuda profesional, tanto hombres como mujeres, inicialmente desde el sistema de salud sociocultural con terapeutas tradicionales (curanderos), no obstante, debido a que los pacientes no encuentran su total alivio o cura (principalmente el dolor), acuden al sistema de salud biomédico, considerando que su problema de salud es algo "más grande" que no puede ser solucionado por especialistas tradicionales.

Asimismo, identifican su problema de salud, al inicio de éste y ya con atención médica, como una enfermedad que provoca dolor, en ocasiones como un tumor (*bola*) y aunque en el sistema biomédico les mencionan que tienen cáncer, para los pacientes indígenas la expresión es igual o similar a decir que tienen una tos o cualquier otro signo o síntoma. Es decir, no tiene un significado de gravedad o de suma importancia en lo que respecta a un proceso de salud-enfermedad. Es digno de mencionar que el dolor neoplásico que experimentan los pacientes indígenas es el motivo principal para la búsqueda de atención biomédica, desde una institución de salud, enfrentándose a una serie de estudios histopatológicos, los cuales no son explicados, para diagnosticar desde este sistema de salud su proceso oncológico.

### *Interpretación cognitiva de la enfermedad (cáncer)*

El grupo de pacientes indígenas conciben su enfermedad a partir de las sensaciones físicas que experimentan en su cuerpo, una de ellas y la más importante es el dolor como síntoma de la enfermedad, así como la presencia de tumoraciones que son aludidas por los pacientes con expresiones tales como "una bola que se mueve", "un grano grande", principalmente. De igual forma, pronuncian las palabras "cáncer o tumor" en función de lo que el médico les explica o menciona respecto de su proceso de enfermedad. Sin embargo, no existe una identificación de tales términos en su contexto social y cultural, es decir, son expresiones que no representan ningún temor, gravedad o incluso un proceso de enfermedad crónico, como lo observamos con los pacientes no indígenas.

Lo que genera en ellos angustia, tristeza e incluso desesperación y la idea de morir, es la presencia de dolor, lo que equivale a un proceso de enfermedad, de tal forma que en cuanto desaparece el dolor, desaparece la enfermedad. Siendo así que el cáncer, como enfermedad, no significa un proceso complicado y difícil de superar, puesto que dentro de su conciencia de la enfermedad, es decir, una mente dotada de subjetividad, no se identifica al cáncer primero, como una enfermedad, segundo, que ésta sea crónica y en ocasiones mortal, y tercero, no se visualiza la magnitud del problema de salud puesto que no hay experiencias y vivencias previas personales y sociales respecto de ello.

Asimismo, la experiencia subjetiva de estar enfermo está conformada por una serie de concepciones, visiones e interpretaciones que son fundadas desde su propio

contexto cultural, en el cual no se brindan las mismas explicaciones de los procesos de enfermedad y curación como se realiza en el sistema biomédico. Ello manifiesta que los pacientes caracterizan su enfermedad de acuerdo con sus códigos culturales que definen un proceso fisiológico en un proceso biocultural, confirmando, como se ha expuesto anteriormente, que la enfermedad es una construcción sociocultural.

En lo que concierne a la explicación y búsqueda de la causa o razón de la enfermedad, los pacientes indígenas reflexionan que ésta surge por razones divinas, y en algunos casos por actividades de tipo personal, principalmente laborales y domésticas, efectuadas en su pasado y presente. No obstante, la explicación que predomina es que la enfermedad y el dolor es originado por un ser supremo (Dios), razón que atribuyen, en ocasiones, por la falta de efectividad en los tratamientos tradicionales que utilizaron previamente, así como en la idea de que las enfermedades, en general, son originadas por motivos divinos. Cabe mencionar que en muy pocos casos los pacientes aluden como una razón de la enfermedad el ser víctimas de "un daño" o brujería por parte de alguien que no les aprecia o con quien han tenido alguna dificultad o altercado.

En este sentido, hacemos insinuación a lo postulado por Damasio, al mencionar que:

Los seres humanos poseemos una conciencia, es decir de una mente dotada de subjetividad, que nos permite conocer que existimos, y saber quiénes somos y qué pensamos, además de la memoria y el razonamiento que hoy ostenta el ser humano. Sin la subjetividad, no existiría el conocimiento,

ni tampoco nadie que se fijará en las cosas y dejará constancia de ellas; no habría cultura (Damasio, 2010, p. 21).

A la vez, no tener conciencia significaría que el punto de vista personal queda suspendido, privado de sus funciones, no habría conocimiento de nuestra existencia ni de la existencia de algo más, no existiría la subjetividad.

La conciencia se crea a partir de un proceso, tiene una secuencia temporal. Inicia con un proceso básico de la mente que se denomina el *proto-sí mismo*, que incluye las imágenes mentales del cuerpo que se producen en las estructuras encargadas de acotar en mapas la información sobre el cuerpo, estas estructuras cerebrales no tratan meramente del cuerpo, sino que se hallan totalmente vinculadas al cuerpo; el cuerpo y el cerebro se adhieren. Posteriormente, se añade un segundo proceso denominado el *sí mismo (yo)*, como sujeto que conoce, es el proceso que da un enfoque a las experiencias que vivimos y, con el tiempo, nos permite reflexionar acerca de esas experiencias, es decir es un proceso de identidad subjetiva, de conciencia. Dicho proceso permite al cerebro crear patrones neurales que acotan las cosas de la experiencia como imágenes a la perspectiva del organismo, así que la simple presencia de imágenes organizadas que fluyan en una corriente mental genera una mente, pero esta necesita del *sí mismo* para volverse consciente; en síntesis el cerebro para hacerse consciente necesita de la subjetividad (el *sí mismo*), subjetividad que incluye emociones y sentimientos que permean esas imágenes de las que tenemos una experiencia subjetiva. No obstante, los estados mentales no precisan de la subjetividad para

existir, sino sólo para ser conocidos por el propio sujeto (Damasio, 2010, p. 38).

Y como último proceso en la construcción del *sí mismo autobiográfico*, son los recuerdos personales que describen nuestras experiencias emocionales; la suma de vivencias y experiencias de nuestra vida hechas conscientes, son las experiencias sociales de las que formamos parte. Sin duda, todo ello se construye a partir de la cultura, la conciencia se funda con las vivencias y experiencias personales subjetivas desde el contexto social y cultural al que pertenezca la persona.

En relación con nuestro ejemplo, las personas que tienen una enfermedad oncológica siguen este proceso para generar una conciencia sobre ésta; explicamos cómo es esto posible: en un primer momento, el *proto sí mismo* procesa una imagen mental del cuerpo y, por ende, de la enfermedad, que ayuda a su identificación material y su existencia en el cuerpo de esa persona, seguido de ello, esa persona establece una percepción de su proceso de enfermedad, de tal forma que le otorga una dimensión subjetiva (*sí mismo*), llena de símbolos, significados, emociones y sentimientos, es decir, se genera la experiencia subjetiva de estar enfermo, donde surgen las concepciones, las visiones, las interpretaciones, se adquiere la conciencia de la enfermedad, que se confirma con el *sí mismo autobiográfico*, es decir, todas las experiencias y vivencias personales y sociales respecto de ello, que tendrán siempre un fundamento de origen en el contexto cultural. Es así como la conciencia de estar enfermo y de la enfermedad misma se construye con las vivencias y experiencias de la persona a partir de su

cultura. Dicha explicación nos aporta los lineamientos para asegurar que un proceso fisiológico (enfermedad-cáncer) será explicado, concebido, percibido e interpretado desde el contexto personal, social y cultural del ser humano que lo padece, mostrando así un proceso de conciencia que provoca que ese hecho fisiológico se convierta en una experiencia en la vida de la persona afectada. Por lo que consideramos que personas indígenas con una enfermedad oncológica siguen dicho proceso mental en la generación de su conciencia del proceso oncológico, al igual que los pacientes no indígenas. Sin embargo, existen diferencias en la construcción de dicha conciencia.

### **El padecer: modos de vivir y enfrentar la experiencia del cáncer y del dolor de causa neoplásica**

*Padecer médico personal de la enfermedad.*

La respuesta emocional es aquello que resulta absolutamente personal, existe una personalización de las emociones debido a la influencia del contexto social y cultural al que pertenece la persona, así como las experiencias previas, su educación, en sí su biografía o historia de vida que regulan, de alguna forma, la expresión de la emoción.

La respuesta emocional de las personas ante su proceso oncológico al inicio y en el transcurso de su diagnóstico es similar, muestran sentimientos y emociones de relación negativa, tales como tristeza, miedo, angustia, desesperación por enfrentarse a una enfermedad que les resulta desconocida de nombre y sintomatología. Dichos sentimientos y emociones surgen, principalmente, en función de la presencia del

dolor neoplásico en sus vidas, cuando éste es controlado, si bien parcialmente, suelen tener confianza en la atención recibida y las emociones de relación negativa disminuyen, y lo expresan por medio de emociones de relación positiva como fortaleza y ánimo; empero, no dejan de experimentar emociones de relación negativa, en este sentido, es ambivalente su respuesta emocional. En este proceso, el apoyo familiar es vital para reforzar una respuesta emocional positiva por medio del apoyo instrumental o moral, así como el apoyo religioso es fundamental en este sentido. Dichas emociones y sentimientos no se relacionan con el padecer médico familiar, sino que recaen totalmente en el padecer médico personal.

En el caso de las personas indígenas, observamos que existe una similitud en las emociones que experimentan y a la vez notamos las diferencias que existen en la respuesta emocional del dolor; en el caso de los hombres su respuesta es pública, no tratan de ocultar la presencia de su dolor ante los demás, lo manifiestan abiertamente; contrario a ello las mujeres, que manifiestan una respuesta más privada, no desean ser visualizadas por los demás al momento que presentan dolor, tratan de ocultarlo normalmente. Ello nos confirma que muestran de cierta manera rasgos de estoicidad al dolor, pero esto se modifica en etapas avanzadas del cáncer, donde el dolor aumenta su intensidad y su presencia en la vida del doliente, y ya no es posible demostrar dicha estoicidad. Es importante señalar que la respuesta emocional va acompañada de una serie de actitudes que las personas adoptan por su situación de salud, dentro de ellas se

destaca el intentar aislarse de sus familiares, no hablar con amigos o vecinos sobre el tema, en general, no hacer mención de la situación que viven con persona alguna, recordemos que en todo su proceso de atención se encuentran alejados de su lugar de origen o residencia, para localizarse momentáneamente en un albergue para pacientes y familiares, o bien, en la casa de algún familiar.

Algunas de las repercusiones que presentan las personas indígenas como producto de la enfermedad giran en torno de la no realización de las actividades que normalmente efectuaban, principalmente actividades de tipo laboral-doméstico. En el caso de los hombres, la repercusión de gran importancia es la dificultad para continuar con sus actividades de tipo laboral, debido al dolor provocado por la enfermedad y el tratamiento; las mujeres, por otra parte, sufren las consecuencias en la imposibilidad de realizar sus actividades de tipo doméstico. Todo ello provoca en hombres y mujeres sentimientos de tristeza y de inutilidad, asimismo, sentir "aburrimiento" por la falta de actividades a desempeñar, sin embargo, esto desaparece cuando el dolor se intensifica y no les permite concentrarse en alguna otra situación o actividad que no sea el dolor mismo.

Aunado a ello, las personas se enfrentan, como parte de su vivencia con la enfermedad, al padecer médico familiar, principalmente en el factor económico, debido a las dificultades que genera el tratamiento, los periodos de hospitalización, los traslados a la institución y la estancia fuera de su lugar de origen, lo que provoca en ellos incertidumbre y angustia por la situación económica familiar.

## **El comportamiento: visión e implicación que tiene para la persona su enfermedad y dolor de causa neoplásica**

*Estrategias de afrontamiento para sobrellevar la enfermedad y el dolor neoplásico.* Las personas hacen uso de una serie de estrategias para sobrellevar su enfermedad y poder manejar su dolor con la posibilidad de controlarlo o mitigarlo. Nos apoyamos de dos estrategias que han sido referidas por los entrevistados: religión y autocontrol mental.

### **a) Religión**

Tanto hombres como mujeres se refugian en sus creencias religiosas para encontrar el apoyo y la ayuda que les permita soportar y aguantar su proceso oncológico, así como el dolor provocado por dicho proceso. Todo ello es posible por medio de la fe en Dios, que les proporciona seguridad, confianza, fortaleza, ánimo para enfrentar la situación, además para convencerse de que serán aliviados o sanados.

### **b) Autocontrol mental**

Al respecto, las personas se concentran sólo en su dolor y en la localización de éste en su cuerpo, con la idea de mitigarlo o bien desaparecerlo, en muy pocas veces se logra el objetivo, sin embargo, es una medida que utilizan para soportar o aguantar el dolor que experimentan como parte de su proceso oncológico avanzado.

En síntesis, la concepción cultural de la persona indígena sobre su proceso de cáncer concierne lo siguiente:

1. Las personas indígenas inician su atención por el dolor que experimentan y la incapacidad que éste provoca en la

realización de las actividades cotidianas, consultando, en primera instancia, a terapeutas tradicionales desde el sistema de salud sociocultural y posteriormente acuden al sistema de salud biomédico. No identifican claramente su enfermedad, es decir, el nombre, los estudios histopatológicos y las implicaciones de ésta.

2. Durante su trayectoria, las personas indígenas hacen caso omiso a los primeros síntomas por no generar alguna incapacidad en la realización de sus actividades cotidianas, situación que se modifica cuando presentan dolor y éste les incapacita totalmente, en ese momento es cuando deciden buscar atención a su problema, inicialmente con especialistas desde el sistema de salud sociocultural-indígena (curanderos), pero ante la falta de efectividad en la solución a sus síntomas, son valorados por el sistema de salud biomédico donde inician su tratamiento en una etapa avanzada de la enfermedad.
3. Respecto de la interpretación cognitiva del cáncer, conciben su enfermedad a partir del dolor que experimentan y de las tumoraciones que presentan ("bola que se mueve", "grano grande"), y la representan igual como una experiencia, pero desagradable y desesperante por el dolor que afrontan, de tal forma que cuando no hay dolor, no hay enfermedad. No existe una identificación con los términos "cáncer o tumor", por lo que para ellos no implica una enfermedad altamente grave, crónica, o un proceso complicado y difícil de superar; por tanto, no se identifica el cáncer como enfermedad; segundo, que sea crónica y en ocasiones mortal, y tercero,

no existe una visualización total de la magnitud del problema de salud. Ya en la búsqueda de explicación o causa de la enfermedad, los pacientes lo relacionan con la voluntad divina, surge por razones divinas y sólo en algunos casos por actividades de tipo personal (laborales y domésticas). En general, se le relaciona con motivos divinos y como tal no tiene un sentido positivo en sus vidas o una lección que aprender.

4. En lo que respecta a la magnitud de la gravedad de la enfermedad, esta sólo depende de la estancia prolongada en la institución, incluida la opinión del médico y del alivio o no del dolor que viven.
5. En relación con el padecer médico personal debido a la terapéutica, una de las principales vivencias a las que se enfrentan es el desconocimiento de los procedimientos terapéuticos a realizarse debido a la falta de explicación médica. De igual forma, a la ingesta de una dieta adecuada para su problema oncológico, que normalmente es ajena a su dieta habitual y no es consumida por el paciente. También se enfrentan a las repercusiones corporales producto de las cirugías efectuadas, sólo que en este rubro las mujeres viven distinto el proceso, no hay repercusión en la imagen corporal, esto posiblemente se relacione con la edad de las pacientes, debido a que se encuentran en una etapa adulta mayor, donde no representa un impacto significativo en la imagen corporal la pérdida de ciertas zonas del cuerpo, por ejemplo, los senos, por considerar que su función biológica o de tipo sexual ya fue desempeñada en otras etapas de su vida, sino más bien de tipo social, se avergüenzan

de regresar a su lugar de origen por los comentarios que se pueden generar en su círculo social ante la condición física, principalmente la pérdida de cabello, como evento adverso del tratamiento de quimioterapia. En los hombres también existen repercusiones en la imagen corporal al considerar que pierden la masculinidad después de la orquiectomía, incluso que pueden tener cambios de preferencias sexuales.

6. En el aspecto económico, las personas indígenas al trasladarse de su lugar de origen y residencia al INCan, deben cubrir gastos propios de su estancia en la Ciudad de México, además de la atención médica. Aunado a que sus redes de apoyo no se encuentran cercanas para ofrecerles un apoyo de este tipo, generando que el paciente y familiar vivan en constante preocupación durante su estancia en el Instituto, es decir, que ambos se enfrenten al padecer médico familiar en este aspecto.

### Conclusiones

La atención de la persona con cáncer es una tarea compleja y dinámica que exige compromiso a largo plazo y el trabajo de un equipo transdisciplinario. De tal forma que el objetivo último sea en todo momento mejorar la calidad de vida de la persona y no disminuirla. En ese sentido, se debe revalorizar al enfermo como el informante más idóneo y completo en la explicación de su proceso oncológico. El personal de salud debe adquirir un enfoque holista en donde incorpore los componentes fisiológicos y los componentes socioculturales de las personas con cáncer y dolor, aunado a una práctica intercultural de salud que incluya una atención diferenciada, desde un

punto de vista positivo, de acuerdo con las características sociales y culturales de cada grupo social, es decir, aun cuando existe un tratamiento estándar para todos los pacientes, éstos no pueden ser tratados de la misma forma; se debe observar y tomar en cuenta la adscripción cultural de las personas porque existe una diferencia interpretativa en relación con el tratamiento y todo su proceso oncológico. De igual forma, en la relación Trabajo Social-persona enferma, también se deben considerar estas observaciones porque el cáncer se concibe como una experiencia y no sólo como una afección médica, lo que implica que es interpretado y constituido de significados dentro del proceso de la cultura y de la conciencia individual generando diversas explicaciones, percepciones y concepciones personales, sociales y culturales de gran complejidad y variedad. Cuando se vive la enfermedad es cuando se transforma de un simple hecho biológico a una construcción sociocultural rodeada de una significación simbólica que envuelve una serie de representaciones y conceptos asociados a todos los aspectos y factores construidos por su cultura, es decir, a su totalidad como persona enferma.

En el caso que se enunció, analizamos que el paciente tiene que vivir con las consecuencias de su enfermedad y del dolor provocado por ésta en su vida cotidiana, modificando planes, estilos y prioridades en su entorno. Se instala en una condición rutinaria en su vida. En el caso de la persona indígena supone, además, entender una conciencia de enfermedad y dolor distinta a la suya, que influye y modifica su entorno social, así como costumbres, creencias y estilos en la descripción y atención de su problema de salud, en donde esta experiencia

no supone ninguna funcionalidad. Lo que argumenta que la experiencia del cáncer se diferencia de acuerdo con el grupo social que la experimente, de acuerdo con su conciencia de la enfermedad, que está permeada por diversos factores subjetivos basados en su contexto social y cultural.

Esto nos plantea la necesidad, como trabajadores sociales y en su caso antropólogos, de incorporar el enfoque intercultural para realizar un estudio social que recupere las perspectivas de los profesionales de la salud que atienden a las personas con cáncer y dolor, con la idea de visualizar el conjunto de representaciones y concepciones que ellos establecen de las personas que atienden y de su propia intervención profesional. De esta forma, obtener un panorama completo de la atención que se les brinda de acuerdo con la visión del propio especialista. Integrar en la capacitación académica del profesional de salud, elementos del sistema de salud sociocultural que permitan en ellos desarrollar una atención intercultural con una visión integral y total en el abordaje de la persona con un proceso nosológico. Realizar estadísticas que indiquen el total de pacientes indígenas que se atienden en las instituciones de salud en que nos desempeñamos profesionalmente, de tal

forma que se tenga la información exacta de dichos casos para que sean contemplados y visualizados por todo el personal de salud en la institución. Promover una atención diferenciada de manera positiva con los pacientes indígenas atendidos en las instituciones, no sólo en un proceso oncológico, sino también en cualquier proceso de enfermedad, lo que incluye considerar y adecuar la alimentación de acuerdo con su dieta habitual, la administración de los medicamentos, la necesidad de intérpretes cuando se requieran; en el área de hospitalización, observar y atender la dificultad que puedan tener para la utilización de las camas, de los sanitarios, del uso de regaderas al momento de bañar al paciente y el manejo de agua caliente y fría. éstos son algunos de los aspectos que deben ser analizados desde la propia visión e interpretación del paciente y así generar una práctica intercultural de salud, necesaria y fundamental en las instituciones de salud. Fortalecer el equipo de trabajo (enfermera, trabajadores sociales, psicólogos, antropólogos) en las distintas unidades funcionales que examinan a la población, de tal forma que pueda implementarse una atención transdisciplinar y personalizada de acuerdo con las características sociales y culturales de cada persona.

## Bibliografía

- Alarcón, A. M., Vidal, H. A. y Neira, R. J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev. Med. Chile*, Vol. 131, Núm. 9, pp. 1061-1065.
- Campos-Navarro, R. (2004). Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En G. Fernández Juárez (Comp.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya Yala.
- Campos-Navarro, R. (2007). La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud. En Quatrocchi y Güemez-Pineda (Coords.), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*. Mérida: UADY/CEPHCIS/INDEMAYA/CDI.
- Campos-Navarro, R. y Ruiz-Llanos, A. (2004). La interculturalidad en la práctica médica del doctor Albert Schweitzer. *Gac. Med. Mex.*, Vol. 140, Núm. 6, pp. 643-652.
- Citarella, L. (Comp.). (2000). *Medicinas y cultura en la Araucanía*. Santiago de Chile: Sudamericana.
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. España: Destino.
- Fitzpatrick, R. (1990). *La enfermedad como experiencia*. México: FCE.
- Katon, W. y Kleinman, A. (1981). Doctor-Patient Negotiation and Other Social Science Strategies in Patient Care. En L. Eisenberg y A. Kleinman (Comps.), *The Relevance of Social Science For Medicine*. Dordrecht, Holanda: Reidel.
- Kleinman, M., Eisenberg, L. y Good, B. J. (1978). Culture, Illness and Care. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 88, Núm. 2, pp. 251-258.
- Martínez-Cortés, F. (1995). El hombre y su padecer, centro de una nueva medicina. *Médico moderno*, Vol. 34, Núm. 2, pp. 60-78.
- Martínez-Cortés, F. (2010). *Médico de personas. Las ciencias humanas en la práctica médica*. México: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo/Instituto de Investigaciones Históricas.
- Monroy López, A. (2014). "Estudio antropológico de la experiencia del cáncer y del dolor, el caso de los pacientes indígenas y no indígenas atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología". Tesis de doctorado. México: UNAM/IIA/FFyL.
- Oyarce, A. e Ibacache, J. (1996). "Reflexiones para una política intercultural en salud". *Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas*. Puerto Saavedra, Chile.
- Vargas, L. A. (1991). Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer. *Gaceta Médica de México*, Vol. 127, Núm.1, pp. 3-5.

Vargas L. A. (2006). Antropología y Medicina. Una contribución para conciliar un doble recorrido. *THULE. Rivista italiana di Studio americanistici*, Vol. 20/21, pp. 77-87.

Vargas, L. A., Campos-Navarro, R. y Casillas, L. (2010). La atención a los pacientes en los servicios de salud para poblaciones indígenas. *Bol Mex His Fil Med*, Vol. 13, Núm. 1, pp. 21-26.

■ **Alejandra Monroy López**

Doctora en Antropología, por la UNAM. Coordinadora de Enseñanza e Investigación del Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Cardiología. Docente en el programa de licenciatura y especializaciones en Trabajo Social en la ENTS-UNAM. Correo electrónico: ale\_monroy1@hotmail.com