

TÍTULO

LA NECESIDAD DEL DOLOR Y EL SÍNTOMA: VIVENCIAS DE SALUD Y ENFERMEDAD EN HOMBRES CHILENOS

AUTORES

Margarita Bernales Silva. PhD Candidate, School of Population Health, University of Auckland, New Zealand. Miembro Red Entrelazando, MenEngage-Chile. email: m.bernales@auckland.ac.nz

Nicola North. Associate Professor, School of Population Health, University of Auckland, New Zealand. email: n.north@auckland.ac.nz

Lilian Ferrer Lagunas. Directora de Postgrado y Asuntos Internacionales, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. email: lferrerl@uc.cl

RESUMEN

Antecedentes: El perfil epidemiológico mundial apunta hacia el aumento sostenido de las enfermedades crónicas. En Chile esta tendencia se mantiene, siendo la principal causa de muerte las patologías asociadas a problemas cardiovasculares, tales como hipertensión, obesidad, diabetes, etc. **Pregunta:** ¿Cómo entienden los hombres chilenos la enfermedad en el contexto de prevalencia de patologías crónicas? **Metodología:** Se realizó un estudio etnográfico en un área socioeconómicamente vulnerable en la zona sur poniente de Santiago de Chile. La investigadora principal se mantuvo en contacto con una comunidad de hombres pertenecientes a un club de fútbol por un periodo de 7 meses, realizando observaciones participantes, entrevistas en profundidad y un grupo focal, con el objetivo de establecer la relación que mantienen los hombres chilenos con su propia salud. **Hallazgos:** La definición de salud y enfermedad elaborada por este grupo de hombres hace referencia a la funcionalidad, entendida como la capacidad de “funcionar al 100%” en sus distintos roles: trabajador, proveedor de la familia, padre, pareja, etc. Cualquier síntoma o malestar que amenace dicha funcionalidad es significado por ellos como una enfermedad. El dolor como síntoma resulta de gran relevancia, ya que de alguna forma justifica el cese de las funciones, validando el rol masculino asociado al “aguante” del propio dolor. En este contexto las enfermedades crónicas asintomáticas no son entendidas como un problema. Algunos hombres con diabetes e hipertensión se autodefinen como saludables y no mantienen ningún cuidado de salud, ni controlan su enfermedad; algunos de ellos se han enterado de su diagnóstico debido a algún accidente cardiovascular grave o alteraciones severas producto de su diabetes; sin embargo, luego de acabado dicho

episodio, nuevamente se sienten “saludables”, sin comprender la cronicidad de las patologías. **Conclusiones e Implicancias:** La ausencia de síntomas en algunas enfermedades crónicas desafía la conceptualización de enfermedad en algunos hombres chilenos. El significarse a sí mismo como saludable, aún en presencia de patologías tales como hipertensión o diabetes, tiene consecuencias directas en las conductas de estos hombres, que no están dispuestos a cambiar su dieta ni a asistir a controles médicos debido a que no “*sienten*” malestar. Las consecuencias para la salud de estos individuos son importantes, en Chile –al igual que en muchos otros países- la esperanza de vida de los hombres es inferior a la de las mujeres en aproximadamente siete años, muchos expertos concuerdan en que esta diferencia podría estar relacionada con el hecho de que los hombres consultan tardíamente por sus problemas de salud, en condiciones en que sus patologías ya se han agravado demasiado. La re-conceptualización de la enfermedad en este grupo de hombres, sin los preceptos de dolor y síntoma, se convierte en un desafío importante para los profesionales de la salud, quienes deben sumar a sus funciones la comunicación efectiva con los usuarios y, de esta forma, prever las conductas futuras de estos últimos en relación a su concepto de enfermedad.

PALABRAS CLAVE

Salud Masculina; Enfermedades Crónicas; Vivencias de Enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de patologías crónicas es una problemática que preocupa a nivel mundial. Según los datos entregados recientemente por la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades crónicas causaron un 63% de las muertes en el mundo durante el año 2008 (World Health Organization, 2011: 1). En Chile esta tendencia se mantiene, de acuerdo con el Ministerio de Salud, durante los últimos años se ha observado un elevado nivel de mortalidad asociada a enfermedades crónicas no transmisibles y una tendencia al aumento en sus factores de riesgo en la población (Ministerio de Salud. Chile, 2010: 12), situando a las patologías crónicas como uno de los mayores desafíos para la salud pública del país.

La comunidad científica a nivel mundial se ha enfocado en el estudio de esta tendencia epidemiológica en salud. Muchos de los focos de investigación se han centrado en diseñar y probar estrategias de intervención efectivas que permitan a la población prevenir la aparición de patologías crónicas y enfrentarlas de forma adecuada una vez que éstas ya se han presentado. Hasta el momento hay acuerdo en un aspecto, no basta con enunciar un listado de conductas “saludables” (dieta saludable, incorporación de ejercicio físico, disminución en el consumo de tabaco, etc.) esperando que la población modifique sus estilos de vida, el solo conocimiento acerca de cuáles son las conductas que un individuo debiera adoptar en su vida diaria para prevenir o postergar la aparición de patologías crónicas, en muchos casos no ha resultado ser un estímulo efectivo que desemboque en el cambio conductual deseado.

La incorporación del enfoque otorgado por el estudio de los determinantes sociales en salud, ha permitido comprender que cada grupo humano es diferente en tanto

sus necesidades, motivaciones, percepciones y conductas asociadas a la salud, poniendo de manifiesto la relevancia de conocer en profundidad los distintos grupos que componen nuestra sociedad y planear estrategias de salud pública que se adapten a las particularidades de dichos grupos (World Health Organization, 2008: 1). En este contexto, el desafío para los profesionales de la salud ya no está solo en conocer las patologías y el tratamiento adecuado de las mismas, el gran desafío hoy es conocer a las comunidades y diseñar estrategias específicas, que se adapten a necesidades específicas. Los estudios acerca de género y salud se han convertido en un esfuerzo que se enmarca en este tipo de estrategias. Sin embargo, tanto en Chile como en otros países, por muchos años los estudios de género han sido homologados al estudio acerca de la salud de la mujer, postergando la comprensión acerca de la relación entre masculinidades y salud.

REVISIÓN TEÓRICA

A nivel mundial se ha observado una tendencia respecto a la diferencia entre los promedios de esperanza de vida entre hombres y mujeres. Las mujeres viven aproximadamente entre 6 a 7 años más que los hombres, situación que a nivel general se repite en Latinoamérica y en Chile (Pan American Health Organization, 2009). Algunos estudios han permitido suponer que dichas diferencias se entenderían debido a diferencias en los roles de género otorgados culturalmente, más que a diferencias biológicas o sexuales (Cameron and Bernardes, 1998, Courtenay, 2000b, Courtenay, 2003).

De acuerdo a los estudios sobre género, cada persona que forma parte de un grupo social recibe una serie de códigos respecto a su propio género (Courtenay, 2000a),

dicho código se convierte en un referente que guía las creencias de los individuos respecto de lo que es considerado femenino y masculino. En este contexto, algunos estudios han demostrado que las creencias de algunos hombres respecto a lo que es considerado masculino, estarían influenciando de manera importante sus percepciones y conductas asociadas a salud y enfermedad (Courtenay, 2000b: 7). Tradicionalmente el género masculino impone a los hombres un rol de trabajador y proveedor del hogar, un hombre debe trabajar y sostener económicamente a su familia, procurando que su mujer y sus hijos no tengan necesidades materiales (Olavarría, 2009). Es interesante observar que en algunos países de América Latina el rol de proveedor muchas veces está por sobre el rol de padre o esposo, ya que la masculinidad se asocia al aporte económico en el hogar (Montecino, 1996). En este contexto, algunos estudios han demostrado que la conceptualización de salud y enfermedad que poseen algunos hombres está relacionada con su capacidad de trabajo, un hombre se considera saludable si puede cumplir con sus responsabilidades laborales, y consecuentemente se autodefine como enfermo cuando presenta algún malestar que no le permite continuar con sus funciones (Ross, 2000, Sobralske, 2006). Adicionalmente, el código implícito acerca de lo que es ser masculino indica que el solicitar ayuda o mostrarse vulnerable en presencia de algún malestar físico o alguna enfermedad, estaría asociado a lo femenino, un hombre es capaz de *resistir/aguantar* su propio dolor postergando la consulta en salud (Courtenay, 2000b, de Keijzer, 2003). Adicionalmente, el imaginario masculino alude a que el hombre debe tomar más riesgos, situación que estaría relacionada con valores sociales asociados a la valentía y al coraje. Bajo este precepto algunos hombres mantendrían algunas conductas que pondrían en riesgo su propia salud, tales como

conducción de automóviles a gran velocidad, consumo de alcohol en grandes cantidades, consumo de droga, etc (Galdas et al., 2005).

Todas estas creencias sitúan a los hombres en una posición vulnerable respecto a su propia salud. De acuerdo con la literatura, en el contexto de las patologías crónicas de salud los desafíos estarían asociados a la mayor prevalencia de conductas de riesgo, situación que se confirma en el caso de Chile en que los hombres presentan mayor prevalencia de conductas de riesgo tales como consumo de alcohol y tabaco (Chilean Ministry of Health, 2006).

El presente estudio intenta ahondar en la comprensión acerca de relación entre las masculinidades, entendidas como roles de género asignados socialmente, y las vivencias asociadas a la presencia de patologías crónicas de salud, surgiendo así la pregunta de investigación: ¿Cómo entienden los hombres chilenos la enfermedad en el contexto de prevalencia de patologías crónicas?

METODOLOGÍA

El presente estudio se enmarca en una aproximación constructivista, paradigma que presume la coexistencia de experiencias múltiples respecto a un mismo fenómeno, validando y exaltando el relato subjetivo de los sujetos en relación a un estímulo determinado (Creswell, 2007b: 20). Se utilizó la etnografía como metodología de investigación, la cual permite centrarse en las creencias culturales que definen a un grupo social (Creswell, 2007a: 68). Se realizó un trabajo de campo de siete meses en una comunidad de recursos económicos limitados, ubicada en la zona sur poniente de Santiago de Chile.

Participantes

En estudios etnográficos los participantes no son individuos, sino grupos sociales que comparten diversas características, ya sea geográficas, educacionales, económicas, etc. (Fetterman, 1989). Este proyecto de investigación contempló el estudio de un grupo de hombres pertenecientes a un Club de Fútbol, de entre 26 y 70 años, quienes comparten características socio demográficas tales como nivel educacional básico, limitado acceso económico, y quienes además pertenecen en su totalidad al sistema de salud público en Chile. El Club de fútbol posee un número de miembros que fluctúa entre los 50 y los 70 hombres, todos ellos viviendo en el mismo barrio, quienes formalizan su pertenencia al grupo a través del pago de una membresía mensual. Todo el grupo fue parte del estudio, ya que el trabajo de campo (observaciones participantes) se realizó durante las actividades sociales del grupo. Un sub grupo de 23 hombres participó en una entrevista individual y/o grupo focal, la selección de este sub grupo se gestionó por los miembros del Club, y el único criterio de inclusión fue la voluntariedad de participar.

Métodos de Recolección de Datos

Los métodos de recolección de datos consistieron en: (a) Observaciones Participantes, se realizaron un total de 40 horas de observaciones participantes en el Club de Fútbol, las cuales fueron registradas a través de notas de campo, fotografías y un diario de campo; (b) Entrevistas Semi-Estructuradas, se realizaron un total de 20 entrevistas en profundidad con algunos hombres pertenecientes al Club de Fútbol; y un (c) Grupo Focal, que contempló la participación de 5 hombres pertenecientes al Club de Fútbol. Las guías temáticas para las entrevistas y el grupo focal se focalizaron en los siguientes fenómenos: conceptualizaciones acerca de la

salud, experiencias de enfermedad y experiencia de acceso a los servicios públicos de salud en Chile.

Estrategias de Análisis

Toda la información proveniente del trabajo de campo se convirtió material escrito. Las notas de campo fueron transcritas y ordenadas cronológicamente, las fotografías fueron acompañadas de un reporte escrito acerca de las imágenes y las entrevistas y el grupo focal fueron transcritos palabra por palabra. El material escrito fue analizado utilizando una estrategia de análisis temático, método de análisis cualitativo que permite identificar y analizar patrones temáticos a partir de los datos recolectados (Braun and Clarke, 2006: 79).

Aprobación Ética

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Auckland en Nueva Zelanda y el Comité de Ética de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

HALLAZGOS

La conceptualización que este grupo de hombres realiza acerca de su propia salud y enfermedad se relaciona estrechamente con el rol de proveedor que ellos mantienen en sus familias. De esta forma, la capacidad de trabajo pasa a ser un elemento central, los hombres del grupo definen la salud como la capacidad de un individuo de mantenerse activo, trabajando.

El estar saludable es eso, estar en un cien por ciento para poder hacer... realizar las actividades diarias... (Juan, 11 Agosto 2010)

Es estar al 100%.... saludable. El 100% vigente, vigente... es, por ejemplo, una persona que está activa, que... eh... que esté... que esté con los 5 sentidos bien puestos en la cabeza... atento a... atento a cualquier cosa que pase... en el mismo trabajo... (Carlos, 18 Agosto 2010)

La enfermedad es entendida como una amenaza a dicha funcionalidad, un obstáculo para poder seguir cumpliendo con las responsabilidades, surgiendo entonces la necesidad de aguantar/resistir la enfermedad para poder seguir cumpliendo con las funciones.

Eso es ser machista... es el concepto de que uno tiene que resistir, porque generalmente el hombre es como el sustento de la familia que se yo, entonces si uno... sobre todo cuando uno trabaja en forma independiente, si te enfermas dejas de ganar (dinero), o sea lo miro desde esa parte económica en que te afecta *al tiro* (de inmediato) el presupuesto, te afecta todo... entonces ese es el tema... (Alberto, 22 Septiembre 2010)

El hombre debe resistir el malestar y seguir trabajando, y en caso de no poder *aguantar* el propio dolor, eso se convierte en la única excusa válida para interrumpir su trabajo.

Este año yo tuve apendicitis, pero yo fui a mi trabajo igual, con el dolor y todo...hasta que un días el dolor fue insoportable y mi jefe me mando al hospital, estaba super grave cuando llegue al hospital y ahí me operaron... pero esa ha sido la única vez que yo he faltado a mi trabajo por una enfermedad... y yo no quería (Carlos, 03 Septiembre 2010)

En este contexto el síntoma cumple dos funciones importantes. En primer lugar es la presencia del síntoma la que da aviso de la presencia de una posible enfermedad y alerta acerca de la necesidad de cuidado. En Segundo lugar el síntoma permite mantener el cumplimiento del rol masculino, el que se ve siempre amenazado fuera del ámbito del trabajo, el razonamiento es: *no trabajo porque estoy lidiando con un dolor muy intenso*, y es el aguante de ese dolor el que permite seguir siendo macho, aun si no se está cumpliendo con el rol de proveedor.

Las experiencias de enfermedad relatadas por este grupo de hombres están asociadas estrechamente a la presencia y a la intensidad del síntoma, el cual por lo general está asociado a algún "accidente". Un accidente es entendido como un suceso que está afuera del curso normal de los acontecimientos, algo que no debió haber pasado. Estos accidentes pueden ser de diferentes tipos, alguna pelea en la que resultaron lesionados, alguna caída, o incluso accidentes cardiovasculares o ataques al corazón.

De los 20 hombres entrevistados individualmente, cinco de ellos han sido diagnosticados con alguna condición crónica de salud. Cuatro de ellos han sido diagnosticados con hipertensión, y uno de ellos presenta índices de colesterol elevados que le han resultados difíciles de manejar, de hecho él ya sufrió un primer infarto. Tres de los hombres diagnosticados con hipertensión ya han sufrido un accidente cardiovascular y el médico les ha indicado que es necesario modificar su dieta e incorporar mayor ejercicio físico a sus vidas. Sin embargo, solo un hombre

de este grupo mantiene controles médicos periódicos para chequear su condición de salud.

El relato que ellos hacen de su enfermedad se vincula con el “accidente” (accidente cardiovascular o infarto), la experiencia de enfermedad es significada en ese evento,

En Febrero del 2008 yo estaba en mi casa con mi familia tratando de ayudar porque era la hora de almuerzo y de repente se me nubo el mundo... mi sobrina llamo a la ambulancia y me llevaron en la ambulancia... yo creo que esa ha sido la única vez que he estado enfermo, cuando tuve el accidente cardiovascular... ahora por suerte estoy bien y puedo seguir trabajando... (Hugo, 29 Septiembre 2010)

Hace 2 años, van a ser 2 años, me dio una crisis de hipertensión un accidente cardiovascular... yo no lo sabía... pero un día amanecí mareado, con dolor de cabeza y mareado... y me mire en el espejo un día y tenia estrabismo y mi hermana también me dijo que me veía raro y yo no sabía a que atribuirlo...fui al centro de salud y les explique los síntomas y me dijeron que tenía que hacerme unos exámenes para saber si yo era hipertenso, y me lo hicieron, y ahí se dieron cuenta de que yo era hipertenso, ese era el problema que había, y empecé a tomar remedios y se me paso... ahora estoy bien, como nuevo (Jorge, 01 Octubre 2010)

La no presencia de síntomas o molestias físicas asociadas a su enfermedad crónica, les hace difícil entender su condición, por lo general ellos dicen “ahora estoy bien”, “eso ya paso y salió todo bien”. El significar estos acontecimientos como accidentes, permite entenderlos como eventos “aislados” en un periodo de tiempo, algo que ocurrió en el pasado y que no necesariamente tiene una relación con el estado de salud actual. Esta significación de la enfermedad como una condición temporal, aguda, resulta central para comprender cómo los hombres enfrentan algunas patologías de carácter crónico, o cómo enfrentan las posibles secuelas originadas a partir de alguna condición de salud.

CONCLUSIONES

Frente a la pregunta: ¿Cómo entienden los hombres chilenos la enfermedad en el contexto de prevalencia de patologías crónicas? Es posible establecer que la comprensión de las condiciones crónicas es compleja, ya que para este grupo de hombres es difícil entender que una condición de salud sea permanente y pueda estar presente sin síntomas, tal como podría ser el caso de la hipertensión o la diabetes. Por esa razón les cuesta entender la importancia de los tratamientos, gran parte de las veces no están dispuestos a modificar sus estilos de alimentación ni tampoco a asistir a chequeos médicos.

El síntoma tiene una función central en la comprensión de la propia enfermedad para este grupo de hombres, el síntoma advierte sobre la necesidad de cuidado y además permite “demostrar” que se está realmente enfermo. El síntoma entonces tiene el rol de confirmar el “estatus de enfermo” lo que desemboca en acciones específicas: “aguante”, cuidado, y eventualmente la consulta a un profesional de la salud. El cuerpo es cuidado sólo cuando impide continuar con las funciones diarias, cuando no puede seguir trabajando, tal como menciona de Keijzer (2003) se continua trabajando hasta que el cuerpo “aguante”, si el cuerpo ya no aguanta más, entonces el hombre se significa a sí mismo como enfermo.

Las creencias asociadas a la propia salud son fundamentales para entender las conductas adoptadas por los individuos (Kleinman et al., 1978). De esta forma, un sujeto que no se signifique a sí mismo como enfermo difícilmente mantendrá conductas de autocuidado en salud en relación a la condición que padece. El principal desafío para este grupo de hombres es enfrentar una condición de salud sin síntomas. Es imposible para algunos de estos hombres pensar en incorporar a

sus vidas conductas de cuidado o de monitoreo de su propia salud ante una enfermedad “invisible”.

Las implicancias directas de los hallazgos de este estudio apuntan principalmente a los trabajadores de la salud, quienes debieran sumar a sus esfuerzos la comprensión de las creencias específicas de la población respecto al proceso de salud y enfermedad, comprendiendo las necesidades de la población y adaptando sus estrategias de prevención y promoción desde el conocimiento del otro. En este contexto, es importante continuar indagando en los fenómenos asociados a la salud masculina como parte central de los estudios asociados a género y salud, visibilizando algunas de la problemáticas que afectan a los hombres en el contexto del rol de género que les ha sido asignado, y cómo este rol pudiera convertirse en un impedimento para la adopción de conductas de autocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Revista: BRAUN, V. & CLARKE, V. 2006. Using thematic analysis in psychology *Qualitative Research in Psychology* 3, 77 – 101.
- Revista: CAMERON, E. & BERNARDES, J. 1998. Gender and disadvantage in health: men's health for a change. *Sociology of Health & Illness*, 20, 673-693.
- Documento Oficial: CHILEAN MINISTRY OF HEALTH 2006. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile.
- Revista: COURTENAY, W. 2000a. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.
- Revista: COURTENAY, W. 2000b. Engendering Health: A Social Constructionist Examination of Men's Health Beliefs and Behaviors. *Psychology of Men and Masculinity*, 1, 4-15.
- Revista: COURTENAY, W. 2003. Key determinants of the health and well-being of men and boys. *International Journal of Men's Health*, 2, 1-30.
- Capítulo de un libro: CRESWELL, J. 2007a. Five Qualitative Approaches to Inquiry. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks, Sage.
- Capítulo de un libro: CRESWELL, J. 2007b. Philosophical, Paradigm, and Interpretative Frameworks. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks: Sage.
- Revista: DE KEIJZER, B. 2003. Hasta donde el cuerpo aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina. *Masculinidades y Perspectiva de Género en Salud*.
- Libro: FETTERMAN, D. 1989. *Ethnography: Step by Step*, California, SAGE Publications, Inc.
- Revista: GALDAS, P., CHEATER, F. & MARSHALL, P. 2005. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 616-623.
- Revista: KLEINMAN, A., EISENBERG, L. & GOOD, B. 1978. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Documento Oficial: MINISTERIO DE SALUD. CHILE 2010. Encuesta Nacional de Salud Chile 2009-2010.

Libro: MONTECINO, S. 1996. *Madres y Huachos. Alegorias del mestizaje Chileno*, Santiago, Editorial Sudamericana.

Libro: OLAVARRÍA, J. 2009. La investigación sobre masculinidades en America Latina. In: TORO-ALFONSO, J. (ed.) *Lo masculino en evidencia: investigaciones sobre la masculinidad*. Universidad de Puerto Rico.

Documento Oficial: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. 2009. Health situation in the Americas: Basic Indicators. Available: http://www.who.int/pmnch/topics/research_statistics/2009_pahobasicindicators/en/index.html.

Tesis: ROSS, C. 2000. *A closer walk with thee: An ethnography of rural Nicaraguan men*. Doctor of Philosophy in Nursing, Duquesne University.

Revista: SOBRALSKE, M. 2006. Health Care Seeking Among Mexican American Men *Journal of Transcultural Nursing*, 17, 129-138.

Documento Oficial: WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2008. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Available: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html.

Documento Oficial: WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2011. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Available: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf.