

INFLUENCIA DE LA CULTURA EN LA EXPERIENCIA DEL CÁNCER*María Die Trill**Unidad de Psico-Oncología
Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid***Resumen**

El cuidado óptimo del paciente con cáncer debería integrar variables culturales que influyen en el enfrentamiento a la enfermedad. Este artículo describe algunos aspectos del bagaje cultural de un individuo que afectan su respuesta al proceso oncológico: las atribuciones causales al cáncer; el rol de la familia en el cuidado del paciente; el proceso de transmisión de información médica; las actitudes ante el dolor, y las actitudes ante la muerte y los rituales de duelo. El artículo está basado en otros previamente publicados. Su objetivo principal es concienciar al personal sanitario de la necesidad de comprender al enfermo oncológico culturalmente distinto en unas sociedades en las que las crecientes tasas de emigración obligan a algunos a tratar su enfermedad en entornos culturales diferentes a aquellos de los que proceden.

Palabras clave: cultura, cáncer, información, actitudes.

Summary

Optimal cancer care should integrate cultural variables that influence psychosocial adjustment to the disease and its treatments. This article describes some of the most important cultural variables that may affect an individual's response to the disease: causal attributions to cancer; family members' role in patient care; truth-telling practices; attitudes towards pain; and attitudes towards death and dying. The article is based on others previously published. Its main purpose is to increase medical staff's awareness of the need to understand the culturally different cancer patient in societies in which increasing immigration rates oblige some individuals to treat and confront their illness in cultural environments that are unknown to them.

Key Words: culture, cancer, information, attitudes.

INTRODUCCIÓN

Se puede definir la cultura como un conjunto de patrones aprendidos de comportamientos, creencias y valores compartidos por un grupo social particular que proporcionan a los individuos una identidad y un marco de referencia para interpretar la experiencia^(1, 2). La cultura define las creencias acerca de la enfermedad y la salud; la experiencia y la respuesta al dolor; la identificación y la selección de cuidados médicos; el valor atribuido a las diferentes partes del cuerpo y a sus alteraciones; las fuentes de apoyo que recibe

una persona enferma; el significado que se atribuye a los síntomas físicos; el uso de tratamientos alternativos cuya eficacia no se ha demostrado científicamente; y la actitud que se mantiene ante el deterioro físico progresivo y la muerte, entre otros. Ingresar en un hospital, someterse a un examen médico, sufrir una enfermedad crónica o aceptar una limitación física permanente tendrá por tanto, significados diferentes para distintas personas según el entorno cultural en el que se desenvuelvan. Incluso el concepto de salud varía entre los diferentes grupos culturales, de modo que lo que se considera "natural" y "humano" puede diferir entre culturas.

Sin embargo, el cáncer es una enfermedad temida en todas las culturas. Aunque su asociación al sufrimiento, al dolor y a la muerte transgrede barreras geográficas y culturales que separan a la humanidad en

Correspondencia:

*María Die Trill.
Unidad de Psico-Oncología. Departamento de Oncología.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
C/ Maiquez, 7. 28007 Madrid.
E-mail: maria.die@madrid.org*

muchas otras cuestiones, las actitudes y comportamientos que se exhiben ante esta enfermedad varían entre individuos. Estas actitudes y comportamientos ante el cáncer dependen de factores culturales que, sumados a otras variables (sociales, de personalidad, etc.) explican la interpretación y el sentido que cada uno le asigna a la enfermedad. Así, la cultura transmitida de una generación a otra, explicará en parte, por qué algunos tibetanos emplean minerales molidos o “pastillas preciosas” para tratar el cáncer⁽³⁾ mientras que personas de otras culturas intentan ahuyentar a los malos espíritus que invaden el cuerpo del enfermo o acuden a centros oncológicos especializados para controlar su enfermedad. La cultura, unida a estas variables, ayuda a entender el significado atribuido al cáncer. De ahí que algunos individuos encuentren que el sufrimiento que produce un diagnóstico oncológico puede conducirles a algún tipo de salvación —generalmente espiritual— produciendo un cambio positivo en sus vidas. Estas personas frecuentemente describen cómo el cáncer les ha ayudado a apreciar determinados aspectos de sus vidas que tenían abandonados. Otras sin embargo, viven el cáncer como una experiencia intensamente negativa que no produce más que sufrimiento y amargura, incapacidad y deterioro. Ambas actitudes ante una misma enfermedad producirán respuestas muy diferentes que tendrán implicaciones diversas tanto para el individuo enfermo como para su entorno, y que estarán también influidas por la cultura en la que se desenvuelve.

El concepto de enfermedad por tanto ha de tener en cuenta que una persona no es solamente un organismo biológico sino que engloba el conjunto de sentimientos y actividades simbólicas del pensamiento y del lenguaje. Cómo una persona vive su enfermedad, el significado que le atribuye, y cómo dicho significado influye en su comportamiento e interacción con otros individuos serán componentes integrales de la enfermedad concebida como una respuesta humana integral⁽⁴⁾.

En este artículo, basado en publicaciones previas⁽⁵⁻¹⁰⁾, se identifican algunas variables culturales que influyen en la adaptación del paciente oncológico: la transmisión de información al paciente y su familia; el rol de la familia en el cuidado del paciente; las creencias acerca de las causas del cáncer; las actitudes ante el dolor físico y las actitudes ante la muerte y el duelo.

LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

El proceso de transmisión de información médica varía de una cultura a otra. En unos grupos culturales se considera necesario y éticamente correcto mantener al paciente informado en todo momento de su diagnóstico y de su pronóstico, incluso en el caso de que éste sea pobre. En otras sin embargo, describir la condición médica a un enfermo oncológico se considera una práctica cruel e inhumana que no hace más que acelerar su sufrimiento y favorecer el desarrollo de sentimientos depresivos que pueden llevarle incluso al suicidio, agravar su enfermedad, o impedirle luchar contra ella.

La cultura influye significativamente en el proceso de transmisión de información médica tanto al paciente oncológico adulto como al infantil. A pesar de que muchos aspectos del desarrollo intelectual son universales, existen todavía muchas culturas en las que a un niño enfermo no se le considera lo suficientemente capaz de tolerar ni entender información acerca de su condición médica. En otros grupos culturales, sin embargo, la práctica más frecuente consiste en proporcionar al pequeño paciente una explicación de la enfermedad que padece, de por qué necesita ser hospitalizado y recibir tratamientos altamente agresivos y hacerle partícipe activo en el proceso terapéutico⁽¹⁰⁾.

En un intento por identificar diferencias culturales en la transmisión de información médica en oncología, Holland et al.⁽¹¹⁾ obtuvieron datos de 90 médicos trabajando en

20 países. La palabra “cáncer” era frecuentemente evitada en las discusiones con los pacientes y sustituida por otras que implicaban “crecimiento” (p. e., tumor, bulto), inflamación, o cambio patofisiológico (p. e., enfermedad de la sangre, tejido precanceroso). La mayor parte de los entrevistados (90%) indicaron que existía una tendencia global a transmitir información médica más detallada al enfermo oncológico. Sin embargo, profesionales procedentes de África, Francia, Hungría, Italia, Japón, Panamá, Portugal y España estimaron que la palabra “cáncer” la empleaban sólo un 40% de sus colegas en sus respectivos países. Con el fin de comparar estos resultados con la transmisión de información médica diez años después, a través de la Sociedad Internacional de Psico-Oncología (International Psycho-Oncology Society – IPOS) entrevistamos a 580 médicos cuya actividad principal era la oncología, procedentes de 28 países. A nivel mundial, aún se identificaron países en los que el diagnóstico de un cáncer se revelaba a menos del 50% de los pacientes. A excepción de Siria, la mayoría de los especialistas informaban a sus pacientes de un buen pronóstico. Raras veces parece transmitirse información acerca de un mal pronóstico, a excepción de países en los que históricamente se ha hecho énfasis en una comunicación total y honesta con el enfermo: Estados Unidos, Australia y Holanda. Solamente en ocho de los países participantes, los profesionales indicaron que se transmitía la misma información médica al paciente que a su familia. En general, se proporciona información médica más exacta a los familiares de los enfermos en más del 50% de los casos. Según los encuestados, en Siria e India se transmite información médica más exacta a los familiares que a los pacientes en más del 80% de los casos. Se observaron además, diferencias culturales en el momento en el que se transmite la información médica, de manera que los especialistas estadounidenses fueron quienes estimaron el porcentaje más elevado de casos en los que se menciona un posible diagnóstico de cáncer pre-

viamente a la confirmación del diagnóstico. En comparación con los resultados obtenidos por Holland et al.⁽¹¹⁾, aquellos países en los que se estimaron porcentajes más elevados de transmisión de información diagnóstica en 1987 se mantuvieron elevados en nuestro estudio diez años después e incluían principalmente países del norte de Europa, Suiza y Norte América. Participantes de Francia y Portugal reportaron índices bajos (<40%) de transmisión de información diagnóstica en 1987 pero no en 1996, y aquellos de España reportaron índices bajos (<40%) de transmisión de información diagnóstica en 1987 y en 1996. En general, los encuestados estimaron que los mayores índices de transmisión de información diagnóstica tienen lugar en los centros e instituciones académicas y en aquellas ubicadas en zonas urbanas más que rurales, como era de esperar. El 70% de los entrevistados en 1996 indicaron que había una tendencia generalizada a informar con mayor detalle al paciente oncológico acerca de su enfermedad.

Se han descrito diferencias culturales en el grado de detalle de la información médica transmitida, en la persona –dentro de la constelación familiar– a la que se transmite la información, y en aquellos con quienes el paciente comparte la información sobre la enfermedad⁽¹²⁾.

Aunque parece que la tendencia hacia una mayor honestidad en la comunicación médico-paciente es real y universal, sin embargo, aún se detectan factores culturales que influyen y determinan todas las fases del proceso de transmisión de información médica al paciente con cáncer y a su familia. La identificación de estos factores puede facilitar tanto la fluidez en la comunicación con el paciente como el conocimiento más profundo de su comportamiento y actitud ante el cáncer.

Si la transmisión de información diagnóstica y pronóstica refleja diferencias culturales palpables, la comunicación con el enfermo terminal acerca de su propia muerte se encuentra con numerosas barreras en muchas culturas. Aquellas en las que la

muerte suele estar más integrada en la vida diaria tenderán a facilitar este tipo de diálogo con el paciente moribundo, dado que el morir será una parte aceptada de la vida. En culturas en las que el temor a la muerte esté más arraigado, se tenderá a evitar discusiones acerca de ella. Manifestaciones de ello son la evitación de conversaciones acerca de la muerte y el uso de eufemismos o de un lenguaje que evita alusiones directas a la muerte. La transmisión de información médica no se limita por tanto, a información acerca del diagnóstico y pronóstico sino que constituye un proceso cuyas fases, todas ellas, estarán influidas de una manera u otra por la cultura en la que está sumergido el enfermo.

EL ROL DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Las culturas definen de modo diferente el concepto de familia. Mientras que en algunas culturas se considera familia al núcleo formado por padres e hijos, en otras culturas la familia se refiere a todos aquellos miembros unidos por lazos de sangre (tíos, abuelos, primos) con los que se mantiene una estrecha relación.

El grupo cultural al que pertenece un paciente oncológico determinará en parte, quién será su cuidador principal; quién es el miembro de la familia que tomará decisiones médicas; qué rol va a adoptar cada uno de los miembros familiares ante la enfermedad y cómo se va a implicar cada uno de ellos; cómo se va a transmitir la información médica; el grado de cohesión entre sus miembros, y cómo va a reaccionar la familia como grupo, a la nueva condición médica. En general, culturas en las que se valoran la autonomía y la independencia individual estarán compuestas por familias en las que existen límites bien diferenciados entre sus miembros. En estas familias el paciente oncológico asumirá la responsabilidad de su cuidado médico por sí mismo, esto es, adoptará un papel activo

en su lucha contra el cáncer, tomará decisiones médicas con mayor autonomía respecto a la familia, y tendrá una mayor percepción de control sobre la enfermedad y los tratamientos que recibe. En otras culturas por el contrario, se valoran la dependencia en los lazos familiares, la comunicación estrecha entre sus miembros y la lealtad familiar por encima de las necesidades individuales y personales de cada miembro. En ellas la familia se convierte en la unidad de tratamiento. El enfermo con cáncer encontrará apoyo familiar para afrontar la enfermedad, y la carga de la responsabilidad que genera la enfermedad será compartida, pero su percepción de control sobre ella puede verse reducida⁽⁵⁾.

Las creencias que la familia tenga acerca de la salud y de la enfermedad se transmitirán de una generación a otra a través de patrones inconscientes de comportamiento y de actitud, y estarán influidas no solo por el grupo cultural al que pertenece la familia, sino también por la misma cultura familiar. TR era una mujer de 69 años con un cáncer de mama en fase terminal. Sus hijas se referían a la enfermedad de TR como una "gripe" cuando estaban en su presencia. Al preguntarles por la información médica que se les había proporcionado, las hijas de la paciente explicaron que sus abuelos y varios tíos habían fallecido de cáncer, y que dada la elevada angustia que generaba el sonido de la palabra "cáncer" en la familia, habían decidido hacía muchos años, referirse a esta enfermedad como "gripe". Esto, según indicaban, parecía reducir la carga afectiva tan grande y el significado asociado a pérdida y muerte que conllevaba para ellos el uso de la palabra "cáncer"⁽⁷⁾.

CREENCIAS ACERCA DE LAS CAUSAS DEL CÁNCER

La medicina proporciona modelos teóricos que explican, entre otras cosas, cómo se producen las enfermedades, cuál es su curso natural, cuáles son sus formas de tratamiento; por qué afectan a unos y no a

otros; y cómo se pueden controlar y prevenir. Aunque los avances en el conocimiento médico han sido significativos en las últimas décadas, la medicina actual aún carece de los medios suficientes para definir todos los aspectos de enfermedades concretas como el cáncer. Aquellas personas que las padecen tienden a plantearse preguntas para las cuales no existe una respuesta científica. Es reacción natural del ser humano intentar entender aquellas cosas que le suceden con el fin de reducir los niveles de ansiedad que genera la incertidumbre. Por ello los individuos con cáncer con frecuencia definen sus propias respuestas personales a las lagunas que deja la ciencia, por ejemplo, se responden a la pregunta de qué es lo que ha causado su enfermedad. Tales atribuciones causales están influidas por factores culturales, son resistentes al razonamiento médico, y el paciente tiende a no compartirlas, generalmente por vergüenza. Pueden incluir creencias tanto científicamente válidas como creencias irracionales, ilógicas e incluso delirantes acerca de las causas del cáncer. Así, en algunas culturas se dan explicaciones sobrenaturales o "mágicas" a las enfermedades (p. e., un humor determinado, una personalidad "mala"; o un mal espíritu pueden causarlas) a las que se da mayor importancia que a las explicaciones naturales (p. e., agentes patógenos)⁽¹³⁻¹⁵⁾. En otros grupos culturales se categorizan las causas de la enfermedad en internas o externas. Así, se ha descrito una tendencia a describir causas internas de la enfermedad en culturas anglosajonas, mientras que se ha considerado que tienden a concebir la enfermedad más frecuentemente como consecuencia de un fracaso de las defensas internas en países como Alemania y Francia⁽¹⁶⁾.

La asignación de culpabilidad o responsabilidad es también el resultado en parte, del desconocimiento acerca de la etiología del cáncer. Con frecuencia el paciente con cáncer tiende a culparse a sí mismo o a otros de su entorno por la enfermedad que padece. Tal era el caso de una mujer de 32 años con un linfoma de Hodg-

kin que acudía a nuestra Unidad de Psico-oncología por padecer síntomas depresivos leves secundarios a su diagnóstico. La paciente consideraba que su enfermedad era consecuencia de una maldición de su cuñado por no haberse casado con él sino con su hermano. O el de RP, la mujer de un paciente que se encontraba recibiendo quimioterapia paliativa por un cáncer en fase terminal en el momento de su evaluación psico-oncológica. RP describió una relación muy conflictiva con su marido ahora gravemente enfermo. Expresó durante la entrevista una gran hostilidad hacia su marido por la larga historia de enfermedades venéreas de las que éste se había tenido que tratar durante su larga vida conyugal, secundarias a relaciones extramaritales. Para RP, la enfermedad de su esposo constituía un castigo divino por su "mal comportamiento" durante su vida en común.

Mientras que algunos enfermos con cáncer se culpabilizan o interpretan el cáncer como una forma de castigo^(17, 18), otros describen el azar^(19, 20); el estrés^(21, 22); factores físicos⁽²³⁾; problemas psíquicos⁽²⁴⁾ o incluso la homosexualidad⁽²⁵⁾ como causas de su mal.

En un intento por identificar la frecuencia y el contenido de las atribuciones causales en oncología, llevamos a cabo un estudio descriptivo en el que preguntamos a 60 pacientes oncológicos ambulatorios cuáles pensaban que eran las causas de su enfermedad^(5, 6). Solamente el 10% de los entrevistados indicaron no poseer explicación alguna. Más del 18% de los enfermos reportaron barajar más de una atribución causal. Tales atribuciones se categorizaron en dos grupos: atribuciones causales internas o externas, según el grado de control que se consideraba que el paciente ejercía sobre la causa identificada. Entre las atribuciones causales internas se encontraban comportamientos (por ejemplo, beber, fumar, trabajar en exceso, rascarse); atribuciones afectivas (por ejemplo, estrés, sufrimiento, depresión, mal humor, decepciones); castigo y culpabilización (por ejem-

plo, venganza, maldición); y atribuciones cognitivas (por ejemplo, obsesiones y pensamientos de padecer un cáncer en el futuro). Entre las atribuciones causales externas se incluyeron: susceptibilidad constitucional (por ejemplo, factores genéticos, envejecimiento); factores ambientales (por ejemplo, nutrición, exposición a ciertos materiales); trauma o daño físico (por ejemplo, golpes, accidentes); el destino, y factores físicos (por ejemplo, una inflamación). La Tabla 1 describe la frecuencia con que se identificó cada atribución.

Mayor número de pacientes identificaron causas internas (64%) que externas, independientemente de su edad y de su nivel socio-cultural. La mayoría de las atribuciones (83,5%) se identificaban durante los dos primeros años después de confirmarse el diagnóstico oncológico. Esto es, a mayor distancia en el tiempo del diagnóstico, menor tendencia a tener una atribución causal. Por otra parte, aquellos pacientes que no tenían ninguna atribución causal también habían sido diagnosticados durante los dos años anteriores. Estos resultados sugieren que aquellos pacientes que identificaron atribuciones causales para

explicar su enfermedad lo hicieron durante los dos primeros años de ésta, mientras que aquellos que no identificaron atribución causal alguna en el periodo inicial tras el diagnóstico, tendían a no hacerlo durante el curso posterior de la enfermedad. Se puede hipotetizar que existen en este sentido dos grupos de pacientes. Uno que necesita implicarse en una búsqueda de explicaciones que justifiquen su cáncer con el fin de afrontarlo y darle sentido al caos originado por el diagnóstico. Otro grupo emplea probablemente otro tipo de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad.

Las atribuciones causales que se hagan del cáncer definirán en parte, el tratamiento que se busque para la enfermedad. Por ejemplo, en culturas que favorecen las explicaciones sobrenaturales o mágicas de la enfermedad, los pacientes que las padezcan buscarán a magos, hechiceros o curanderos para tratarla, o combinarán el tratamiento médico convencional con el uso de terapias complementarias cuya eficacia contra la enfermedad en cuestión no se ha demostrado empíricamente.

Son igualmente importantes las causas atribuidas a los diferentes síntomas físicos

Tabla 1. **Clasificación de atribuciones causales y sus frecuencias**

Tipo de frecuencia causal	Frecuencia (%)
Atribuciones causales externas	
Susceptibilidad constitucional (factores genéticos, envejecimiento)	33,3
Ambiental (nutrición, exposición a ciertos materiales)	25,0
Trauma (Daño físico, Injury)	25,0
Destino	12,5
Factores físicos (inflamación)	4,2
Atribuciones causales internas	
Comportamentales (beber, fumar, trabajar en exceso, rascarse)	37,21
Afectivas (estrés, sufrimiento, depresión, mal humor, decepciones)	37,21
Castigo/culpabilización (venganza, maldición)	20,9
Cognitivas (obsesiones y pensamientos acerca de desarrollar un cáncer en el futuro)	4,65

que se experimentan con el cáncer y sus tratamientos. En muchos casos los pacientes consideran que la causa por la que la quimioterapia antineoplásica es eficaz es porque produce efectos secundarios y experimentan elevados niveles de angustia cuando no los desarrollan. Tal era el caso de una paciente de 48 años con un tumor cerebral que se negaba a recibir tratamiento antiemético durante la administración de quimioterapia porque creía que cada vez que vomitaba eliminaba pequeñas partes del tumor, acelerándose así su curación⁽⁵⁾.

LAS ACTITUDES ANTE EL DOLOR

Frecuentemente llaman la atención las diferencias en el comportamiento asociado al dolor. A lo largo de los siglos, varios autores han descrito factores culturales que parecen conducir a un individuo a expresar una reacción patológica al dolor o a producir una respuesta estoica. Algunas de estas observaciones no han sido más que producto de los estereotipos en los que fácilmente tendemos a caer. Sin embargo, en las últimas décadas se han comenzado a estudiar los factores culturales y su influencia en la vivencia y expresión del dolor⁽²⁶⁻³⁰⁾. Existen diferencias lingüísticas y semánticas entre los diversos grupos culturales que interfieren en la medición del dolor y que limitan el desarrollo de estudios multiculturales en los que se podrían comparar varios parámetros asociados al dolor en las diversas culturas. Más allá de estas diferencias en el lenguaje, el comportamiento asociado al dolor puede significar cosas dispares en diferentes culturas, dependiendo de las creencias específicas de cada grupo. Por ejemplo, se ha descrito a los Bariba del oeste de África como un grupo que posee un escaso vocabulario para expresar dolor verbalmente. La actitud estoica y de tolerancia al dolor son determinantes importantes de honor y vergüenza en la cultura Bariba. Independientemente de que experimenten dolor por heridas sufridas durante una batalla o por una cir-

cuncisión, los varones Bariba aprenden a demostrar un estoicismo extremo antes que sufrir una deshonra pública. De igual forma, la mujer Bariba tampoco expresa dolor durante el parto, solicitando asistencia únicamente cuando se ha de cortar el cordón umbilical⁽³¹⁾.

Se han observado diferencias en la expresión del dolor físico según el entorno de vida y las condiciones laborales. Así, se ha descrito un mayor estoicismo en situaciones de condiciones desfavorables (por ejemplo, entre los sherpas de Nepal y los mineros canadienses)^(32, 33). Gran parte de la diversidad cultural en la expresión observada de dolor puede explicarse en función de los efectos de un moldeamiento temprano durante las experiencias tempranas con el dolor que condiciona y moldea las respuestas posteriores a él.

La importancia de que el personal sanitario en oncología entienda estas diferencias culturales que influyen y determinan las respuestas al dolor físico estriba en que tendemos a considerar anormales o patológicas aquellas respuestas que difieren de las nuestras propias. Tales diferencias pueden inhibir o interferir con una atención sanitaria adecuada al paciente y perpetuar un síndrome doloroso al considerar que el paciente "está exagerando" su dolor o por el contrario, cuando no se queja de él.

El tratamiento del dolor también varía significativamente de una cultura a otra⁽⁹⁾. Según Payer⁽¹⁶⁾ mientras que en algunas culturas se tiende a hacer mayor uso de agentes externos que lo controlen (por ejemplo, masajes, ungüentos, etc.), en otras, se hace mayor uso de agentes internos tales como la medicación oral y la acupuntura. Es imperativo que junto con las recomendaciones médicas para controlar el dolor, el especialista sea consciente de factores culturales que pueden estar influyendo en su vivencia, en su expresión y en su control. Asimismo, la combinación de prescripciones médicas científicamente válidas con otros métodos tradicionales de control del dolor que faciliten el tratamiento adecuado, siempre y cuando estas terapias formen

parte del repertorio de conductas apropiadas del paciente, será deseable con el fin de optimizar los resultados terapéuticos.

LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE Y EL DUELO

El acercamiento a la muerte ha variado a lo largo de la historia de la humanidad. Así, durante la Edad Media se solía afrontar la muerte atribuyéndole un sentido personal y particular y realizando pocos esfuerzos por modificar su curso. Con el desarrollo de las tecnologías médicas, el objetivo del tratamiento médico es, en muchos casos, prolongar la vida y facilitar el “bien morir”. A pesar de que la muerte es un hecho universal, no todos nos enfrentamos a ella del mismo modo. No sólo el enfrentamiento a ella ha variado históricamente, sino también de una cultura a otra. Unos grupos culturales, influidos por la creencia de que la muerte es parte integral de la vida, se acercan a la muerte desde una perspectiva opuesta a la de aquellos grupos culturales en los que se mantiene una actitud enormemente negadora. Expresiones verbales en las que se evita el uso de las palabras “muerte” o “morir” como por ejemplo “He passed away” (Ha pasado de largo) o “He went to meet his Maker” (Ha ido a encontrarse con su creador) reflejan tal actitud. La existencia de casas funerarias en algunas culturas en las que se engalana al fallecido y se le maquilla de manera que frecuentemente tiene un aspecto más saludable que los vivos, y el alejamiento en algunos hospitales de las morgues y velatorios son otro reflejo de estos intentos por evitar el contacto con la muerte. Mientras que en unas culturas se prioriza la muerte “controlada” en los hospitales o instituciones de manera que el fallecimiento suponga una incomodidad mínima para los familiares, en otras, es impensable morir alejado del propio hogar sin estar rodeado de los seres más queridos. Hay culturas que se mueven hacia la minimización de todos los rituales ante la muerte, con el fin exclusivo

de intentar evitar el sufrimiento que produce la pérdida. Las creencias en una vida después de la muerte reflejan también una actitud negadora de la vida, ya que suponen una continuidad de ésta⁽⁷⁾.

Existen, además, diferencias culturales significativas en los rituales post-mortem. Unas culturas favorecen la expresión afectiva mientras que otras abogan por una actitud estoica y controlada de los sentimientos que ha podido producir la pérdida. Se han descrito familias –por ejemplo las irlandesas o algunas familias de color del sur de los Estados Unidos– en las que generalmente se considera la muerte como la transición más significativa del ciclo vital, de manera que todos los miembros de una familia y los amigos se esfuerzan por acudir al velatorio y a los funerales del fallecido. En el caso de los grupos de color del sur de Estados Unidos, las familias incurren en enormes gastos para comprar flores, contratar bandas musicales, etc. con el fin de celebrar los ritos funerarios. Tales costumbres se relacionan con la creencia de que la vida en este mundo está llena de sufrimiento y de que la muerte implica una apertura a una vida mejor^(3,4).

CONCLUSIONES

Son numerosas las variables que determinan cómo reacciona un individuo al diagnóstico de un cáncer y a su tratamiento. Entre ellas, la cultura juega un papel de peso generalmente olvidado, a pesar de su influencia sobre la experiencia de la enfermedad. El conocimiento básico de los aspectos culturales que influyen en la adaptación psicosocial al cáncer facilita las interacciones entre los miembros del personal sanitario, el paciente y su familia, y permite adoptar una actitud integradora en el cuidado del enfermo oncológico que tenga en cuenta sus sistemas de creencias y los conceptos de enfermedad que son culturalmente apropiados para él. Este artículo no pretende más que plantear la probabilidad de que una posible fuente de conflicto con un enfermo culturalmente diferente es el

desconocimiento por parte del personal sanitario, de cómo la cultura influye en el comportamiento y en las actitudes del paciente y de su familia ante la enfermedad. Aunque solamente se han tratado algunos de los aspectos de la cultura, el conocimiento cultural no se debe limitar a ellos sino por el contrario, abrirse a otros aspectos como el lenguaje y el pensamiento, los comportamientos de prevención y los conceptos de autonomía y dependencia, que son igualmente importantes. En una sociedad como la actual, cada vez más multicultural y en la que se camina con pasos agigantados hacia la globalización, la profundización en estos conceptos adquirirá una importancia creciente y optimizará el cuidado integral del paciente con cáncer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marshall P. Cultural influences on perceived quality of life. *Semin Oncol Nurs* 1990; 6 (4): 278-84.
2. Olweny C. The ethics and conduct of cross-cultural research in developing countries. *Psychooncology* 1994; 3: 11-20.
3. Davis W. The many paths of a healer. En R Smolan, P Moffitt y M Naythons, editores. *The power to heal*. New York, Prentice Hall Press, 1990; p. 11-25.
4. Lipowski ZJ. Psychosocial aspects of disease. *Ann Intern Med* 1969; 71: 1197-206.
5. Die Trill M. The patient from a different culture. En J Holland, editor. *Psycho-Oncology*, New York, Oxford University Press, 1998; p. 857-66
6. Die Trill M. Beliefs about cancer causation and their influence on family function. En L Baider, CL Cooper y A Kaplan De-Nour, editores. *Cancer and the Family*. Londres, John Wiley and Sons, Ltd., 2000; p.119-33.
7. Die Trill M. Cultura y cáncer. En MR Dias y E Dura, editores. *Territorios da Psico-Oncologia*. Manuais Universitarios, Lisboa, 2000; p. 639-51.
8. Die Trill M, Gomez Lazareno JA, Amodeo S, Calvo F. Beliefs about cancer causation in oncology patients. Conferencia presentada en el IV Congreso Internacional de Psico-Oncología. Hamburgo, Alemania, 3-6 Septiembre, 1998.
9. Die Trill M, Holland J. Cross-cultural differences in the care of patients with cancer. A review. *Gen Hosp Psychiat* 1993; 15, 21-30.
10. Die Trill M, Kovalcik R. The child with cancer: Influence of culture on truth telling and patient care. En A Surbone y M Zwitter, editores. *Communication with the cancer Patient: Information and Truth*. New York. Academy of Sciences, New York, 1997, p. 197-210.
11. Holland JC, Geary N, Marchini T, Tross S. An international survey of physician's attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer Invest* 1987; 5 (2): 151-54.
12. Mitchell JL Cross-cultural issues in the disclosure of cancer. *Cancer Practice*, 1998, 6: 153-60.
13. Namboze JM. Health and Culture in an African Society. *Soc Sci Med* 1983; 17 (24): 2041-43.
14. Bailey E, Urban S. African American health care. Lanham MD: University Press, 1991.
15. Klonoff EA y Landrine H. Culture and gender diversity in commonsense beliefs about the causes of six illnesses. *J Behav Med* 1994; 17 (4): 407-18.
16. Payer L. How medical practice reflects national culture. *The Sciences* 1990, 30 (4): 38-42.
17. van der Borne HW, Pruyn JFA, de Meij K. Help given by fellow patients. En BA Stoll y A Weisman, editores. *Coping with cancer stress*. Boston: Martinus Nijhoff., 1986; p.103-111.
18. Houldin AD, Jacobsen B, Lowery BJ. Self-blame and adjustment to breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 1996; 23 (1): 75-79.
19. Gotay CC. Why me? Attributions and adjustment by cancer patients and their mates at two stages in the disease process. *Soc Sci Med* 1985; 20 (8): 825-31.
20. Lowery BJ, Jacobsen BS, DuCette J. Causal attribution, control and adjustment to breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 1993; 10 (4): 37-53.
21. Taylor SE, Lichtman RR, Wood JV. Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *J Pers Soc Psychol* 1984; 46 (3): 489-502.
22. Timko C y Janoff-Bulman R. Attributions, vulnerability and psychological adjustment: The case of breast cancer. *Health Psychol* 1985; 4 (6): 521-44.

23. Dodd MJ, Ahmed NT, Lindsey AM y Piper BF. Attitudes of patients living in Egypt about cancer and its treatment. *Cancer Nurs* 1985; 8 (5): 278-84.
24. Riehl-Emde A, Buddeberg C, Muthny FA, Landolt-Ritter C, Steiner R, Richter D. Causal attributions and coping with illness in patients with breast cancer. *Psychother Psych Med* 1989; 39 (7): 232-38.
25. Price JH. Perceptions of colorectal cancer in a socioeconomically disadvantaged population. *J Commun Health* 1993; 18 (6): 347-62.
26. Kern E. Cultural-historical aspects of pain. *Acta Neurochir (supl)* 1987; 38: 165-81.
27. Martinelli A. Pain and ethnicity: How people of different cultures experience pain. *AORN J* 1987; 46: 273-81.
28. Bates M. Ethnicity and pain: A biocultural model. *Soc Sci Med* 1987; 24:47-50.
29. Johnson TM. Contradictions in the cultural construction of pain in America. *Adv Pain Res Ther* 1989; 11: 27-37.
30. Zatzick DF, Dimsdale JE. Cultural variations in response to painful stimuli. *Psychosom Med* 1990; 52: 544-57.
31. Sargent C. Between death and shame: Dimensions in pain in Bariba culture. *Soc Sci Med* 1984; 19: 1299-304.
32. Sherman D. Sensitivity to pain. *Can Med Assoc J* 1943; 48: 437-41
33. Clark W, Clark S. Pain responses in Nepalese porters. *Science* 1980; 209: 410-12.
34. McGoldrick M. Ethnicity and the Family Life Cycle. En M McGoldrick, JK Pierce y J Giordano, editores. *Ethnicity and Family Therapy*. New York, Guilford Press, 1982; p 69-90.