

Mujeres indígenas y antropología médica

El caso del cáncer en Boruca (Costa Rica)

*Norma Natalia Carrillo**

En este reporte etnográfico, se estudian las acciones de las mujeres indígenas de Boruca, Costa Rica, quienes han planteado asuntos de importancia al notar una alta incidencia de cáncer en su comunidad. La estrategia utilizada por las mujeres boruqueñas para explicar el problema fue organizada pero indirecta en sus planteamientos. Las razones de esta forma de proceder se comprenden si tomamos en cuenta las variables étnicas y de género. El entendimiento del rol que juegan dichas variables en la cotidianidad de algunos grupos atendidos por las instituciones de salud es de gran utilidad para implementar cualquier tipo de acción dirigida a la salud comunitaria.

Realizar esta investigación, desde una perspectiva antropológica, supuso una serie de obstáculos previos que debían ser superados. El interés por la investigación se inició con la premisa de que, efectivamente, había una incidencia significativa de cáncer en Boruca en comparación con otras comunidades del resto del país. Seguidamente, se debía realizar una investigación cuya metodología de trabajo permitiera el entrenamiento eficaz de un equipo de estudiantes para realizar el trabajo etnográfico en un período de dos semestres.

El trabajo se inició con la realización de un vídeo exploratorio que documenta la preocupación de las mujeres boruqueñas sobre la incidencia de cáncer que ellas notaban en su comunidad. Después de este primer acercamiento, se organizó y planificó el trabajo etnográfico para el semestre de enero-junio de 2001. Este estuvo orientado a responder dos preguntas fundamentales:

* Estudios Tropicales. Universidad de Kansas. Costa Rica (Carrillo@golfito.ucr.ac.cr)

- a) ¿Hay una incidencia notable de cáncer en Boruca?
- b) ¿Qué factores inciden en crear en estas mujeres boruqueñas la percepción de que existe una incidencia alta de cáncer?

1. BREVE UBICACIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO

La comunidad de Boruca pertenece a la Reserva Indígena de Boruca-Térraba y está localizada en el cantón de Buenos Aires, en la provincia de Puntarenas, en la costa pacífica central de Costa Rica. La reserva tiene 14 000 hectáreas y fue establecida en 1956 (Quesada 1996: 17). Sin embargo, el pueblo de Boruca data del periodo colonial español. Este fue fundado en 1601 y, en ese entonces, era una parada importante hacia el sur en el camino que comunicaba Costa Rica con Panamá. Además, hacia el norte, era el camino que conectaba esa zona con Guatemala. Con la construcción de la Carretera Interamericana en 1950, el pueblo perdió su rol económico y social mantenido durante varios siglos y quedó aislado de la ruta de tránsito. Actualmente, el camino que lleva a Boruca desde la carretera es de solo 32 kilómetros, pero es un camino de tierra que, durante el invierno, es difícil de transitar.

La apertura de la Carretera Interamericana provocó un movimiento migratorio de campesinos no indígenas hacia el área (Crespo *et al.* 1994: 166). Los boruqueños son extrovertidos; están siempre al día en los acontecimientos nacionales; y muy seguros y orgullosos de su identidad nativa. Su idioma, el *brunca*, está prácticamente extinto y, aunque existen esfuerzos por impartir una educación bilingüe en las escuelas, entre la población adulta, es difícil encontrar pobladores que hablen dicha lengua. La pérdida de su lenguaje y el contacto frecuente con el castellano, sin duda, han tenido impacto en la cultura boruqueña. El resultado de esta situación es una cultura mestiza.

Los boruqueños se dedican a la actividad agrícola para el autoconsumo. Los productos que producen, principalmente, son el arroz, el frijol, el maíz, el banano, el pejibaye, la naranja, la piña y el plátano. Sus actividades económicas son la confección de textiles, actividad a la que se dedican desde 1985; la elaboración de canastas y de máscaras; y la venta de los excedentes de sus cultivos. Algunas familias tienen fincas de café cuyo producto es vendido a intermediarios.

Los artesanos están organizados. La Asociación de Productores Artesanos La Flor está conformada por, aproximadamente, 23 miembros activos, entre mujeres y hombres. Las mujeres, que son la mayoría y desempeñan los cargos de dirección de la asociación, tienen a cargo el pequeño museo comunitario donde exponen sus textiles y son las mayores productoras de artesanías. La

junta directiva de esta asociación fue la que conversó conmigo, en una de mis visitas al lugar, sobre su preocupación por la incidencia de cáncer y sobre la necesidad de hacer un estudio sobre ello.

2. MÉTODOS

Para realizar la Etnografía de Apreciación Rápida (EAR), se seleccionaron la casa, la comunidad y el gobierno como unidades por observar e investigar. Esto quiere decir que las entrevistas y los cuestionarios eran dirigidos a buscar información, relacionada con la enfermedad, en esos tres espacios (casa, comunidad y gobierno). Las categorías que se escogieron para diseñar las preguntas de los cuestionarios y entrevistas, y observar y documentar la información fueron adaptadas de la guía propuesta por el grupo Gender and Health, Liverpool School of Tropical Medicine y, de acuerdo con lo expresado por las mujeres boruqueñas, eran las causas del cáncer en la comunidad.

Se realizó un mapa y un censo de la comunidad que dio como resultado un total de 650 habitantes que viven en 185 casas. Este censo permitió actualizar la lista de familias y el mapa que el Museo Comunitario posee. A partir de este dato, se organizaron dos tipos de muestras para realizar el trabajo etnográfico. Primero, se seleccionó una muestra teórica; es decir, se escogió a aquellas personas que, potencialmente, aportaban información pertinente para dar respuesta a las preguntas de la investigación (Agar 1980: 124). Esta muestra teórica se basó en la lista de las casas y familias del museo comunitario. Se preguntó a las miembros de la Asociación La Flor si algunos de los miembros de esas familias padecieron o padecen de cáncer. Estos informantes clave fueron objeto de entrevistas extensivas. Se trabajó un total de 17 informantes clave.

En segundo lugar, se organizó una muestra al azar basada en la numeración de las casas. Esta muestra estaba conformada por 56 casas (30,27% del total de casas de la comunidad) en las que se aplicaron los cuestionarios-matrices que permitieron la recolección de la información. Los resultados presentados a continuación se han establecido sobre la base del trabajo de campo realizado con esa muestra y con las entrevistas de los 17 informantes clave.

3. INCIDENCIA DE CÁNCER EN BORUCA

Para establecer la incidencia de cáncer, se obtuvo información rutinaria de salud: reportes epidemiológicos nacionales y de censo. Los datos que se obtu-

vieron provienen del Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud de 1998, cuya información, según sus responsables, está actualizada. Los datos están desagregados únicamente a nivel de provincias y cantones. Se intentó obtener información a nivel distrital en Boruca; sin embargo, el personal de archivo de la clínica apenas tenía dos meses de haber empezado a trabajar y carecía de un archivo de los expedientes.

Costa Rica ocupa el primer lugar en el mundo de mortalidad por cáncer gástrico y el cuarto, después de Japón y ambas Coreas, en cuanto a incidencia (Ávalos 2001). En general, los tumores malignos del aparato digestivo son la tercera causa de muerte en el país, tanto en mujeres como en hombres y la edad promedio de edad al morir es de 69 años (MINSA 2001). Después del cáncer gástrico, la segunda causa de muerte de las mujeres costarricenses en el cáncer de mama y, en tercer lugar, de cérvix o cuello de uterino. En la población masculina, el cáncer de próstata, de tráquea, bronquios y pulmones son las segunda, tercera y cuarta causas de muerte, respectivamente (RNT 1998).

Cuando se analizan las cifras absolutas y las tasas de mortalidad por tumores malignos en las diferentes provincias costarricenses, no se observa una diferencia significativa. Por ejemplo, en el caso de cáncer de estómago en mujeres, la provincia de Puntarenas tiene una tasa de 9,28% (más baja que el promedio del país, que es 12,12%); en el caso de cáncer de mama, la tasa es de 6,96% (que está también por debajo del promedio del país, que es 9,41%); finalmente, para el caso de cáncer de uterino, Puntarenas tiene una tasa de 9,28% (un poco más alta del promedio del país que es 7,70%) (RNT 1998). Como se puede observar, los números obtenidos de los cuadros del Registro Nacional de Tumores no evidencian una *significante incidencia de cáncer ni en Puntarenas, ni en el cantón de Buenos Aires al que Boruca pertenece.*

El doctor Carlos Ortega-Salas, médico de la clínica de Boruca, explicó que la incidencia más alta de cáncer se encuentra en el área de Los Santos, en la provincia de Cartago, al sureste de San José. También agregó que tenía únicamente un paciente de cáncer. Durante nuestro trabajo, conocimos a una persona que recientemente había sido diagnosticada con cáncer. Y, aunque 17 familias manifestaron tener, al menos un caso de cáncer en la historia familiar, nuestro trabajo confirmó que esta información se refería a casos de varios años y generaciones atrás. Las entrevistas a líderes de la comunidad (las comadronas o las curanderas, el cura de la Iglesia Católica y el personal de la clínica de salud) no señalan la *incidencia de cáncer como asunto prioritario ni notorio en la comunidad.*

Como resultado de este sondeo, se puede concluir que, en Boruca, no hay incidencia registrada de cáncer que permita diferenciarla de otras comunida-

des del país. A pesar de estos resultados, el grupo de mujeres boruqueñas asociadas en el proyecto de textiles hizo oír su voz de preocupación por esta enfermedad (comunicación personal, 26/9/1999). El interés siguiente era obviamente saber qué las motivaba a persistir con esta idea.

4. EL AMBIENTE

La variable ambiente se utilizó de una forma amplia al involucrar las condiciones de vida de los alrededores de Boruca, su dieta y sus ocupación. Estas variables fueron las alegadas por las mujeres de la Asociación La Flor como causantes de cáncer. Al respecto, se debe mencionar que la Sociedad Americana de Cáncer reconoce que estos factores predisponen a la enfermedad.

Como se mencionó anteriormente, los pobladores de Boruca se dedican a la agricultura; todas las familias tienen pequeñas parcelas en las que cultivan. El pueblo está rodeado de fincas de café y algunos pastizales para ganado. Aproximadamente, el 40% de los campesinos usa el sistema de quema y broza en sus campos (Bozzoli 1986: 64). También utilizan el sistema de rotación de cosechas para no cansar la tierra. Este sistema, manifestó uno de nuestros entrevistados, es más barato que los métodos modernos que usan químicos, fertilizantes y, a veces, máquinas. (comunicación personal, 4 de abril de 2001). En Boruca, no hay abastecedores de químicos para la agricultura; solamente los agricultores que cosechan café utilizan fertilizantes y herbicidas, y los compran en Buenos Aires. Los insecticidas que más se utilizan son Diazinon, del cual se reportan el 1,5% de las intoxicaciones en el país; Malation, que se reporta como causante del 1,85% de las intoxicaciones; Piretroides; *Bacillus thuringiensis*, no tóxico; Fipronil; y Metamidofos, que causa el 4,02% de las intoxicaciones (DSA 1997).

Los fungicidas más usados son Ferbam, Hidróxido de Cobre y Benomyl, del cual se han reportado 0,22% de los casos de intoxicación en el país. El Paraquat, muy popular en la región, es el herbicida más utilizado para el café y, para su uso, se requiere de un equipo de seguridad especial (máscara y traje) por su alta toxicidad. El 22,93% de las intoxicaciones en Costa Rica, suceden con este químico. Además, el Glyphosate causa el 4,67% de las intoxicaciones del país. Los fertilizantes usados son nitrógenos y fosfatos variados.

La agricultura está ligada a la dieta de las familias en Boruca. Las familias comen lo que cultivan y compran algunos productos empacados, como el arroz. La dieta diaria consiste en arroz, frijoles y algunos vegetales, ensalada y/o plátanos. Entre una y tres veces por semana, se come carne, generalmente de cerdo y pollo. Esta dieta no cambia durante el año y es más o menos la

misma durante toda la vida (comunicación personal con Doña Yoli y Alicia, 7 de marzo de 2001). Los boruqueños no consideran que su dieta pueda tener algún efecto negativo en la salud. Sin embargo, hubo familias que expresaron que la dieta de sus abuelos era sana y que el actual consumo de productos comprados sí podría tener algún efecto negativo en la salud de la población. Estas familias se mostraron nostálgicas del antiguo modo de comer. Mencionaron que se comía muchos *quiletes* o cogollitos de hojas, palmito, fruta de Ojoche y diversas variedades de hongos. La carne que se comía era de monte: el *tepesquintle*. No conocían el azúcar y, para endulzar, se utilizaba el plátano o el banano maduro. La sal se iba a recoger del mar. Y los refrescos comunes eran de naranja, limón y granadillas (comunicación personal con Doña Lili, 19 de junio de 2000).

El doctor Ortega-Salas señaló que la dieta boruqueña no es muy saludable. Él piensa que se utiliza mucha sal en las comidas y que, además, se trata de una dieta demasiado rica en grasas y carbohidratos. Por ejemplo, los pobladores utilizan manteca de palma de aceite en abundancia. Este tipo de dieta, explicó Ortega-Salas, es dañina en casos de hipertensión, diabetes y problemas de las vías coronarias. El médico nunca mencionó la relación entre la dieta y el cáncer y, además, señaló que Boruca no tiene incidencia notable de cáncer.

5. LA HERENCIA GENÉTICA

El factor hereditario es una posible causa explicativa que las mujeres boruqueñas señalaron frente al cáncer. Esto es válido particularmente para el caso de cáncer de estómago, que tanto afecta a Costa Rica. No se ha identificado un gen particular que predisponga a los costarricenses a dicho mal, pero es sabido que las personas que tienen una historia familiar de cáncer del estómago son proclives a desarrollarlo. Las personas que han heredado algunos desórdenes, como pólipos adenomatosos o el síndrome de Lynch, tienen más riesgo de desarrollar cáncer del estómago. Lo mismo ocurre con las personas que tienen sangre del tipo A (Cherath 2001). Sumado a lo anterior, también debe considerarse la diversidad genética del grupo boruqueño. De acuerdo con Barrantes (1993), dentro de los grupos amerindios del sur de Costa Rica, donde incluidos los boruqueños, la diferenciación genética es reducida. Por lo tanto, era esperable que se encontraran grupos familiares con los tipos de cáncer estudiados que tienen un factor de ocurrencia familiar.

En el trabajo que se realizó en Boruca, se encontraron familias que tienen historias familiares de cáncer estomacal y/o cáncer de cérvix. Es decir, se

cumple esa predisposición en ciertos grupos familiares. Esta es también otra causa por la cual algunos miembros de la Asociación La Flor han percibido muchos casos de cáncer en la zona. Varias de estas mujeres forman parte de esos grupos familiares en los que han ocurrido casos de cáncer en el pasado.

6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Todas las personas entrevistadas, que no eran miembros de la Asociación La Flor, al igual que el médico, mostraban preocupación por el cáncer, en general, pero pensaban que no era un problema principal en Boruca. El médico se mostró alarmado por los problemas respiratorios de los niños, asma y bronquitis, diarrea e influenza. Mencionó que había problemas que debían ser prioritariamente atendidos, como alcoholismo, depresión, abuso conyugal y sexual, embarazo precoz y enfermedades de transmisión sexual. Los lugareños, por otro lado, se mostraron alarmados por otro tipo de factores que afectan su salud: la basura y la contaminación del agua. Las mujeres entrevistadas consideraron que son los varones quienes están más expuestos a problemas de salud y, quizás, a enfermedades relacionadas con los químicos que se usan en la agricultura. Este comentario coincide con las estadísticas de intoxicaciones mencionadas con anterioridad. También hay que señalar que los hombres de la comunidad visitan menos la clínica de salud que la población femenina. Desde esta perspectiva, la percepción que tienen las mujeres de Boruca sobre la incidencia alta de cáncer en el lugar no responde a la epidemiología oficial de cáncer en el país (construida sobre la base del registro de casos que llegan a las diferentes instancias del sector salud) ni a la epidemiología popular (construida a partir de las experiencias repetidas y más frecuentes en una comunidad).

Así, pues, la búsqueda de las respuestas a las preguntas de estas mujeres me llevó a considerar otra variable: la relación de los boruqueños con el sistema estatal de salud. La asistencia de salud en Boruca se realiza en la clínica por un médico que atiende cinco o seis días al mes. Los pacientes pasan de la clínica de Boruca al hospital en el catón de Buenos Aires, luego al de San Isidro y/o al de San José, según el médico lo considere necesario.

Los boruqueños tienen seguro de salud cubierto por la Caja del Seguro Social que autoriza el reparto de carnes de la Caja para los indígenas de Costa Rica. Durante la realización del trabajo de campo, hubo muchas quejas con respecto a la atención que se imparte en el cantón de Buenos Aires. Los boruqueños se sienten discriminados por ser indígenas y pobres; muchos de ellos también manifestaron su descontento por la ineficacia de los medicamentos

que sirven para tratar algunas enfermedades y también mencionaron la lentitud del servicio. En general, podemos decir que, aunque los boruqueños tienen acceso a los servicios de salud que la Caja del Seguro ofrece, este acceso es doblemente limitado, en cuanto a las oportunidades de ser atendidos por especialistas y por la forma en que está organizada la atención de la salud en estas áreas rurales alejadas.

Las quejas con respecto al servicio de salud son comunes en el área de Buenos Aires, especialmente las referidas a las duraciones de las consultas. Estas se efectúan rápidamente debido al escaso personal con que se cuenta. Por otro lado, los pacientes desconfían de los medicamentos farmacéuticos recetados, pues “curan una enfermedad pero causan otra”. También hay quejas sobre la relación médico-paciente; los bonaerenses sienten el prejuicio del personal médico hacia los pacientes del área rural (Kramer 1994: 114-115).

En cuanto a la salud de las mujeres, hubo varias expresiones de vergüenza al ser examinadas por médicos varones; ellas manifestaron que esa era la razón por la que no buscaban atención médica. El desagrado causado al ser atendidas por un médico hombre no es una queja extraña dentro de las mujeres aunque, en muchos casos, se atribuye que son mujeres de zonas rurales las que, en su mayoría, tienen estas inhibiciones. Un estudio reciente en Estados Unidos muestra diferentes grados y formas en las cuales las mujeres se sienten descontentas con los exámenes íntimos (Moore *et al.* 2001). Es interesante notar que para ciertos médicos “el miedo no se vale” en las mujeres. Es decir, para muchos es “mala costumbre” el temor a los exámenes íntimos y pruebas de Papanicolau (Rojas 2000). Es común escuchar este tipo de lenguaje que denota una actitud despreciativa y descalificadora para aquellas mujeres que se sienten avergonzadas o molestas por ser examinadas por médicos varones. Esto ocurre no solamente en Boruca, sino también en la zona de Golfito, cerca de la frontera con Panamá.

El lenguaje que las mujeres utilizaron para expresar la enfermedad de cáncer fue objeto de atención. Todas ellas usaron la expresión “cáncer de la matriz” y una mencionó “cáncer del coño”. Nunca se pudo establecer si se trataba de cáncer del útero, de cérvix o de algún otro tipo de cáncer del aparato reproductivo. Ocurrió también que, al referirse a otros tipos de cáncer, las personas nunca estaban seguras de cuál había sido el diagnóstico, ni pudieron expresar con exactitud a qué tipo de cáncer se referían. Como era esperable, el cáncer del estómago era el que más fácilmente identificaban. Sobre ello, se piensa en la relación médico-paciente: ¿Acaso los médicos no expresan con palabras adecuadas los diagnósticos a sus pacientes? ¿O escogen un lenguaje “común” y asumen que sus pacientes no comprenderán lo que se les dice?

Esto último podría jugar un papel importante en la relación que los médicos establecen con sus pacientes y puede ser un factor que incide en la percepción que tienen los boruqueños de ser discriminados en el sistema de salud.

Es comprensible, en este contexto de asistencia de salud, que las boruqueñas hayan aprovechado la oportunidad de algunas personas que las escuchan para hacer de conocimiento público una preocupación ligada al bienestar de la comunidad. Sin embargo, aún queda la interrogante de por qué escogieron el cáncer, sin ser una enfermedad preocupante por su incidencia en la región.

La primera respuesta, y una muy obvia, es que, en las familias del grupo de mujeres organizadas, ha existido una incidencia notable de cáncer. Esto se debe a que muchas de ellas son parientes y a que distintas personas hablan de un mismo caso de cáncer. Una segunda razón es que las noticias sobre cáncer aparecen regularmente en los periódicos y los costarricenses son concientes del problema de salud que significa el cáncer en el país.

Una respuesta menos obvia, y que subyace a las acciones y expresiones de cualquier grupo social, es la condición de género de sus miembros. El contacto más o menos sistematizado con el Programa de Estudios Tropicales dio a las mujeres organizadas la posibilidad de plantear asuntos de preocupación comunitaria. Estos asuntos están dentro del "quehacer de mujer", es decir velar por la salud. Pero, además, las mujeres tuvieron la oportunidad de expresar su descontento por el sistema de salud, en general, y, en particular, por la poca sensibilidad del sistema hacia la salud de la mujer. Hacerse oír, a través de conversaciones sobre la incidencia de cáncer, fue una opción que, consciente o inconscientemente, ellas encontraron viable y que, quizás, fue, a sus ojos, "un asunto más importante" que su situación de mujeres frente al sistema de salud.

REFERENCIAS

AGAR, Michael

1980 *The Professional Stranger. An informal Introduction to Ethnography. Studies in Anthropology.* Orlando: Academic Press Inc.

BARRANTES, Ramiro

1993 "Diversidad genética y mezcla racial en los amerindios de Costa Rica y Panamá". *Revista de Biología Tropical* 41 (3): 379-384.

BOZZOLI DE WILLIE, M. E.

1986 *El indígena costarricense y su ambiente natural.* San José: Porvenir.

CHERATH, Lata

2001 "Stomach Cancer". Documento electrónico: <http://www.mylifepath.com/article>. Consultado el 4 de agosto.

CRESPO, Marielos, Alba GUTIÉRREZ, Dinia MADRIGAL y Ana PÉREZ

1994 "Esbozo etnográfico sobre las comunidades de Boruca y Térraba". En Robert Carmack (ed.). *Soplos de Viento en Buenos Aires*. pp. 165-172. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Dirección de Saneamiento Ambiental (DSA)

1997 *Registro de Intoxicaciones con Plaguicidas*. Documento electrónico: <http://www.netsalud.sa.cr/>. Consultado el 14 de agosto de 2001.

KRAMER, Paul

1994 "Cultura, Curación y Autoridad en Buenos Aires". En Robert Carmack (ed.). *Soplos de Viento en Buenos Aires*. pp. 111-126. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

MOORE S., H. Gridley, K. TAYLOR y K. JOHNSON

2001 "Women's views about intimate examinations and sexually inappropriate practices by their General Practitioners". *Psychology and Health* 15(1)/ 2000, pp.71-84. Studies on Women and Gender Abstracts Online. Documento electrónico: <http://www.catchword.co.uk>. Consultado el 11 de setiembre.

QUESADA Pacheco, M.A.

1996 *Narraciones borucas*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Registro Nacional de Tumores (RNT)

1998 Cuadro de Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en la población femenina, según localización anatómica, por año de ocurrencia. Costa Rica, 1994-1998. San José: Dirección General de Estadística y Censos, Registro Nacional de Tumores, Departamento de Centro de Información, Ministerio de Salud.

ROJAS, Ana

2000 "Dueña de su Cuerpo. El miedo no se vale". En *Al Día*, domingo 15 de octubre.